



SOBRACIL 2022

16º CONGRESSO BRASILEIRO DE VIDEOCIRURGIA 5º CONGRESSO BRASILEIRO E LATINO-AMERICANO DE CIRURGIA ROBÓTICA

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica

EDIÇÃO 73 2022

SOBRACIL

SÃO PAULO, 24 A 26 DE NOVEMBRO

16º CONGRESSO BRASILEIRO DE VIDEOCIRURGIA

5º CONGRESSO BRASILEIRO E LATINO-AMERICANO DE CIRURGIA ROBÓTICA



O CIRURGIÃO DO FUTURO

O maior congresso de cirurgia minimamente invasiva do Brasil será presencial e grandioso.

Aproveite as condições especiais para inscrições antecipadas.

sobracil.org.br/congresso

REALIZAÇÃO













APOIO

Vem aí o SOBRACIL 2022

om muita satisfação e otimismo estamos preparando o nosso 16º Congresso Brasileiro de Videocirurgia e 5º Congresso Brasileiro e Latino-Americano de Cirurgia Robótica, que acontecerá de 24 a 26 de novembro em São Paulo, SP.

Nestes tempos difíceis que passamos, o objetivo é olhar para a frente e resgatar o nível de interação científica pré-pandemia onde, além de atualização médica, aproveitávamos o saudável convívio social.

Apesar do cenário de incertezas e acompanhando outros congressos realizados presencialmente, nossa diretoria decidiu aceitar o desafio de um evento presencial. E é com a esperança de um 2022 melhor, que a Comissão Organizadora do evento está engajada em produzir um grandioso congresso para trazer o que há de mais atual e inovador nas técnicas minimamente invasivas, o "Cirurgião do Futuro".

Neste "novo normal" não podemos esquecer as boas lições que a pandemia nos deixou. Munidos desse pensamento, tomaremos todos os cuidados necessários e seguiremos os protocolos de segurança para garantir a saúde de todos os participantes.

Aproveitando o sucesso do SOBRACIL 2020 online, nossa grade científica será dinâmica e associada ao programa científica presencial, iremos utilizar a forma remota que nos permitirá incluir um número maior de convidados estrangeiros, que em outros tempos teríamos muita dificuldade de agregar por questões de agenda, custos etc. Isto posto, fazemos um convite especial a você, cirurgião laparoscopista e robótico para se engajar nesse grande evento.

Nos vemos em São Paulo!

Sergio Roll Presidente







Todos nós lamentamos muito o falecimento do nosso querido amigo Alfredo Guarischi.

Seu corpo se foi mas a sua obra fica. Ele jamais será esquecido.

Polêmico em certos momentos e incompreendido em alguns deles, sem dúvida, uma cabeça brilhante e singular.

Alfredo vem nos brindando com textos memoráveis no SOBRANEWS desde 2016. No Início era de forma intermitente, mas o sucesso dos artigos foi tão grande que ele se tornou o único colunista regular do SOBRANEWS.

Tudo que ele construiu sobre o tema Segurança do Paciente tanto na SOBRACIL quanto no CBC, no CREMERJ, na Aeronáutica, na Fiocruz, no INCA, na Rede D'Or e em tantas outras instituições às quais ele foi ligado é um legado e tanto.

A sua enorme dedicação a treinamento, check list e ao aprimoramento técnico na prevenção dos efeitos adversos na atenção aos pacientes combinaram desde cedo com o DNA da SOBRACIL. Te-lo entre nós era natural e sempre foi uma honra.

Tive o privilégio de trazê-lo para a nossa Sociedade, de ter participado com ele da realização de todas as edições do SAFETY e, principalmente, de estar entre os que ele chamava de amigo.

Alfredo nos brindava mensalmente com os seus textos brilhantes e mesmo agora depois da sua mudança manteremos a sua coluna até publicarmos todos os seus textos inéditos que ainda temos.

Agradeço a Simone, sua esposa, por nos autorizar a manter a coluna por mais 7 edições e comemoro esta em especial porque quando ele enviou este texto fez questão de dizer que era "o melhor texto que havia escrito para o nosso jornal".

Aproveitem. Celebrem a sua vida e se juntem a nós nesta singela homenagem que fazemos a este Grande Ser Humano. Vida eterna a ALFREDO GUARISCHI!!

Obrigado,

Antonio Bispo

O cirurgião geral no contexto atual



Iguns cirurgiões já "nascem em casa", pela influência de familiares – "filho de peixe, peixinho é" –, no entanto, só começam a se desenvolver quando entram pela segunda vez no centro cirúrgico. Sim, pela segunda e decisiva vez.

Após um longo tempo de "gestação" podem ocorrer "malformações profissionais", incompatíveis com essa missão médica, e a maioria dos cirurgiões formados com incorrigíveis defeitos não tem uma vida profissional longa. Essas malformações também podem ocorrer naqueles que seguem especialidades clínicas, mas, pela natureza do trabalho cirúrgico, a necessidade de habilidades físicas e emocionais específicas para o exercício deste ofício me inspiraram escrever sobre o tema.

É longo o tempo de formação de um cirurgião. Muitas e importantes mudanças cognitivas ocorrem neste período, e alguns identificam a necessidade de buscar outra atividade. Esses estudantes percebem, ou são alertados, que não deveriam continuar o treinamento e, num tempo variado, buscam outras atividades não cirúrgicas, compatíveis com a sua personalidade e habilidades. Isso não deve ser entendido como fracasso, pois essa mudança de rumo será o melhor no longo prazo. Alguns carregam

alguma frustração ao desistirem da carreira, mas, se bem orientados, percebem que foi a escolha correta. Outros insistem por muito tempo e fracassam.

Para atingir o patamar necessário ao exercício seguro da atividade cirúrgica não basta querer. A ausência de enfrentamento dessa questão por parte das lideranças dos sistemas de saúde, que deixam de orientar esses profissionais a seguirem outros caminhos, é um grande equívoco. Há muitos "não me toques" e coisas relacionadas ao "politicamente correto". Todos perdem com isso.

O campo da atividade cirúrgica é vasto, porém, o cirurgião geral, da mesma forma que o clínico geral – os generalistas –, tem um papel decisivo na estrutura dos sistemas de saúde. Em ambas as atividades há uma falta de reconhecimento da importância fundamental do papel do generalista, clínico ou cirúrgico. Isso ocorre principalmente em grandes centros e estruturas de alta complexidade. Por outro lado, no interior do país, os médicos generalistas (clínicos e cirurgiões) sofrem pressão para encaminhar pacientes, mesmo de média complexidade, para outros centros. Cria-se um ciclo vicioso, que aumenta os custos e contribui para a lentidão do sistema de saúde local.

O bom especialista não é aquele que sabe tudo de sua atividade, mas muito das outras. Não se trata de considerar o generalista um "especialista" em tudo, mas um profissional que conhece o suficiente de cada coisa para resolver os problemas mais frequentes, e é treinado para identificar e encaminhar os pacientes que não consegue ajudar por completo.

Se a boa e justa medicina depender apenas de especialistas, cada vez mais focados num campo restrito, a utopia – que vem ocorrendo – será buscar profissionais que sabem tudo de situações cada vez mais restritas, o que "sabe tudo sobre nada". O especialista ideal, o

trocando ideias

66

Seres humanos são compostos de células e não o inverso. Especialistas e generalistas são igualmente necessários e deveriam ser reconhecidos como tal."

melhor de todos, dessa forma, será especialista numa célula. Seres humanos são compostos de células e não o inverso. Especialistas e generalistas são igualmente necessários e deveriam ser reconhecidos como tal.

A carência de médicos generalistas vem aumentando nos últimos 30 anos. Na parte clínica, esse problema tem sido contornado com mais eficácia. O forte movimento de formação do médico de família, um clínico geral na sua essência, tem sido estimulado pelo mercado de trabalho, com resultados promissores em termos de qualidade, porém, a remuneração é ainda desastrosa. No terreno da cirurgia, vivenciamos um movimento totalmente oposto, com o progressivo estímulo a "superespecialistas" e a criação de algumas novas sociedades de especialistas, que priorizam assegurar uma reserva de mercado, em vez de promover um desenvolvimento científico que possa ser compartilhado com os generalistas. A coletividade perde. Com limitados cursos de formação e uma remuneração inadequada, o problema vem se agravando.

A formação do cirurgião geral, uma especialidade médica de fundamental importância, começa com o auxílio em cirurgias menores. Com o passar do tempo, e o rodízio por várias especialidades, ao final de cinco anos, o profissional começa a atuar como o cirurgião principal. Para tanto, não basta saber anatomia, técnica cirúrgica e manuseio dos instrumentos, dos mais simples e clássicos – bisturis, pinças, tesouras, fios de sutura – a aparelhos eletrônicos, que mudam a cada dia, mas que necessariamente não significam garantia de um melhor resultado. A curva de aprendizado impõe uma constante reflexão sobre a real necessidade de inovar e abdicar de uma técnica consolidada, na qual se tem maior experiência. Aplicar a conduta na qual o profissional tem familiaridade é muito mais seguro do que realizar uma técnica promissora sem supervisão adequada.

Por isso, com o passar dos anos, as dúvidas técnicas viram pretérito. Passamos a ter mais as dúvidas não técnicas, tendo o compromisso médico literalmente colocado em nossas mãos e sentimentos. Como escreveu Francis Moore (1913–2001), extraordinário chefe de família, músico, velejador, cientista e cirurgião, na introdução de seu livro *Metabolic Care of Surgical Patient*, de 1959: "O fundamental do cuidado médico é assumir a responsabilidade." A afirmação continua atual.

Muitas vezes o cirurgião é obrigado a tomar decisões de urgência e solitárias. Inexiste a palavra "desoperação", mas, com certa frequência, realiza reoperações de seus pacientes ou de outros colegas. Um trabalho desgastante, que gera cicatrizes também em seus corações. A indicação cirúrgica não é apenas relacionada ao correto diagnóstico da doença, mas às condições clínicas do paciente e do local onde ele será operado, tanto do ponto de vista material quanto de equipe multidisciplinar. Ter uma unidade de terapia intensiva, suporte de

banco de sangue, respirador, hemodiálise e serviço de imagem, 24 horas por dia, todos os dias do ano devem ser itens considerados, mesmo em cirurgias aparentemente simples. Eventos adversos podem ocorrer a qualquer hora, e "sorte" inexiste em medicina. Contraindicar um procedimento cirúrgico exige conhecimento técnico e profundo equilíbrio emocional, muitas vezes maior do que o necessário para indicar a cirurgia.

A formação do cirurgião é uma história milenar. Desde relatos de procedimentos heroicos, nos tempos em que não havia anestesia ou assepsia, até o transplante inicial de rim, com o doador sendo o irmão gêmeo univitelino do receptor, e sem uso de imunossupressores. Os cirurgiões sabem que o impossível é aquilo que ainda não foi feito. Tudo é uma questão de tempo, persistência e resiliência.

William Halsted (1852-1922), o criador da residência médica e o maior cirurgião norte-americano de todos os tempos, começou seu discurso em 1904, na Yale University, onde se graduou, dizendo que "dor, hemorragia e infecção, são os três grandes males que sempre amargaram a prática da cirurgia e contiveram o progresso dela, nos roubando tempo com seus terrores. Uma nova era despontou; e nos 30 anos que se passaram, a cirurgia caminhou para uma base verdadeiramente mais científica do que em todos os séculos que precederam esse período maravilhoso. Os cirurgiões em todo o mundo até o início do século XIX, estavam convencidos da certeza absoluta ("mácula levis notoe"), embora homens ilustres e eruditos, bem como charlatões e barbeiros, praticavam a cirurgia em uma sucessão quase ininterrupta desde a época de Hipócrates (460-375 BC) até os dias atuais".

Halsted continuou sua memorável palestra afirmando que "a cirurgia, como outros ramos da arte da cura, seguiu em seu progresso caminhos em ziguezague, muitas vezes difíceis de rastrear. Agora parece avançar por passos ordenados ou pela influência de alguma master-mind; mais uma vez, aparentemente só tropeçou de erro em erro, ou mesmo retrocedeu; muitas vezes apareceu alguma invenção ou descoberta para a qual o tempo ainda não estava maduro e que teve de esperar por sua aplicação fecunda ou talvez sua redescoberta em um período mais favorável, talvez séculos depois. Em todos os tempos, até os dias atuais, a principal preocupação do cirurgião durante um procedimento é o controle dos vasos sanguíneos. O medo de perder um paciente na mesa por hemorragia tem impedido muitos charlatões e cirurgiões incompetentes de realizarem procedimentos cirúrgicos que, de outra forma, seriam perigosos. O cuidado no controle da hemorragia pode ser a principal diferença entre um cirurgião rápido e um lento. Essa era eminentemente a facilidade na minha experiência, quando duas ou três pinças de artéria eram consideradas abundantes para procedimentos que agora exigem uma".

Nessa palestra, Haslted fez uma extensa revisão histórica sobre doutrina, conceitos e avanços tecnológicos que surgiram entre o século XVIII até o começo do século XX. Duzentos anos se passaram, e a preocupação com a anatomia deu lugar ao entendimento da fisiologia e da psicologia, além da busca pela compreensão sobre como as doenças poderiam ser removidas com a intervenção direta (manual) e como os pacientes se sentiriam.

John Hunter (1728-1793), cirurgião inglês que primeiro inovou no controle de infecções e no uso de sonda nasogástrica, considerava a maioria dos procedimentos cirúrgicos como mutilações, que apenas atestavam a imperfeição da medicina: "(...) como é fascinante seguir as apalpadelas no escuro e a busca pela luz de uma grande mente! Quão revigorante é a lição de uma dúvida honesta".

Haslted não se esqueceu do papel das escolas médicas europeias, como a francesa, inglesa e alemã, que, sem dúvida, foram o berço da cirurgia científica. Em 1876, ainda jovem, caminhando pelos corredores do Bellevue Hospital, em Nova York, um dos maiores e melhores hospitais do mundo naquela época, Haslted aprendeu que a centenária regra cirúrgica: "Cito, tuto et jucunde" (rápida, segura e docemente) precisava mudar. A rapidez para concluir os procedimentos cirúrgicos estava gradualmente dando lugar à segurança. De acordo com o médico, "o surgimento e a multiplicação de faculdades particulares de medicina sem conexão orgânica com universidades foram um incidente necessário no rápido crescimento de um novo país, mas é absurdo esperar que produzam resultados na formação médica e no avanço do conhecimento comparáveis aos dos departamentos médicos bem apoiados das universidades europeias". Ele alertava para o grande cuidado necessário para o preenchimento da vaga do quadro permanente, não sendo garantida a progressão ao

trocando ideias

nomeado, havendo necessidade de avaliação constante e auditoria dos resultados técnicos, e não apenas econômicos. Os assistentes, além de suas funções de beira de leito e sala de cirurgia, devem realizar pesquisas. Mas Haslted deixa claro que, não há lugar onde um cirurgião adquira tanto e amadureça tão rapidamente como em um hospital com um serviço ativo e bem conduzido.

Como se fosse hoje, Haslted pontuou que "(...) a falta de lideranças é desanimadora. Em uma das principais escolas de medicina imploram para que apenas professores comprometidos com o ensino assumam a cátedra. Recentemente, perguntei a um proeminente cirurgião, a quem foi oferecido um cargo de chefia em uma de nossas principais universidades, por que ele não aceitou a vaga. Ele respondeu que sua prática era grande e lucrativa, e que não tinha tempo".

Sim, esta foi uma afirmação de Halsted, mas é atual. Há quem venere o título de professor mais do que o ensino e o compromisso com os alunos.

Quanto mais definido se torna o conhecimento de um assunto, mais facilmente ele é adquirido. O cirurgião deve dominar a anatomia e conhecer profundamente a patologia que irá tratar. A maior parte do tempo do cirurgião deve ser gasta na sala de cirurgia e não preenchendo relatórios nada científicos, que visam exclusivamente atender uma burocracia financeira e mitigar a judicialização crescente. Imagino Halsted, nos dias de hoje, diante de um computador, disputado por outros profissionais, tendo que se submeter à ditadura imposta por uma tecnologia que privilegia o capital em detrimento da ciência. Seria advertido pela diretoria se insistisse em não carimbar o formulário de checklist de uma de suas magistrais e inovadoras cirurgias. Seria admoestado por dar mais importância ao esmero técnico, prevenindo complicações, pois o importante nos dias atuais é o preenchimento de formulários. Um processo judicial a menos é, para muitos hospitais, mais importante do que vidas salvas pelo desprendimento dos inovadores, como ele, que desafiaram a covardia de aceitar o "sempre foi assim". Cirurgiões devem operar todos os dias, sempre, até sua saúde, física e cognitiva, permitir com segurança.

Halsted afirmou que "as falhas de nosso sistema de formação de cirurgiões começam na base e continuam até o topo". Qualquer semelhança com os dias atuais não é mera coincidência. Em sua época havia poucas especialidades cirúrgicas e a área de atuação do cirurgião geral era extensa. Hoje, há muitas subespecialidades dentro de uma especialidade, como na cirurgia do aparelho digestivo ou ginecológico, sendo criadas barreiras burocráticas que limitam a possibilidade de o novato adquirir experiência para uma formação ampla. No entanto, nas emergências, nas madrugadas e finais de semana serão esses generalistas, alguns jovens, os responsáveis solitários a tomar importantes decisões. Muitos sofrem críticas descontextualizadas, não recebem o reconhecimento técnico pelo seu trabalho diante das situações críticas enfrentadas e não é assegurado, na maioria dos casos, uma remuneração justa. As emergências não têm hora para ocorrer e a complexidade dos quadros é imprevisível. Não há espaço para adiar a resolução do problema. Os sofrimentos, do paciente e do cirurgião, são imediatos.

Especialistas e generalistas são fundamentais para o sistema de saúde.

O discurso de Halsted continua atual e deveria ser leitura obrigatória para os responsáveis pelo ensino das atividades cirúrgicas.

do cirurgião deve ser gasta na sala de cirurgia e não preenchendo relatórios nada científicos, que visam exclusivamente atender uma burocracia financeira e mitigar a judicialização crescente."



Será que a cirurgia robótica tem vantagens?

nicialmente gostaria de desejar a todos os Membros desta grande Família chamada SOBRACIL um excelente 2022, principalmente com muita saúde e harmonia.

Gostaria de tecer alguns comentários a respeito da cirurgia pelo acesso robótico ter ou não ter vantagens sobre a cirurgia pelo acesso videolaparoscópico.

Na realidade, isto realmente não importa, se a visão for de um prisma mais amplo. Precisamos entender a evolução da humanidade na Terra, e de como está se processando todo esse desenvolvimento humano desde os primórdios, até os avanços modernos da tecnologia em sua tradução ampla. Sabemos que o mundo avança numa velocidade exponencial e que a nossa tendência é superestimar o que podemos fazer em um ano, mas subestimar o que vai acontecer em dez anos, ou seja, nosso cérebro trabalha no futuro próximo de forma geométrica e no futuro distante de maneira aritmética.

Nós vivenciamos cinco grandes eras históricas definidas pela forma de como trabalhamos: a primeira foi a idade do homem caçador/coletor que durou vários milhões de anos, em agrupamentos e desenvolvimento daquela Era em situações vitais à sobrevivência, técnicas de caça e armazenamento dos alimentos. A segunda foi do homem agricultor que durou milhares de anos. Aprendemos que trabalhar a natureza pode trazer benefícios. A terceira, a idade do bronze, a curiosidade trouxe o conhecimento de vários tipos de materiais e o aprendizado na confecção de ferramentas metálicas. A quarta, não muito distante, a idade industrial que durou um par de séculos e trouxe grandes progressos e modernidade a humanidade.

cirurgia robótica

das e que, de certa forma, ampliou o acesso ao conhecimento. Hoje nos encontramos na idade da realidade virtual aumentada, e o que seria isso? O sistema computacional, através de informações atualizadas e pontuais, ajudará você a PENSAR. O sistema robótico ajudará você a REALIZAR com alta performance e precisão. É um sistema nervoso digital que vai conectar você num mundo muito além do seu sentido natural, ou seja, a tecnologia ampliará nossas habilidades cognitivas, com HUMANOS E ROBÔS trabalhando juntos uns com os outros, melhorando e se completando para habitar um novo espaço. Tudo isso só foi possível com a chegada da internet de segunda geração que adicionou dispositivos sem fio, como laptops por meio de wifi e dispositivos móveis por meio de 3G, 4G e agora 5G (internet das habilidades), o desenvolvimento de novos sistemas robóticos, a inteligência artificial e a realidade digital sincronizada. Hoje podemos fazer parte de um mundo virtual chamado metaverso (meta: ir além e verso: vários universos) usando um dispositivo de visão ou simplesmente a tela do seu celular ou laptop. O resultado emocional disso é que com o tempo, a incapacidade de se distinguir a realidade da ficção, ou seja, a inclusão digital, permitirá termos a experiência do mundo virtual, para praticarmos e executarmos no mundo real. A tecnologia

A quinta foi a idade da informação que durou apenas algumas déca-

A cirurgia virtual aumentada, que vem sendo desenvolvida pelo Prof. Marescaux no IRCAD França, será, segundo ele, um passo inevitável para o progresso da cirurgia minimamente invasiva. A Realidade Aumentada (RA) consiste em sobrepor a imagem 3D pré-operatória do paciente à visão intraoperatória ao vivo do paciente.

imersiva, na educação médica cirúrgica, sem dúvida será revolu-

cionária com formação de cirurgiões mais capacitados e treinados

virtualmente para poderem dar o melhor a seus pacientes.

Um RA eficiente implica portanto em um registro eficiente do virtual na visão real e fornecerá uma visão clara, por meio de uma sobreposição de imagem do modelo do paciente sobreposto à visão que o cirurgião tiver naquele momento. Seria o "GPS" intraoperatório do cirurgião, trazendo benefícios aos pacientes e maior conhecimento e segurança aos cirurgiões. A telecirurgia pelo aces-

so robótico, realizada entre março e junho na China, com mais de mil quilômetros de distância entre paciente e cirurgião, teve um total de 42 cirurgias (23 casos de tumor renal, 3 casos de nefrectomia por rim não funcionante, 15 adrenalectomia por tumor adrenal, e 1 tumor de bexiga) com sucesso. Isso tudo está acontecendo agora! O problema são os custos, que como toda nova tecnologia, no início são realmente muito altos. O que vemos hoje é que novos players estão entrando no mercado já com consequências de melhores preços e acordos mais justos.

Por tudo isso sugiro que passemos a pensar em progressão geométrica, pois, pela velocidade com que a tecnologia nos chega, se ficarmos atrelados a antigos paradigmas, pareceremos aquele viajante que, ao persistir em utilizar a tração animal numa carroça, se vê ultrapassado por contemporâneos seus, confortavelmente instalados num carro.

Luiz Alfredo Vieira d'Almeida

Diretor dos Centros de Excelência em Cirurgia
Robótica e em Cirurgia Bariátrica e Metabólica
(SRC) no Américas Medical City
Membro Titular da SOBRACIL
Fellow do American College of Surgeons

Gustavo Carvalho recebe o EXCEL AWARD da SLS



professor da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco (FCM/UPE), Gustavo Carvalho, foi eleito para receber o Excel Award da SLS- Society of Laparoscopic & Robotic Surgeons, pela excelência do seu trabalho dedicado à cirurgia minimamente invasiva, em especial à cirurgia minilaparoscópica.

Fundada nos Estados Unidos, a SLS, que representa internacionalmente os cirurgiões especializados em cirurgia minimamente invasiva, concede este prêmio anualmente a um cirurgião que reconhecidamente contribuiu para o desenvolvimento da cirurgia minimamente invasiva. Para Gustavo Carvalho, o prêmio representa "o reconhecimento por seus pares dos 25 anos dedicados à cirurgia minimamente invasiva. Em especial, ao desenvolvimento e divulgação da minilaparoscopia no Brasil e no mundo, incluindo inúmeras pesquisas, livros, publicações em revistas internacionais e cursos intensivos."

Gustavo Carvalho foi responsável pelo desenvolvimento da minilaparoscopia com instrumentos de baixa fricção, havendo inclusive, um instrumento que leva o nome do médico pernambucano –"Carvalho Trocar". Os instrumentos de baixa fricção promoveram uma verdadeira revolução na técnica minilaparóscopica, permitindo a execução de cirurgias mais rápidas, mais precisas e com muito menor dor e trauma à parede abdominal do paciente.

A entrega do prêmio será realizada no dia 10 de setembro, no encerramento da Minimally Invasive Surgery Week 2022, que ocorrerá em Nova Orleans, nos Estados Unidos.



Toxina botúlica TIPO A na cirurgia da hérnia complexa



tratamento cirúrgico das doenças avançou nas últimas décadas. Não somente os materiais e técnicas disponíveis, mas tivemos a possibilidade de oferecer tratamento a um maior número de pacientes. Com mais pacientes operados, pudemos observar um crescente número de diagnósticos de hérnias incisionais e, devido ao porte cada vez maior dos procedimentos, observamos também emergir o número de volumosos e complexos defeitos na parede abdominal.

Com isso o mais antigo cirurgião percebeu que a síntese primária da aponeurose, apesar de desejada, não era possível em todos os casos ou não apresentava satisfatórios resultados no longo prazo. Mais recentemente, algumas soluções haviam sido propostas, como a técnica de Chevrel nos anos 1970. Nos anos 1980, a somatória da técnica com tela no espaço retromuscular proposta por Rives com a técnica retrofascial de Stoppa, inauguraram uma promissora e atraente era na cirurgia da hérnia. Avançar 2 a 3 centímetros de cada lado, podiam tornar a síntese da linha média livre de tensão e com melhores resultados, sobretudo nos defeitos de tamanho moderado. Ramirez nos anos 1990, idealizou as incisões relaxadoras que serviriam de substrato para as primeiras ideias de separação de componentes da musculatura abdominal. Por fim, há 10 anos atrás – em 2012 – Novitsky e Rosen publicaram a separação posterior de componentes e, daí em diante, assistiríamos à inúmeras publicações que melhor documentariam os resultados do tratamento da hérnia ventral. A separação posterior de

componentes não foi somente libertadora para o tratamento de defeitos maiores, mas podia ser aplicada às hérnias fora da linha média. Além disso, possibilita tratar perdas de domicílio de até aproximadamente 20% do continente abdominal. E é justamente neste ponto que gostaria de chegar. O desafio atual das reconstruções da parede abdominal está concentrado nas estratégias que possibilitem resolver a desproporção entre continente abdominal e conteúdo herniário causado por defeitos de diâmetro largo e volumosa perda de domicílio visceral.

Se a separação de componentes tem a capacidade de aumentar o continente abdominal em cerca de 20%, desproporções que superam esse valor merecem especial atenção, pois o cirurgião pode enfrentar sérias dificuldades ao tentar reduzir o conteúdo e fechar a aponeurose. Antes de citar os recursos adjuvantes que dispomos nas desproporções volumétricas, vale ressaltar alguns cálculos tomográficos interessantes que auxiliam

no planejamento cirúrgico das hérnias complexas. O primeiro deles é Equação de Carbonell, que nos permite predizer a necessidade de separação de componentes. O segundo é o recurso matemático que serve de referência para calcular o volume elipsóide da cavidade abdominal e o volume do saco herniário, conforme proposto por Tanaka.

Mas, e se após realizar estas medidas for verificado que o volume do conteúdo visceral fora de domicílio pode não se encerrar na cavidade abdominal, mesmo descontado os 20% compensatórios de uma separação de componentes? Primeiramente, considerou-se diminuir o conteúdo através da víscero-redução, em que se pesem as críticas cabíveis à retirada de órgãos sadios. Atualmente, discute-se aumentar o continente abdominal com pneumoperitônio progressivo ou aplicação de toxina botulínica tipo A. Ambos possuem vantagens e desvantagens.

O pneumoperitônio progressivo é invasivo e requer ocupação de leito hospitalar. Por outro lado, melhora a função diafragmática no pré-operatório e contribui para a liberação de aderências. A toxina botulínica pode ser aplicada ambulatoriamente, apresenta baixos riscos de complicação, todavia, sua limitação encontra-se no custo.

A toxina botulínica tipo A é uma proteína neurotóxica produzida por uma bactéria anaeróbia Gram negativo - Clostridium botulinum - que tem a capacidade de realizar uma ligação temporária nos terminais colinérgicos autonômicos e motores, impedindo a transmissão da sinapse (peptídeo relacionado ao gene da calcito-

nina e substância P), mas também podendo atuar sobre terminais da dor. Pelo seu efeito produtor de flacidez muscular reversível, vem consolidando-se como uma estratégia pré-operatória interessante na cirurgia da hérnia, uma vez que relaxa a musculatura lateral do abdome, reduz a tensão na linha média e é capaz de aumentar o volume do continente abdominal.

Habitualmente, as aplicações são realizadas em caráter ambulatorial, quiada por ultrassonografia. Uma solução de 300 unidades de toxina botulínica é titulada para atingir a concentração de 5 a 10 unidades / ml e são aplicadas em 3 pontos de cada hemi-abdome. Pacientes maiores ou mais longilíneos, podem requerer aplicação em 4 ou mais pontos. Mais do que o número de pontos de aplicação, é certificar-se de que os halos de solução para aplicação intramuscular apresentem contiquidade para que não haja áreas de fibras não bloqueadas e que exerçam forca tensil. Tridimensionalmente, além da extensão, temos que lembrar da profundidade, pois a musculatura lateral do abdome apresenta 3 camadas que devem ser bloqueadas em toda sua estratificação. O método é seguro quando realizado em doses controladas e longe de músculos e órgãos vitais, como o diafragma por exemplo. Seu efeito máximo ocorre em 15 dias e declina em aproximadamente 2,5 meses. Desta forma, atentamos por programar a cirurgia entre 4 e 6 semanas, fazendo coincidir o momento da cirurgia eletiva com o máximo relaxamento.

Qual limite do diâmetro da hérnia para que se consiga fechar a linha média? Em que situações consigo transformar uma separação de componentes em um procedimento menor (downgrade)? Possibilita tratamento minimamente invasivo em grandes defeitos? Essas são as questões que a geração de trabalhos científicos em andamento vai concentrar suas energias em responder nos próximos anos. Aguardemos para decidir se a toxina botulínica, hoje realidade, veio mesmo para ficar.

Pedro Henrique Freitas do Amaral
Cirurgião do Grupo de Parede Abdominal e do
Serviço de Emergência da Santa Casa de São Paulo
Professor, Mestre em Pesquisa em Cirurgia e Doutorando na
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo
Cirurgião do Núcleo de Hérnia do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

A cirurgia como ela é



então Sociedade Brasileira de Cirurgia Laparoscópica nos sugeriu à época, como o nome diz, a incorporação endoscópica ao espaço cirúrgico abdominal. O filme cirúrgico, vídeo, reuniu diferentes especialidades ao redor da técnica e tecnologia, fundamentada no conceito cirúrgico e trouxe evidência e clareza aos nossos procedimentos. Pudemos ver, rever, ensinar, aprender e reaprender nossos próprios passos no tratamento operatório dos pacientes. Aprimoramos nossa própria técnica com nossos próprios movimentos registrados em vídeo, até atingirmos um limite, pessoal ou tecnológico, que começa a se expandir com o passar do tempo.

Com a popularização e maior acesso a esta tecnologia em todos os níveis sociais, aceitamos de forma mais natural esta invasão do campo cirúrgico na prevenção, tratamento e manutenção da nossa saúde. Assim, várias inovações chegaram à sala operatória, foram submetidas a provas de conceito, aprovadas, aceitas, mas de formas diferentes, assimiladas ou não à assistência à saúde.

Os medicamentos transformaram algumas cirurgias em história antiga, mas, apesar da maioria das laparoscopias fazerem os mesmos passos do passado, certos procedimentos foram ressuscitados pela pouca agressão e plena recuperação da fisiologia na manutenção da atividade humana.

Esta evolução só é possível pelo respeito ao paciente, preceitos cirúrgicos e aplicabilidade do conhecimento científico para lidar, tratar ou conviver com nossos problemas de saúde. Com as "novidades" pudemos proporcionar qualidade de vida em uma cum-

plicidade médico/paciente, que insistimos em manter.

A adesão segura da inovação, a laparoscopia, a robótica e incorporação do que está por vir, dependem mais da nossa segurança médica, tradição e formação, do que a simples sedução do novo.

Devemos conhecer, aprender e treinar nossas habilidades na videocirurgia frente a novos aparelhos e plataformas como uma assimilação fácil e natural. O hábito de ver o mundo desenhado em um vídeo, aquele nosso filme cirúrgico, e poder manipular tal imagem, com as facilidades que possam existir, deve nos guiar profissionalmente. Devemos treinar, treinar e treinar. Várias finalidades, que possam nos fazer progredir, devem ser criadas, oferecidas, usadas e em um ambiente de avaliação constante, desta sociedade e suas promoções de troca de conhecimento, devem permitir que tenhamos vivências e experiências comuns entre todos os associados e aqueles que buscarem imergir na mínima invasão como caminho sem volta do uso da tecnologia para o tratamento cirúrgico.

A implementação da mínima invasão depende em primeiro lugar de um treinamento que capacite o cirurgião para a "nova" escolha. A robótica incorporou-se definitivamente ao arsenal cirúrgico. O cirurgião executa seus procedimentos através de um sistema mecânico computadorizado. O tema capacitação foi empregado em um estudo prospectivo e randomizado, baseado em hospital público dedicado ao tratamento do câncer (Instituto do Câncer do Estado de São Paulo do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). O programa de treinamento dos cirurgiões envolvidos no estudo foi baseado em literatura atual, adaptado à estrutura do hospital com auxílio de tutor presencial, simuladores de "alta fidelidade" e trabalho em equipe interdisciplinar na sala operatória. O objetivo foi avaliar a capacitação do cirurgião já experiente, após seu treinamento na presença de tutor, durante a implementação da cirurgia robótica no ICESP/HCFMUSP. Foram medidos no per operatório o tempo cirúrgico e desfechos clínicos (perda estimada de sangue, número de linfonodos ressecados e complicações no intraoperatório), divididos em dois grupos: 326 por cirurgia robótica e 238 controles por procedimento vídeo-assistido ou aberto.

Dezesseis cirurgiões, com 10 anos de experiência oncológica, foram treinados na técnica robótica, em cinco especialidades. Os programas de treinamento foram planejados para o pré-operatório em laboratório e per operatório, claro, durante a cirurgia. O treinamento pré-operatório foi dividido em quatro etapas acompanhadas pelo tutor: 1) dez horas de formação virtual em computador; 2) quatro horas de laboratório seco; 3) quatro horas de in-

cursão realística e 4) oito horas de laboratório com modelo animal/cadáver. No per operatório foram avaliados tempo da operação e desfecho clínico dos pacientes: perda estimada de sangue, número de linfonodos ressecados e complicações intraoperatórias. Todos os dezesseis cirurgiões que iniciaram o programa completaram o treinamento pré-operatório. Oito cirurgiões cumpriram o programa de treinamento per operatório e até 10 procedimentos operatórios, como previsto. O tempo das operações robóticas foi maior do que nas operações do grupo controle (p<0,001). A perda estimada de sangue nos procedimentos realizados com robô foi menor do que nas operações do grupo controle (p<0,001). A conclusão foi que os cirurgiões treinados pelo programa tiveram plena capacitação em cirurgia robótica.

Este resultado nos fez organizar um método de ensino a ser estendido àqueles que quisessem uma prova de conceito pra seu treinamento. Porém, ao final da conclusão deste trabalho uma pandemia desafiadora, recrudescente, com esforços de toda a sociedade para sua contenção e controle, impediu uma continuidade de nossas cirurgias eletivas. No entanto, medidas restritivas e dificuldade de planejamento para o futuro do ensino, treinamento e capacitação de novas tecnologias em cirurgia, nos desafiaram ainda mais e fizeram da robótica uma oportunidade de trazer a academia uma sistematização deste modelo tutorado para seus futuros protagonistas.

Todas estas questões, novas tecnologias, novas máquinas e funções remetem à necessidade de preparo e organização. O investimento é alto e vem da instituição ou do complexo hospitalar. A organização e preparação para a implantação do programa deve incluir a agenda para o acesso e treinamento tutorado do cirurgião. Os cirurgiões envolvidos no programa da cirurgia robótica precisam compreender que sua dedicação pessoal em tempo e empenho é crucial para o sucesso desse processo. A dúvida, que permanece sem consenso, é qual a melhor maneira de aprender na prática ou a quantidade desta prática para se obter um alto desempenho de forma segura, reprodutível e consistente.

Ricardo Zugaib Abdalla Professor Livre Docente Departamento de Gastroenterologia HCFMUSP Coordenador Cirurgia Robótica ICESP

simuladores

O uso de simuladores no ensino de videocirurgia

ensino médico pode ser dividido em dois grandes temas, o ensino teórico, com suas respectivas aplicabilidades e com diferentes modelos pedagógicos, e o ensino das habilidades que diz respeito aos procedimentos no qual além do conhecimento dos equipamentos e da técnica do procedimento, profissionais de saúde devem ter orientação da prática e nuances destes. Várias áreas do ensino da saúde devem propiciar esse conhecimento e treinamento, mas com certeza são os procedimentos desenvolvidos pelos cirurgiões o ambiente mais sofisticado do ensino das habilidades médicas. Classicamente, o ensino das técnicas cirúrgicas foi desenvolvido em animais (procedimentos cada dia mais restrito por inúmeras razões) e nos hospitais universitários onde, a partir dos programas de residência médica, jovens cirurgiões sob orientação de seus professores são orientados a realizar as diferentes cirurgias à medida que evoluem nos programas. Aqui, também pensando na segurança do paciente, e em especial para procedimentos mais complexos, de menor incidência e com incorporação tecnológica (restritas nos hospitais públicos e filantrópicos), as oportunidades no desenvolvimento destas habilidades são limitadas.

Em relação à videocirurgia (cirurgia minimamente invasiva) em especial nos procedimentos que exigem equipamentos descartáveis não cobertos pelo SUS, o ensino adequado fica comprometido. Também para cirurgiões já com residência concluída, fora do ambiente universitário é difícil o treinamento das modernas técnicas e o uso de novos equipamentos desenvolvidos pela indústria.

Nesse contexto, da mesma forma que a prática cirúrgica incorpora tecnologia continuamente, os simuladores cirúrgicos tem se desenvolvido de maneira significativa, desde os básicos (treinamentos da fase inicial da videocirurgia) até os mais sofisticados onde, através de realidade virtual e/ou com softwares específicos, simuladores cirúrgicos permitem mimetizar atos operatórios em todas as especialidades cirúrgicas, inclusive com as situações mais complexas seguindo conceitos de treinamento da aviação no intuito de aumentar a segurança dos pacientes, podendo ser repetidos inúmeras vezes, até que o cirurgião independente de sua



destreza possa executá-los de forma adequada, reduzindo a curva de aprendizado e a necessidade de orientação no início de sua experiência clínica.

Inúmeros trabalhos científicos em procedimentos cirúrgicos específicos evidenciaram de maneira inequívoca o benefício desta tecnologia pedagógica nas diferentes etapas de formação e aprendizado cirúrgico. O grande desafio em nosso meio é que o investimento nestes equipamentos, principalmente os de última geração, que é significativo e nem sempre suportado pelas instituições de ensino ligadas a hospitais universitários.

Sociedades científicas com a relevância da SOBRACIL e outras poderiam se associar a instituições hospitalares públicas e privadas, escolas médicas, indústria de equipamentos cirúrgicos e de simuladores, viabilizando o investimento, a definição curricular, a formação de instrutores e a organização de cursos.

Estes centros de simulação cirúrgica abrindo espaço a programas de residência e cirurgiões com a necessidade de incorporar novos conhecimentos, poderiam fornecer esta tecnologia com custo reduzido, democratizando o acesso a procedimentos menos invasivos e aprimorando sua formação com inequívoco benefício para toda a sociedade.

Luiz Arnaldo Szutan

Prof^o adj. da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Chefe do Grupo Hepatobiliopancreática; Cirurgião Oncológico da BP.

SOBRACIL

SÃO PAULO, 24 A 26 DE NOVEMBRO

16º CONGRESSO BRASILEIRO DE VIDEOCIRURGIA

5º CONGRESSO BRASILEIRO E LATINO-AMERICANO DE CIRURGIA ROBÓTICA



TABELA DE INSCRIÇÃO

Aproveite as condições especiais para inscrições antecipadas.

CATEGORIA	Até 02/05/2022	A partir de 01/11/2022
Sócio(a) SOBRACIL quite (últimos 3 anos)	10,00	100,00
Sócio(a) SOBRACIL quite (apenas ano vigente)	160,00	320,00
Sócio(a) quite de Sociedades parceiras (1)	330,00	770,00
Não sócio(a) e sócio(a) não quite	550,00	990,00
Residente e pós-graduando (2)	280,00	500,00
Acadêmico de Medicina (estudante) (2)	140,00	250,00
Grupos de 5 a 9 inscrições (valor individual) (3)	15% de desconto	
Grupos a partir de 10 inscrições (valor individual) (3)	30% de desconto	

Valores em R\$ (Reais)

- (1) SBCP, CBC, SBCT, SBH
- (2) Com comprovação
- (3) Grupos da mesma categoria enviando inscrições em conjunto e efetuando um único pagamento no valor total

FORMAS DE PAGAMENTO

Depósito identificado na conta da SOBRACIL

PIX - chave congresso@sobracil.org.br.

Cartão de Crédito

MASTERCARD, VISA ou DINERS

PARA INSCRIÇÕES E OUTRAS INFORMAÇÕES:

sobracil.org.br/congresso

REALIZAÇÃO













APOIO



SOCIEDADES PARCEIRAS













DIRETORIA EXECUTIVA 2021-2022

Presidente Sérgio Roll

1º Vice-Presidente Nacional Elias Couto

Secretário Geral Antonio Bertelli Secretário Adjunto Alexandre Resende

Tesoureiro Geral Antonio Bispo

Tesoureiro Adjunto Hamilton Belo França

Vice-Presidente Norte Thiago Patta

Vice-Presidente Nordeste Roclides Castro
Vice-Presidente Centro Oeste Ronaldo Cuenca

Vice-Presidente Sudeste Dyego Benevenuto

Vice-Presidente Sul Leandro Totti Cavazolla

CONSELHO FISCAL TITULAR Guilherme Jaccoud

Leolindo Tavares Paulo Jiquiriçá

CONSELHO FISCAL SUPLENTE

Gastão Silva Paula Volpe José Júlio Monteiro

Jornalista Responsável

Elizabeth Camarão

Fotagrafias

Arquivos SOBRACIL

Design Gráfico

JMD Comunicação

sobracil@sobracil.org.br

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