



SOBRAnews

O futuro
é hoje

Informativo Oficial da Sociedade Brasileira de
Cirurgia Minimamente Invasiva e Robótica

EDIÇÃO 77

2022



SÃO PAULO, 24 A 26 DE NOVEMBRO

SOBRACIL 2022

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

[INSCREVA-SE](#)

Gerenciando as mudanças

A medicina é um campo que nunca para, está sempre progredindo e se desenvolvendo, e tal evolução só se faz presente se nós médicos a acompanharmos. Por isso é imprescindível que o médico não apenas se dedique ao seu consultório, mas também em se manter atualizado para oferecer sempre o que existir de melhor a seus pacientes.

Os desafios com a pandemia e a situação econômica do Brasil e do mundo neste ano de 2022 continuam, e a nossa diretoria tem se empenhado em criar alternativas de ensino e atualização para os nossos associados da melhor forma possível.

Nossa principal preocupação tem sido tentar entregar o conteúdo relevante que nossos colegas cirurgiões necessitam para sua educação continuada sem sobrecarregá-los.

Este ano continuamos com cursos on-line, o **SOBRACIL Itinerante**, criado para aproximar os capítulos e "dar voz" a valores regionais, cujas atividades são gravadas e ficam à disposição perene no **CANAL SOBRACIL** (canalsobracil.org.br). Fizemos parcerias importantes como com o *Bariatric Channel* e o *International Bariatric Club*, que têm sido de grande proveito para todos, além de continuarmos apoiando eventos em todo o Brasil em diversas especialidades. Comemoramos também a retomada do **Programa Jovem Cirurgião** que tanto agrada aos participantes, mas que precisou ser interrompido temporariamente por causa da pandemia.

Neste período de mudanças dramáticas em todos os aspectos, nossa diretoria composta de cirurgiões experientes e líderes nas suas áreas,



SERGIO ROLL
Presidente

confortáveis em lidar com a ambiguidade e a incerteza, entende que diante da constante evolução, estaremos sempre preparados para mudar novamente, se o que planejamos a curto prazo não puder acontecer.

Com todo este esforço, comemoramos ter conseguido construir um senso de comunidade tão forte, mesmo trabalhando remotamente, mas entendemos a importância de vermos nossos colegas cara a cara: assim, o nosso **16º Congresso Brasileiro de Videocirurgia e 5º Congresso Brasileiro e Latino-Americano de Cirurgia Robótica** está quase pronto. Muitos tópicos interessantes, mesas de debates em todas as áreas e cirurgias ao vivo.

Participem, façam sua inscrição. Serão momentos de aprendizado e confraternização inesquecíveis.

Estaremos todos juntos de **24 a 26 de novembro** de 2022, em São Paulo.

Um forte abraço,

Sergio Roll
Presidente SOBRACIL

O uso de tecnologias de Realidade Expandida (XR) em medicina

O mundo tem visto com muito entusiasmo a aplicação de **Realidade Virtual (RV)** e **Realidade Aumentada (RA)** em muitas áreas, incluindo a medicina. Isso ocorre principalmente porque a tecnologia está amadurecendo rapidamente e os hardwares e softwares necessários para fornecer experiências imersivas e realistas tornaram-se economicamente acessíveis.

A visualização de imagens médicas complexas continua sendo um grande desafio pois a obtenção e geração de modelos 3D de diversas estruturas internas do corpo humano é realizada através de tecnologias de obtenção de imagens não invasivas, como a ultrassonografia, a ressonância magnética ou a tomografia computadorizada.

Este processo geralmente é composto de etapas que requerem o uso de diferentes softwares, além da experiência humana. Essas etapas incluem o aprimoramento da imagem por meio de filtros, segmentação, extração do modelo 3D de sucessivos cortes, pós-processamento (por exemplo, remoção de ruído) e, finalmente, visualização em 3D.

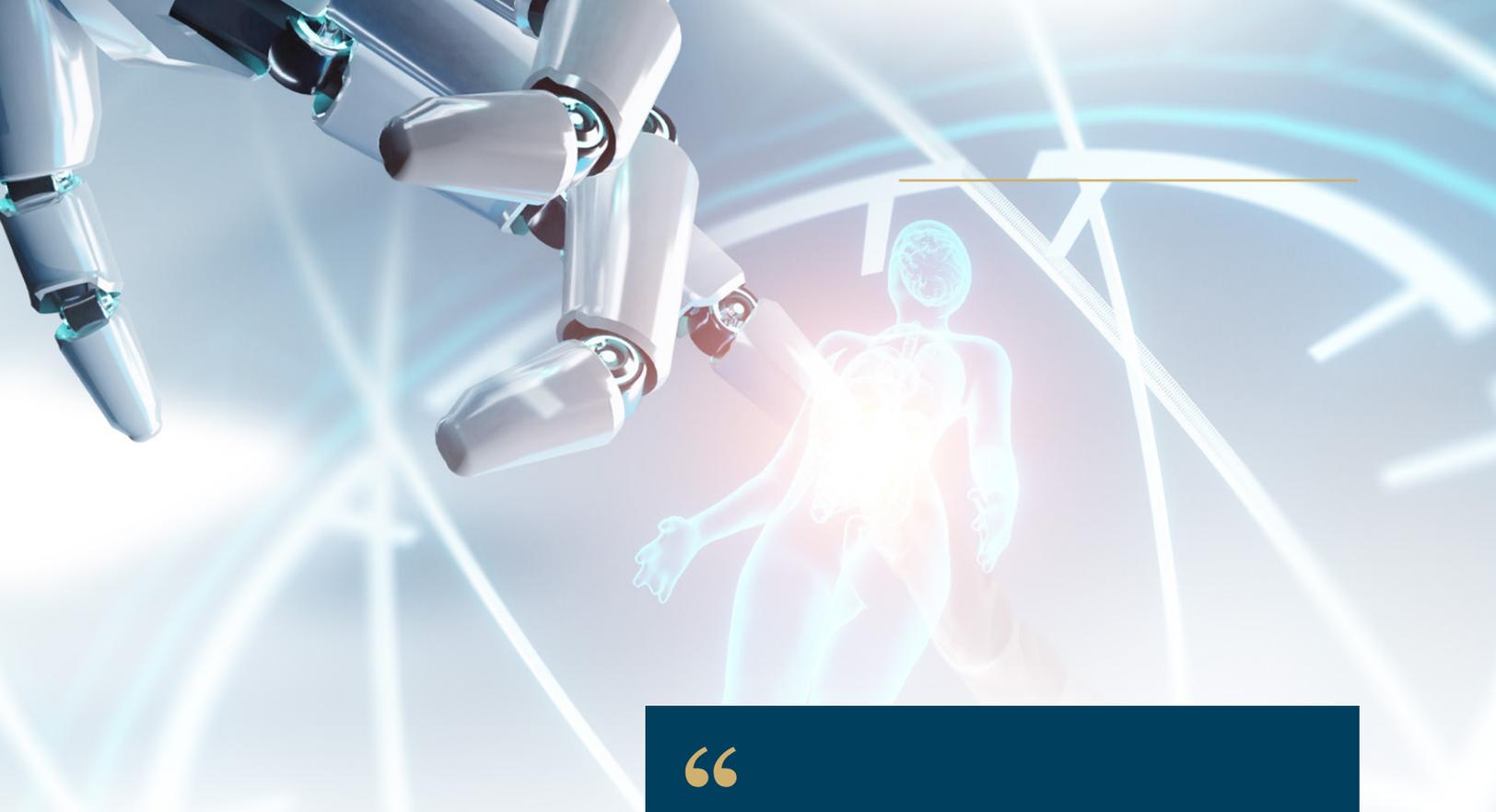
A RV é uma técnica de interface pela qual o usuário pode navegar e interagir em um ambiente sintético tridimensional (3D) gerado por computador, ficando em uma imersão total ou parcial. Os sistemas de RV são compostos por dispositivos de entrada e saída



HERON WERNER

(visuais, auditivos e/ou táteis) capazes de proporcionar ao usuário, além da imersão, uma maior interação e envolvimento. Um dos benefícios dos ambientes de RV é a capacidade de fornecer perspectivas vantajosas não obtidas no mundo real, como navegar dentro do corpo humano e analisar simulações físicas, facilitando também a educação médica.

Os simuladores cirúrgicos baseados em RV, permitem que os cirurgiões determinem características anatômicas específicas do paciente, possíveis complicações na sala de cirurgia e fortaleçam o trabalho em equipe para garantir a segurança do paciente. Um dos primeiros exemplos registrados de aplicação de RV em cirurgia foi em 1997, quando cirurgiões usaram um ambiente virtual para planejamento pré-operatório de separação de gêmeos siameses. Desde então, os ambientes em RV têm sido usados para praticar habili-



dades motoras necessárias para procedimentos cirúrgicos complexos. O ambiente de RV criado pode permitir que os cirurgiões aprimorem suas técnicas cirúrgicas, facilite uma discussão multidisciplinar e forneçam feedback em tempo real.

O conceito de RA está intimamente relacionado à RV, mas a principal diferença é que a RA usa uma configuração do mundo real, sobrepondo elementos virtuais sobre ela, enquanto a RV mergulha completamente o usuário em um mundo sintético. Assim, é possível, por exemplo, visualizar determinado órgão humano em 3D no ambiente real da cirurgia, onde ambas imagens coexistem em tempo real.

Nos últimos anos, os profissionais desse campo criaram o termo realidade expandida (XR), que reúne os conceitos de RV e RA em um único termo, tentando simplificar as coisas para o público em geral.

“

(...) profissionais desse campo criaram o termo realidade expandida (XR), que reúne os conceitos de RV e RA em um único termo”



Avaliação de um caso de teratoma sacrococcígeo usando óculos de Realidade Aumentada HoloLens 2.

“

Metaverso configura um contexto geral de aplicação no qual a RV e RA contribuem para este novo tipo de experiência.”

Discussão multidisciplinar do caso de teratoma sacrococígeo no Metaverso usando o Oculus Quest 2.

Em relação à utilidade da XR na medicina, são esperadas pelo menos cinco aplicações principais:

1. Planejamento cirúrgico
2. Educação/formação médica
3. Melhor comunicação com os pacientes e seus familiares sobre o problema
4. Tratamento de fobias e traumas
5. Discussão de casos à distância, em tempo real, entre especialistas localizados em áreas geográficas distantes.

Durante a pandemia, o uso da e-saúde para fornecer assistência médica por meio de comunicação virtual foi amplamente adotado por médicos e pacientes. O conceito de “Metaverso” trouxe muitas novidades para a comunicação da área médica, sendo uma das palavras mais discutidas em 2021. Trata-se de uma rede de ambientes virtuais onde as pessoas podem interagir umas com as outras ou com objetos digitais. O Metaverso configura um contexto geral de aplicação no qual a RV e RA contribuem para este novo tipo de experiência.

Heron Werner

Doutorado em Radiologia – UFRJ

Responsável pela Medicina Fetal da DASA-RJ e

pelo Laboratório de Biodesign DASA/PUC-RJ





**FERNANDO DE
BARROS**

Metaverso na cirurgia



A Realidade Aumentada é a integração de elementos com informações digitais/imagens e a visualizações do mundo real através de uma câmera ou dispositivos 3D como, por exemplo, os óculos projetados para Realidade Virtual. Com o avanço da tecnologia de imagens FullHD, 4K e 8K a imagem passou a ser parte do cotidiano de todos. Nesse contexto, surge a Realidade Virtual onde podemos criar uma realidade física por meio de tecnologias simulando o ambiente real, por projeções de Realidade Aumentada, porém através de um sistema computacional. Quanto mais aparatos tecnológicos mais o virtual se torna "real".

O termo Metaverso nasceu em 1992, na obra "Snow Crash" de Neal Stephenson e tem origem nas palavras "meta" (transcendente) e "universo". O termo, que vem sendo mais utilizado para replicar a realidade

das pessoas através de dispositivos virtuais, mistura as três grandes promessas do século: Realidade Aumentada, Realidade Virtual e Internet. No Metaverso podemos então criar ambientes públicos para que os chamados "avatares" possam interagir. A pandemia (2020) serviu como um treinamento das conexões e encontros digitais, onde usuários e indústria amadureceram a ideia e sem dúvida ela acelerou esse processo de maneira significativa.

As expectativas e especulações do mercado são enormes e pelos mais diversos setores. Sem dúvida que a indústria de games é a que mais alavancou vendas no mundo e já trabalha com novas possibilidades. Não muito atrás, grandes grupos de tecnologia já se mexeram nessa mudança, como grupos que controlam as redes sociais, sites de busca e empresas de tecnologias. Até mesmo as grifes de marcas entraram no mercado produzindo e vendendo tênis, roupas e até acessórios para os personagens virtuais.

Mas onde será que toda esta revolução irá impactar na medicina? A Realidade Aumentada tem evoluído muito no setor da radiologia nos últimos anos. Em 1895, o alemão Wilhem Conrad Roentgen descobriu o raio X. A partir daí, o que se viu foi uma crescente evolução das tecnologias de imagem: radiografias digitais, tomografia computadorizada, aparelho multislice, ressonância nu-

clear magnética, inteligência artificial e agora as reconstruções 3D com Realidade Aumentada. Além da entrega de uma imagem perfeita, hoje já dispomos de aplicativos de celulares que permitem que naveguemos pelas reconstruções tridimensionais. A navegação é possível não só para cavidades com tórax e abdômen, mas também dentro de órgãos, como fazer uma broncoscopia ou uma endoscopia virtual.

É aí que a cirurgia minimamente invasiva entra. A partir de reconstruções de Realidade Aumentada podemos navegar para fazermos, por exemplo, o planejamento cirúrgico durante uma discussão em sessão clínica multidisciplinar e em muito breve, por que não, ter o exame de Realidade Aumentada do seu paciente nos simuladores de videolaparoscopia ou robótico. Desta forma, podemos repetir o procedimento cirúrgico simulado digitalmente quantas vezes for necessário antes da cirurgia.

E que tal discutirmos essa programação cirúrgica numa sessão clínica através da Realidade Virtual? Atualmente, alguns serviços já fazem seus encontros e sessões clínicas no Metaverso (Figura 1). É a Realidade Aumentada na Realidade Virtual, onde radiologistas, clínicos, cirurgiões, fellows, alunos etc., seja onde estiverem fisicamente, interagem virtualmente para discussão de casos clínicos e interação da imagem em tempo real. Além de condutas médicas, há a possibilidade ainda de interação com a imagem: ampliação, navegação intraluminal, segmentação de órgãos sólidos e até a avaliação anatômica daquele paciente específico.

As oportunidades são inúmeras. Alguns óculos para uso na Realidade Virtual já conseguem ver ao mesmo tempo a Realidade Física e a Realidade Virtual (Figura 2). Imaginemos agora que um preceptor de outro país entre virtualmente na minha sala cirúrgica e eu consiga ver ao mesmo tempo, o novo robô que estou treinando (de maneira física) e o meu preceptor (de maneira virtual) e que ele possa me ajudar a posicionar a plataforma, sinalizando os locais de punção e a posição do robô? No Metaverso, a fronteira entre o físico e o digital será interrompida.

A outra grande promessa é a fusão de imagens: a Realidade Aumentada em tempo real durante a cirurgia, é a chamada "Augmented Reality-Assisted Surgery" (ARAS). Existem já algumas possibilidades no mercado para o uso da ARAS como o "google glass", o "opticalhead-mounted display", ou ainda o "Vuzix STAR 1200 XL". Atualmente já usamos a navegação da imagem em tempo real no console robótico com um sistema de "picture in picture", porém ainda sem a fusão. Com o cirurgião fora de campo (no console) ele mesmo pode manusear a Realidade Aumentada durante uma cirurgia robótica (Figura 2).

O que estamos passando é uma revolução na era da cirurgia. Em muito breve passaremos a nossa cirurgia, que ainda é analógica, para uma cirurgia digital, onde juntos com a Realidade Aumentada e Virtual, a máquina poderá interagir com o cirurgião na tomada de decisões intraoperatórias a partir do "deeplearning". Acredito que todo esse aparato tecnológico que revolucionou outras áreas da humanidade, será o nosso passaporte para enfim usarmos a inteligência artificial de maneira a impactar realmente o resultado final dos nossos pacientes.

*Fernando de Barros
Professor Adjunto de Cirurgia da
UFF-Universidade Federal Fluminense
Coordenador do Programa de
Cirurgia Robótica do Grupo DASA-RJ*

“
O que estamos
passando é uma
revolução na era
da cirurgia.”

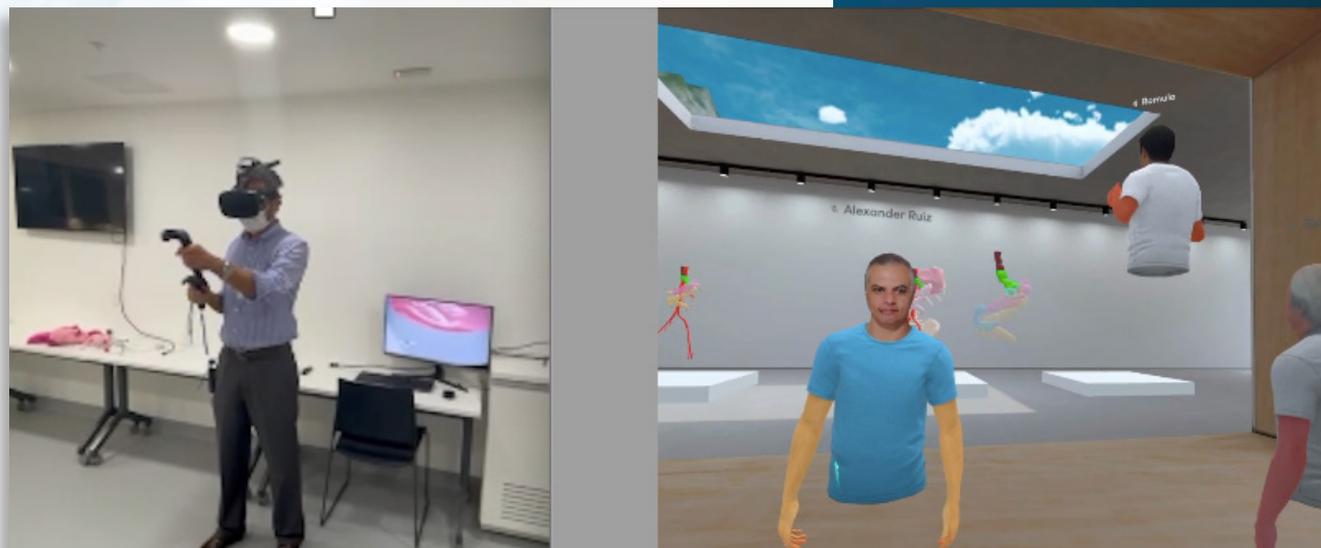


Figura 1

Sessão Clínica de cirurgia
bariátrica e metabólica no Metaverso

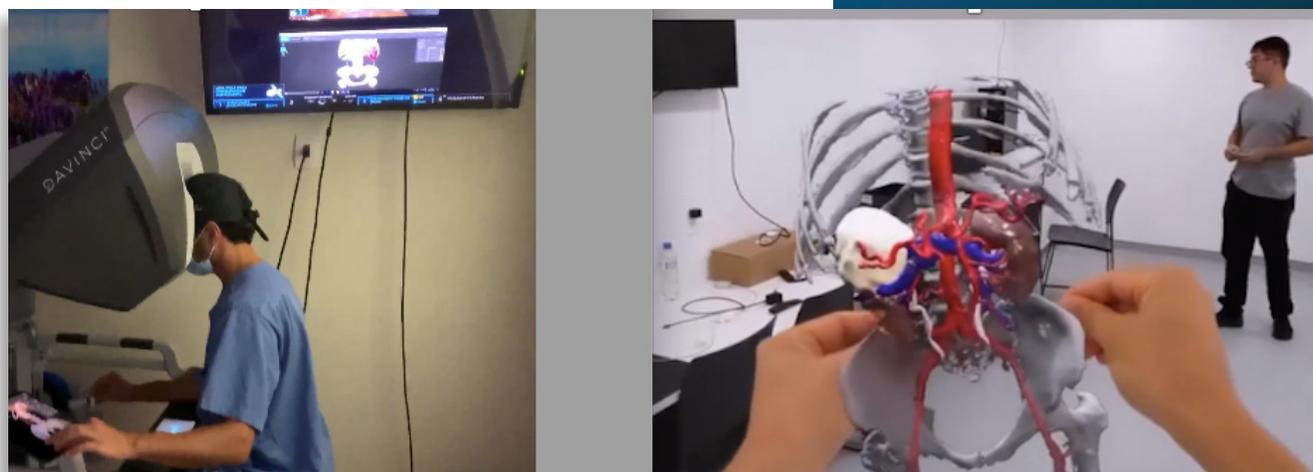


Figura 2

A) Navegação da Realidade Aumentada em
tempo real durante uma cirurgia robótica.
B) Avaliação de um caso clínico através de
óculos com possibilidade de visualização
do físico e do real ao mesmo tempo.

O futuro da cirurgia bariátrica e metabólica



CARLOS AURELIO SCHIAVON

A primeira ideia que nos vem a cabeça quando lemos um artigo sobre o futuro da Cirurgia Bariátrica e Metabólica é a Cirurgia Robótica. É inegável que a técnica robótica é um grande avanço e que, progressivamente, deve dominar nossas salas cirúrgicas. Porém, a utilização de robôs é apenas uma nova forma de fazer a cirurgia que realizamos há décadas.

Hoje conversaremos sobre o futuro da Cirurgia Bariátrica e Metabólica como opção terapêutica para a obesidade e suas diversas comorbidades.

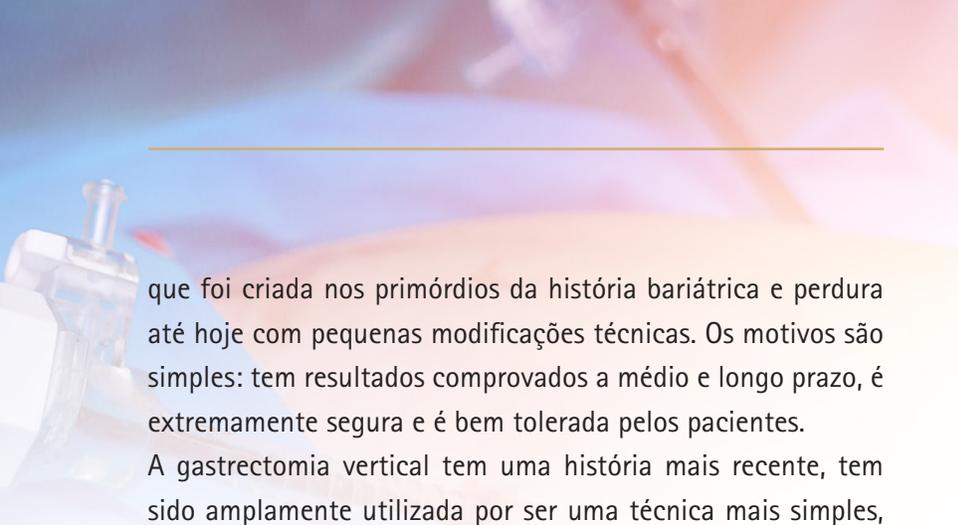
Ao mesmo tempo que enfrentamos números crescentes de casos de obesidade na população, vemos surgirem novas drogas que prometem excelentes resultados na perda de peso e com boa tolerabilidade. Agonistas duplos para receptor GLP1 e GIP apresentam resultados que se assemelham a algumas técnicas de cirurgia bariátrica, chegando a perdas que superam 20% do peso total em alguns pacientes.

O que pode parecer ser um forte concorrente para a cirurgia bariátrica, na verdade deve ser encarado como um grande aliado dos cirurgiões. Para isto, nós, cirurgiões, devemos rever alguns de nossos projetos e condutas.

O primeiro grande desafio é resolvermos se precisamos de novas técnicas cirúrgicas e, se a resposta for afirmativa, como

devemos adotá-las.

Se olharmos para a história da cirurgia bariátrica e metabólica, muitas técnicas foram adotadas e acabaram desaparecendo por motivos variados, geralmente relacionados a complicações cirúrgicas e/ou nutricionais ou por mal resultados a médio e longo prazo. Foi assim com o bypass jejuno-ileal, com a cirurgia de Scopinaro, com a banda gástrica ajustável, com a plicatura gástrica e com técnicas que ressecavam intestino delgado. Mais recentemente, assistimos a adoção de técnicas como o bypass de anastomose única, a transposição ileal, a bipartição, dentre outras ainda menos conhecidas. Todas têm o mesmo desafio: demonstrar de forma cientificamente robusta se tem resultados melhores e se são tão seguras quanto as técnicas mais utilizadas, como o bypass em Y de Roux e a gastrectomia vertical. O bypass em Y de Roux é a única técnica



que foi criada nos primórdios da história bariátrica e perdura até hoje com pequenas modificações técnicas. Os motivos são simples: tem resultados comprovados a médio e longo prazo, é extremamente segura e é bem tolerada pelos pacientes.

A gastrectomia vertical tem uma história mais recente, tem sido amplamente utilizada por ser uma técnica mais simples, sem manipulação intestinal, com bons resultados a curto e médio prazos, mas vem apresentando alguns questionamentos, principalmente relacionados à alta incidência de refluxo e a um possível índice maior de recidiva da obesidade.

O segundo grande desafio decorre do primeiro e está relacionado à doença obesidade que tem como características a cronicidade, a progressividade e o alto índice de recidiva.

Nossas cirurgias não fazem desaparecer estas características e infelizmente nossos pacientes podem apresentar índices variáveis de recidiva. O desafio é reduzir ao mínimo possível estes índices e, provavelmente, isto não passa nem pela utilização de novas técnicas, nem por uma cirurgia revisional na grande maioria das vezes.

Na minha opinião o futuro do tratamento da obesidade, aos moldes da cardiologia e da oncologia, será multimodal e multidisciplinar. Neste contexto, a cirurgia bariátrica e metabólica terá sempre lugar, principalmente nos casos de obesidade mais grave.

Tratamentos "neoadjuvantes", "adjuvantes" ou de "resgate" com novas drogas e novas tecnologias serão cada vez mais frequentes e melhorarão muito os resultados das nossas cirurgias. Se quisermos entregar melhores resultados para nossos pacientes, nos comunicar com toda a equipe multidisciplinar de forma mais transparente e assertiva, aumentando assim as indicações futuras para cirurgia, acredito que devemos investir nas técnicas consagradas associadas sempre ao que há de melhor no tratamento clínico da obesidade. Para mim este é o futuro da cirurgia bariátrica e metabólica.

*Dr. Carlos Aurélio Schiavon
Cirurgião Bariátrico; Doutor em Cirurgia pela USP
Cofundador da ONG Obesidade Brasil
Coordenador Científico do Núcleo de Obesidade
e Cirurgia Bariátrica da BP*

“
O primeiro grande desafio é resolvermos se precisamos de novas técnicas cirúrgicas e, se a resposta for afirmativa, como devemos adotá-las.”



MARCELO PEREZ



**ANA CAROLINA
MONTOURO STORARRI**



**CARLA JOSEFINA DE
AZEVEDO COSTA**

Aderência ao tratamento: a ponta do iceberg

“Aumentar a efetividade de métodos de aderência pode ter maior impacto na saúde da população do que avanços em tratamentos específicos.” Haynes et al

As últimas décadas foram marcadas por grandes avanços no desenvolvimento de tratamentos que trouxeram melhora no desfecho clínico de diversas doenças crônicas – como redução de mortalidade, incapacidade e aumento de sobrevida, por exemplo. Entretanto, entre os medicamentos desenvolvidos e os desfechos observados nos estudos clínicos existe uma etapa – ou uma barreira – esquecida por muitos de nós: a aderência ao tratamento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a aderência ao tratamento como a medida em que o comportamento do paciente coincide com o plano de cuidado recomendado pelo médico e demais profissionais de saúde. Um paciente é considerado aderente quando ele faz uso de pelo menos 80% do tratamento prescrito num dado período. As chances de bons resultados são quase 3 vezes maiores para aderentes em relação aos pacientes não-aderentes.

A literatura mostra que apenas 50% das medicações são tomadas de acordo com a prescrição médica e a taxa de não-adesão varia de acordo com a população e patologia estudadas – 34,6% dos pacientes com diabetes tipo II, 27,7% dos hipertensos e 39,2% daqueles com epilepsia. Na população estudada por Jackevicious e colaboradores, 27% dos pacientes com doença arterial coronária não adquiriram as medicações prescritas nos primeiros 7 dias após a alta. Além de prevalente, a não-aderência ao tratamento é cara. Nos Estados Unidos os gastos relacionados a não-aderência ao trata-



mento médico proposto chegam a U\$100 bilhões por ano.

Para melhorar a aderência ao tratamento é preciso compreender seu aspecto multifatorial. Destacam-se 5 grupos: fatores relacionados ao paciente, socioeconômicos, associados ao sistema de saúde, relacionados à doença de base e relacionados ao tratamento em si. Literacia em saúde, conhecimento sobre a doença e seu tratamento, percepção sobre a doença e autoeficácia, são exemplos de fatores relacionados ao paciente. É necessário que o paciente tenha capacidade de obter, processar e compreender informações relacionadas à saúde para a tomada de decisões e que compreenda sua doença e a necessidade de tratamento. Por fim, a autoeficácia permite que o paciente tenha hábitos e comportamentos que impactam positivamente na aderência.

O papel do médico vai além da escolha da medicação mais adequada para a patologia do paciente: comunicar-se com o paciente e conhecê-lo. Orientar o paciente a respeito da sua doença e da necessidade do tratamento, alinhar as expectativas em relação ao plano de cuidado, orientar sobre os efeitos do fármaco introduzido – inclusive os adversos – e esclarecer dúvidas, são etapas importantíssimas da consulta. A educação em saúde empodera o paciente e motiva-o a aderir ao tratamento.

Padrões ineficazes de comunicação e falta de compreensão do profissional de saúde sobre como o contexto cultural influencia as crenças do paciente de diversas origens raciais, étnicas e culturais. As crenças sobre medicamentos variam entre os indivíduos, dentro das famílias e entre as culturas e essas crenças estão associadas à adesão à medicação em muitas condições de saúde.

A busca por terapias alternativas e complementares é comum; nos Estados Unidos cerca de 30% dos adultos buscam alternativas ao tratamento convencional como fitoterapia e práticas de well-being (massagem, yoga, espiritualidade, terapias energizantes). A descrença do médico e o desinteresse em abordar essas práticas na consulta podem criar uma barreira entre ele e o paciente, sendo que a compreensão da terapia complementar poderia ser um reforço positivo da terapia convencional.

Fatores relacionados ao tratamento incluem: a quantidade de

fármacos introduzidos, número e tamanho dos comprimidos, frequência e horário de tomadas. Um tratamento individualizado se faz cada vez mais necessário – para tanto é importante entender a rotina do paciente, seus horários de dormir/ acordar, horário das refeições, turno de trabalho, etc.

A adesão aos medicamentos prescritos é multifatorial e um componente central da maioria dos regimes de doenças, envolve comunicação eficaz entre paciente e provedor e compreensão clara das possíveis barreiras ao uso consistente de medicamentos.

Referências Bibliográficas

1. Unni, E.; Bae, S. *Exploring a New Theoretical Model to Explain the Behavior of Medication Adherence. Pharmacy* 2022, 10, 43.
2. AF Yap et al. *Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. Geriatr Gerontol Int* 2015.
3. Brown, MT.; Bussell, JK. *Medication Adherence: WHO Cares? Mayo Clin Proc* 2011, 86, 4.
4. DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. *Patient adherence and medical treatment outcomes: a metaanalysis. Med Care* 2002; 40:794–811

Dr. Marcelo Perez

Diretor de Eventos da SAESP-Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo

Dra. Ana Carolina Montouro Storarri

Médica Neurologista

Pós-graduanda em Terapia da Dor

Dra. Carla Josefina de Azevedo Costa

Médica Anestesiologista

Pós-graduanda em Terapia da Dor

“ A roda da medicina,
movida pela força do
humanismo, oferece
a oportunidade de
muitas voltas para
visualizar o horizonte.
Numa mesma
altura podemos ter
visões diferentes,
se estamos subindo
ou descendo.



trocando ideias

in memoriam

Hidratação, uma volta ao passado

Era um paciente com olhos encolhidos e pele seca. Nada conseguia ingerir. Estava sem forças. As veias do braço eram finas e se rompiam com facilidade. As pernas inchadas impediam o acesso a algum vaso.

Colocar um cateter numa veia do pescoço ou no peito naquele paciente seria arriscado. A melhor opção era aplicar o soro no tecido subcutâneo abdominal, na fina camada de gordura que lhe restava. Ele precisava de conforto e aceitou a opção.

Os jovens médicos que acompanhavam o experiente professor naquela visita residencial se entreolharam. Na faculdade não lhes ensinaram a respeito dessa técnica, pois, entre outras matérias, deixaram de ensinar História da Medicina.

A saga dos métodos de administração de líquidos e medicamentos por via parenteral foi desenvolvida ao longo de séculos por pioneiros que, entre tentativas e erros, enfrentaram preconceitos.

Foi o médico inglês William Harvey, em seu livro "Estudo anatómico do movimento do coração e do sangue os Animais", (em tradução livre do latim), de 1628, quem deu a primeira explicação precisa sobre a circulação sanguínea. Apesar disso, o desenvolvimento do acesso aos vasos e dos fluidos para infusão parenteral só ocorreu na Europa durante a epidemia de cólera de 1827. Na ocasião se sabia da importância da hidratação parenteral, mas não havia sistemas adequados para administrar líquidos nas veias dos pacientes, sendo o método utilizado somente em moribundos.

Em 1860, na busca de um modo rápido para tratar a dor de pacientes, começaram a surgir os primeiros relatos de infusão de morfina subcutânea. Baseado nesse método, quando ocorreu um grande surto de cólera, em 1884, na região de Nápoles, o professor Arnaldo Cantani demonstrou a vantagem da hidratação por via subcutânea. Ele experimentara a ineficiência da infusão de fluidos pela via retal, prática empregada na época, assim como conhecia a dificuldade de puncionar



ALFREDO GUARISCHI

veias colapsadas em pacientes desidratados. A terapia subcutânea – hipodermóclise – salvou inúmeras vidas, e o método passou a ser empregado em outras situações.

A melhoria da qualidade das agulhas permitiu o uso das infusões venosas de forma mais rápida, e isso foi consagrado durante a Segunda Guerra Mundial, levando ao abandono progressivo da via subcutânea.

No entanto, a medicina é como uma fantástica roda-gigante. Começamos lá de baixo e, aos poucos, conforme a roda se move, vamos subindo, até chegarmos ao topo, para depois descermos, com nosso olhar voltado à direção oposta de nossa subida.

Em pacientes que não conseguem ingerir líquidos e oferecem dificuldade de acesso venoso, principalmente em cuidados paliativos em residência, é necessário encontrar uma via alternativa, simples e segura.

A roda da medicina, movida pela força do humanismo, oferece a oportunidade de muitas voltas para visualizar o horizonte. Numa mesma altura podemos ter visões diferentes, se estamos subindo ou descendo. Conhecer a história desmitifica novidades, ajudando, dessa forma, muitos pacientes.



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
Leolino Tavares
Paulo Jiquiriçá

CONSELHO FISCAL SUPLENTE

Gastão Silva
Paula Volpe
José Júlio Monteiro

Jornalista Responsável Elizabeth Camarão
Fotografias Arquivos SOBACIL
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