

Caso do leitor:
Perfuração ileal secundária a
infecção pelo Citomegalovírus
por TCBC Valdemir Salles

Página 7

**Videolaparoscopia
no tratamento do
Câncer Colorretal**



Páginas 8, 9 e 10

Crônica:
Estou farto de semideuses!
por TCBC Tarcisio Triviño

Página 11

E ainda nesta edição:

Ética e avanços tecnológicos em cirurgia
por TCBC Cláudio Bresciani

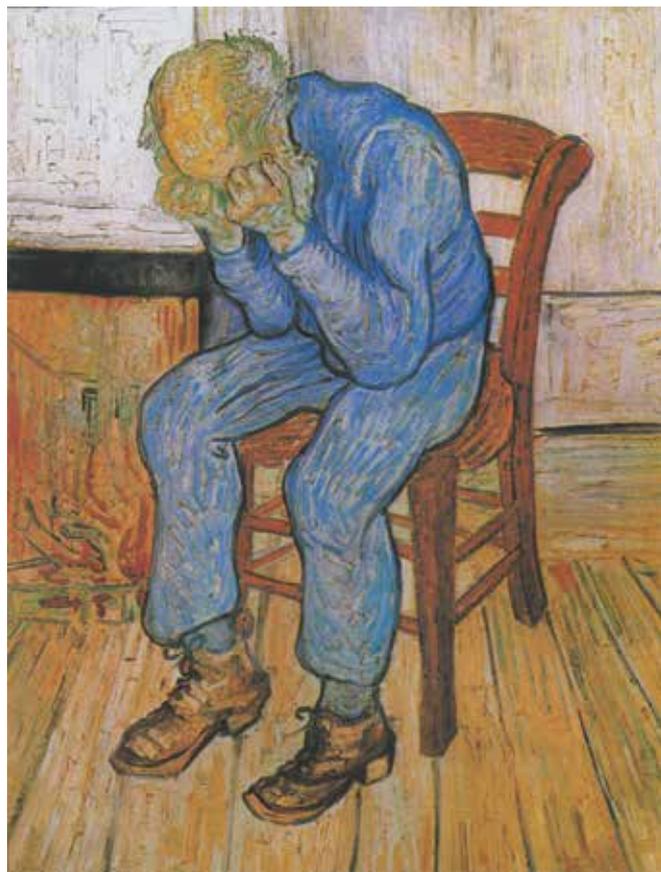
Página 2

Resolução do CFM sobre o uso
de mídias sociais

Página 3

**Protocolo Spikes:
comunicação de
más notícias em
cirurgia**

Páginas 4, 5 e 6





EXPEDIENTE

Capítulo São Paulo www.cbcs.org.br
 Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278
 6º andar - São Paulo - SP
 CEP 01318-901 - Tel.: (11) 3101-8045,
 3101-8792 ou 3188-4245
 E-mail: contato@cbcs.org.br ou flavia@cbcs.org.br

Mestre do Capítulo:

TCBC Cláudio José Caldas Bresciani

Vice-Mestre:

TCBC Sidney Roberto Nadal

1º Secretário:

TCBC Ramiro Colleoni Neto

2º Secretário:

TCBC Rogério Saad Hossne

1º Tesoureiro:

TCBC Carlos Eduardo Jacob

2º Tesoureiro:

TCBC Paulo Maurício Chagas Bruno

DEPRO: TCBC Luiz Roberto Lopes

Periódico trimestral de divulgação
 do Capítulo de São Paulo do Colégio
 Brasileiro de Cirurgiões

Ano XVI – Nº 66 – Outubro de 2015**Diretor responsável:**

TCBC Ramiro Colleoni Neto (2008-2015)

Organização e Projeto Gráfico:

Doc Press (11) 5533-8781

Jornalista Responsável:

Anadi Luchetti – MTb 34.161

Diagramação:

Alexandre P. Campos Fº

Impressão:

Ympressograf Artes Gráficas Ltda.

Tiragem:

3.000 exemplares

Notas:

As matérias assinadas são de inteira
 responsabilidade dos autores.

As diretorias das seções especializadas,
 departamentos, regionais e os nomes dos
 cirurgiões responsáveis encontram-se no
 site www.cbcs.org.br

Avanços Tecnológicos em Cirurgia e Ética



Tecnologia é a união do conhecimento técnico e científico e sua aplicação através de ferramentas, processos e materiais criados e/ou utilizados a partir de tal conhecimento. Para tanto é necessária a união da cognição, que é a estruturação do conhecimento, ato ou efeito de conhecer algo, com a cooperação, esta pode ser voluntária (grupo de pesquisadores) ou involuntária (grupo de pesquisadores separados ou concorrentes). A tecnologia deve ter surgido já antes do *Homo Sapiens*, mas foi com nossa espécie que ela atingiu o seu esplendor. Ela é provavelmente o traço mais marcante dos homens, a tal ponto de que se mudássemos o nome de nossa espécie de *Homo Sapiens* para *Homo Technologicum*, nenhum erro estaria sendo cometido. A evolução tecnológica é uma curva exponencial e, portanto, a velocidade de sua aquisição se faz de forma cada vez mais alucinante e, como somos essencialmente tecnológicos, nós a buscamos com sofreguidão. Não podemos viver sem ela. A medicina e mais especialmente a cirurgia faz parceria com a tecnologia, e torna-se dependente dela cada vez mais. Entretanto, acima de qualquer avanço os cirurgiões devem ser éticos. E o que Ética? É o estudo das finalidades últimas, ideais e que orientam a ação humana para o máximo de harmonia, universalidade, excelência ou perfectibilidade. Para tanto frente a um avanço tecnológico devem os médicos realizarem alguns questionamentos: é seguro o novo procedimento, ele é eficaz, ele representa uma melhora real em relação ao “tradicional”, qual sua utilidade (relação custo/benefício) e qual a repercussão social do novo procedimento?

A Medicina, com M maiúsculo, é o império da beneficência, que é ajuda, altruísmo, amparo, auxílio, bem-fazer, benefício, benevolência, benignidade, bondade, caridade, clemência, compaixão, complacência, condescendência, filantropia, humanidade, indulgência, piedade e socorro. A tecnologia é indissociável da Medicina e principalmente da Cirurgia mas não devem os médicos se encantarem com as maravilhas da tecnologia e esquecerem que o objetivo central do atendimento médico continuará eternamente sendo o paciente. E este sente dor, medo, se preocupa com o seu futuro e de seus familiares. Óbvio que é necessário usar a tecnologia mas a beneficência é fundamental.

TCBC Cláudio Bresciani

Mestre do Capítulo de São Paulo

Resolução nº 2.126/2015

(Publicado no D.O.U., 01 de outubro de 2015, Seção I, p. 131)

Altera as alíneas “c” e “f” do art. 3º, o art. 13 e o anexo II da Resolução CFM nº 1.974/11, que estabelece os critérios norteadores da propaganda em Medicina, conceituando os anúncios, a divulgação de assuntos médicos, o sensacionalismo, a autopromoção e as proibições referentes à matéria.

O Conselho Federal de Medicina, no uso das atribuições conferidas pela Lei nº 3.268, de 30 de setembro de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 44.045, de 19 de julho de 1958, e pela Lei nº 11.000, de 15 de dezembro de 2004, e, considerando o disposto no inciso X do artigo 5º da Constituição Federal “são invioláveis a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”; considerando o disposto na Lei nº 12.842/13, em seu artigo 7º, que atribui ao Conselho Federal de Medicina o papel de definir o que é experimental e o que é aceito para a prática médica; considerando que as mídias sociais ganharam enorme expressão na área da divulgação de assuntos médicos; considerando, finalmente, o decidido na sessão plenária de 16 de julho de 2015, resolve:

Art. 1º Alterar as alíneas “c” e “f” do artigo 3º da Resolução CFM nº 1.974/11, que passam vigorar com a seguinte redação:

Art. 3º É vedado ao médico: (...)

c) Participar de anúncios de empresas comerciais ou de seus produtos, qualquer que seja sua natureza, dispositivo este que alcança, inclusive, as entidades médicas sindicais ou associativas;

f) Fazer propaganda de método ou técnica não reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina como válido para a prática médica;

Art. 2º O artigo 13 da Resolução CFM nº 1.974/11 passa vigorar com a seguinte redação:

Art. 13 As mídias sociais dos médicos e dos estabelecimentos assistenciais em Medicina deverão obedecer à lei, às resoluções normativas e ao Manual da Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos (Codame).

§1º Para efeitos de aplicação desta Resolução, são consideradas mídias sociais: *sites, blogs, Facebook, Twiter, Instagram, YouTube, WhatsApp* e similares.

§2º É vedada a publicação nas mídias sociais de autorretrato (*selfie*), imagens e/ou áudios que caracterizem sensacionalismo, autopromoção ou concorrência desleal.

§ 3º É vedado ao médico e aos estabelecimentos de assistência médica a publicação de imagens do “antes e depois” de procedimentos, conforme previsto na alínea “g” do artigo 3º da Resolução CFM nº 1.974/11.

§4º A publicação por pacientes ou terceiros, de modo reiterado e/ou sistemático, de imagens mostrando o “antes e depois” ou de elogios a técnicas e resultados de procedimentos nas mídias sociais deve ser investigada pelos Conselhos Regionais de Medicina.

Art. 3º O anexo II da Resolução CFM nº 1.974/11 passa a vigorar com a seguinte redação:

Lista de documentos que devem observar os critérios explicitados nesta Resolução:

Nota: A lista de documentos que devem observar os critérios explicitados nesta Resolução você confere no próprio link do CFM http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2015/2126_2015.pdf ou no site do CBCSP (www.cbcs.org.br).

Art. 4º Esta resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília/DF, 16 de julho de 2015

Carlos Vital Tavares Corrêa Lima
Presidente

Henrique Batista e Silva
Secretário-geral

Protocolo **Spikes**: comunicação de más notícias em cirurgia

Priscila Rodrigues Leite Oyama

Residente do Programa de Clínica Médica
Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo

AsCBC Diego Adão Fanti Silva

Residente do Programa de Cirurgia do Aparelho Digestivo
Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo.

Aécio Flavio Teixeira de Goes

Professor Adjunto Doutor da Disciplina de Medicina de Urgência
Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo

Jovem, vítima de politrauma em acidente moto versus auto. A família aguarda. Já se passaram seis horas. Ninguém avisou que seria uma cirurgia difícil e demorada. O cirurgião abre a porta, todos se levantam. O coração bate forte, as mãos tremem. Alguns fitam o cirurgião, procurando por expressões de sucesso ou fracasso. Outros fecham os olhos pra fazer aquela última oração, na esperança de que tudo tenha dado certo. Enfim, a notícia: o paciente faleceu. Inesperadamente. Era jovem, saudável, trabalhava de motoboy e estava indo fazer uma entrega. Por essa, ninguém esperava. Minutos antes, o cirurgião havia saído do centro cirúrgico com a sensação de puro fracasso. Não, a culpa não foi dele. Ele, melhor do que ninguém, sabia das possíveis complicações da cirurgia e do trauma. Mas não esperava que fosse acontecer. E sabia que a família também não esperava. Parou por um tempo no vestiário, pensando em como daria a notícia. A vontade era fazer aquilo da forma menos dolorosa possível para ambos, cirurgião e família. E como fazer? Dizer tudo rápido e acabar logo

com o sofrimento, ou ser lento e usar eufemismos? Usar palavras caridosas e chorar junto, talvez mostrando insegurança, ou usar termos técnicos e mostrar-se inabalável emocionalmente? Pode encostar, abraçar? Será que existe técnica para um momento tão delicado?

Situações como essa são comuns na vida de cirurgiões: diagnosticar um câncer avançado sem proposta cirúrgica, reconhecer que o tumor é irressecável no intra-operatório, conviver com mortes de pacientes jovens e saudáveis que foram vítimas de traumatismos, entre outros. Dar uma má notícia é sempre tarefa difícil, que exige tato e empatia. Porém, por mais abstrato e interpessoal que seja uma dialética entre dois lados emocionalmente envolvidos, existe técnica e forma de se fazer, de modo a facilitar tanto a transmissão quanto a recepção da mensagem, promovendo uma melhor comunicação e assimilação do evento trágico. O protocolo de más notícias mais utilizado no momento, conhecido pelo acrônimo SPIKES¹, consiste em seis passos pré-definidos, cujo objetivo é preparar o ambiente

e as pessoas envolvidas na situação, assim como estabelecer uma sequência de atos que informam o ocorrido ao mesmo tempo em que acolhe e respeita a catarse emocional dos acompanhantes. Essa sistematização, quando aplicada por equipe treinada², reduz o isolamento do paciente, reconhece suas reações como esperadas³, evita erros de comunicação e reduz também o stress dos familiares e da equipe médica¹.

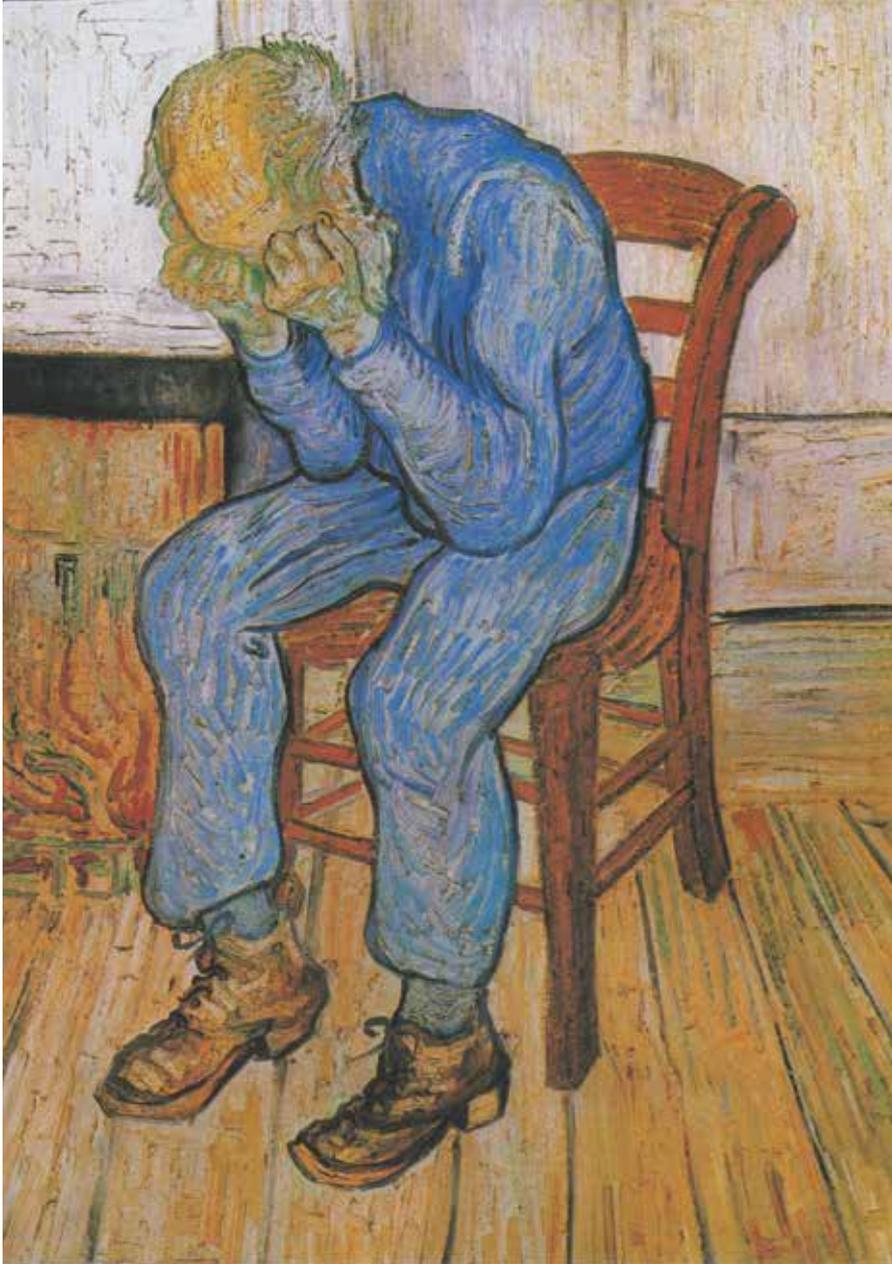
Os seis passos consistem de:

Passo 1.

Setting up the interview: Primeiramente, o corredor não é um local apropriado para notícias, principalmente uma má notícia. As pessoas ficam expostas, sem local para sentar, sem um lenço de papel, sem água para aquietar. O local deve ser apropriado, privativo, silencioso, de forma que médico, família e paciente (quando presente) consigam estar com os olhos à mesma altura, sem hierarquização. Prepare um lenço de papel, deixe água à disposição, pergunte se gostariam de aguardar ou convidar mais alguém para a conversa. Evite interrupções: desligue celulares, feche portas, avise que estará em uma reunião familiar.

Passo 2.

Assessing the patient's Perception: pergunte ao paciente/familiares o que eles sabem sobre a situação e/ou doença. Não tenha medo de conhecer suas expectativas e temores. Deixe que falem livremente e, se necessário,



Trauernder alter Mann - Vincent van Gogh (1890) - Kroller-Muller Museum

dê apenas algumas dicas, como “você entende o porquê de termos feito a tomografia? O que já foi conversado com você sobre a sua doença? Sabe o que estava causando aquela dor? Você sabe que o seu familiar foi vítima de um acidente?”. Esse passo ajuda o médico a criar a noção do quanto existe de conhecimento e negação

em relação ao evento, o quanto ainda falta ser dito ou esclarecido, ou seja, o grau de entendimento do paciente/familiares sobre o assunto.

Passo 3.

Obtaining the patient's Invitation: pergunte ao paciente/familiares o que eles gostariam de saber sobre a doen-

ça. Apesar de, na grande maioria das vezes, os pacientes expressarem o desejo de saber tudo sobre sua doença, prognóstico e tratamento, há aqueles que preferem que tal assunto seja tratado apenas com a família. Pergunte em que ritmo ele gostaria de receber a notícia e sobre o que exatamente: “gostaria de saber qual seu diagnóstico? O tratamento? Prefere saber só o diagnóstico e discutimos o tratamento com um membro responsável da família? Gostaria de saber também sobre o prognóstico hoje, ou deixamos para um próximo encontro?”

Passo 4.

Giving Knowledge and information to the patient: introduzir o assunto de forma que o paciente/familiares percebam o tom da conversa, usando frases como “infelizmente eu não gostaria de estar dando essa notícia” ou “eu sinto muito por dizer...”. É sempre interessante fazer uma espécie de retrospectiva, lembrando o início da doença, demonstrando o caminho que a evolução tomou, os esforços que foram realizados pela equipe para os melhores desfechos possíveis. Lembrar de usar vocabulário adequado, evitar frases como “não há nada a ser feito” e fornecer informações aos poucos, buscando sempre um retorno do paciente/familiares quanto ao entendimento do que está sendo dito. Use as palavras câncer e morte, evitando eufemismo nesse momento. Seja acolhedor, mas seja claro. “O paciente sofreu um acidente por volta das 9h e foi trazido a esse hospital mais próximo pela equipe de resgate. No atendimento inicial, ele mostrava sinais de perda importante de sangue, o que comprometeu muito seu organismo.

Foram realizados esforços para repor o sangue perdido, mas infelizmente ele não resistiu e morreu.”

Passo 5.

Addressing patients *Emotions* with *empathic* responses: observe a emoção gerada no paciente pela notícia e tente empatizar com a situação, usando frases como “eu também não gostaria que o final fosse esse” ou “eu sei que essa não era a notícia que você gostaria de ouvir, sinto muito”. Dê um tempo para a assimilação da notícia. Após essa pausa, pergunte sobre o que o paciente/familiar está sentindo. Permita o choro. Caso o profissional sinta-se confortável, o toque físico pode ser realizado nas regiões da cabeça, ombro ou braço. Evite toque na face ou região de pernas.

Passo 6.

Strategy and summary: esse é o momento de perguntar ao paciente/familiares se eles estão prontos e

dispostos para discutir sobre planos e propostas de tratamento. É o momento em que a responsabilidade do cuidado é compartilhada, em que é realizado um resumo de tudo o que foi dito e dúvidas são sanadas. Não é preciso temer falar sobre o tratamento, mesmo que ele não seja curativo, e é importante deixar claro ao paciente que sempre há algo a ser feito, seja cura ou controle de sintomas, com melhor qualidade de vida. Em caso de morte, sempre se coloque à disposição para esclarecer possíveis dúvidas e para auxiliar no que for necessário, desde que adequado à situação.

Cirurgiões, por serem continuamente exigidos na comunicação de más notícias e por serem conhecidos por sua sistematização e adesão a protocolos, podem fazer bom uso do SPIKES. O protocolo SPIKES é uma ferramenta validada na literatura, prática e efetiva por fornecer aos pacientes e seus familiares uma experiência mais humana em um

momento tão difícil que é receber uma má notícia.

Referências bibliográficas:

1 - Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gliber G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000; 5(4):302-11.

2 - Park I, Gupta A, Mandani K, Haubner L, Peckler B. Breaking bad news education for emergency medicine residents: A novel training module using simulation with the SPIKES protocol. *J Emerg Trauma Shock*. 2010 Oct; 3(4):385-8.

3 - Buckman R, Korsch B, Baile WF. *A Practical Guide to Communication Skills in Clinical Practice*. Toronto: Medical Audio Visual Communications, 1998; CD-ROM (Pt 2): Dealing with feelings.



XXXII CONGRESSO BRASILEIRO DE
CIRURGIA SÃO PAULO
2017

Perfuração ileal secundária a infecção pelo Citomegalovírus

TCBC Valdemir José Alegre Salles

Professor Assistente Doutor do Departamento de Medicina da Universidade de Taubaté

O citomegalovírus é um membro do grupo do vírus herpes, cuja infecção primária normalmente é subclínica, podendo permanecer latente no organismo por longo período, manifestando-se na vigência de imunodepressão, induzida por medicação ou em associação a doença. O acometimento do intestinal pelo Citomegalovírus é uma complicação pouco frequente e na sua manifestação clínica podemos destacar a hemorragia gastrointestinal, a dor abdominal, o emagrecimento, a diarreia e a febre, como as mais encontradas, independente do segmento intestinal acometido.

Paciente do sexo feminino, com 42 anos, portadora da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em tratamento regular, foi admitida no Setor de Emergência com um quadro respiratório manifestado por tosse crônica produtiva acompanhado de insuficiência respiratória progressiva associada a dor abdominal aguda. Ao exame físico geral apresentava-se séptica, febril, desidratada, taquipnéica e em franca insuficiência respiratória. Na ausculta respiratória era evidente a presença de roncospinos bilaterais. Ao exame físico abdominal apresentava-se com dor generalizada associada a irritação peritoneal difusa. Submetida a exames de laboratório onde foi observado a presença de anemia, leucopenia, hiponatremia e hipocalcemia. Na avaliação radiológica foi submetida a uma tomografia computadorizada de tórax (Figura 1), que demonstrava um infiltrado intersticial bilateral compatível com

pneumonia por *Pneumocystis carinii*. Na avaliação tomográfica abdominal ficou demonstrada a presença de distensão jejunoileal, líquido livre intraperitoneal, sem pneumoperitônio (Figura 2). Apesar do seu quadro respiratório a paciente foi submetida a laparotomia exploradora, sendo observado uma peritonite fecal difusa decorrente de múltiplas perfurações no íleo (Figura 3). Foi realizado uma enterectomia ileal com ileostomia terminal e peritoneostomia. O exame anatomopatológico revelou a existência de múltiplas úlceras aftóides no íleo, entremeadas com lesões profundas nos pontos da perfuração e na microscopia a presença de típicas inclusões intranucleares do citomegalovírus.

A infecção pelo citomegalovírus no trato digestório é comum em pacientes com AIDS, que apresentam o acometimento cólico em 47%, o duodenal em 21,7%, o gástrico em 17,4%, o esofágico em 8,7% e o do intestino delgado em 4,3% dos casos, cujo índice de mortalidade está correlacionada a contagem do CD4 inferior a 50 células/ IU. Na patogênese da lesão intestinal decorrente do citomegalovirus ocorre uma vasculite dos vasos da submucosa resultando em trombose com áreas de isquemia o que determina a formação de ulcerações, inflamação com necrose ou perfuração. A presença prévia de lesões ulceradas na mucosa parece agravar a reação tecidual, quando em contato com o vírus. No intestino perfurado são observados várias ulcerações na mucosa, com intensidade variadas podendo atingir lesões perforativas de espessura total, de coloração acastanhada e localizadas na superfície serosa que correspondem as ulcerações profundas. O exame microscópico das

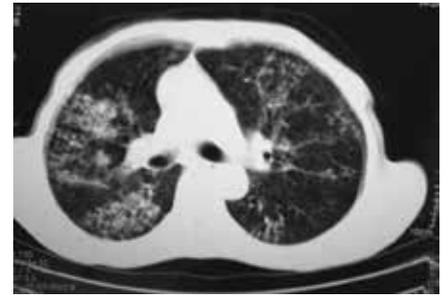


Figura 1



Figura 2



Figura 3

lesões revela um processo inflamatório associado a tecido de granulação com o núcleo celular apresentando inclusões típicas de citomegalovirus, o que indica a produção de vírus ativos. Outros exames, como a imuno-histoquímica, hibridação in-situ, reação em cadeia da polimerase e a sorologia são empregados para o diagnóstico.

A ressecção cirúrgica do segmento acometido pela perfuração é mandatória, devendo ser realçado a alta taxa de perfuração intestinal no período pós-operatório imediato, com uma mortalidade que varia de 54% à 87 % entre todos os pacientes com AIDS que são submetidos a cirurgia de urgência. No tratamento da doença gastrointestinal não complicada, provocada pelo citomegalovirus, o emprego de drogas como o ganciclovir é eficaz, entretanto a terapia de manutenção não impede a progressão da doença, ficando a medicação foscarnet e cidofovir como opção terapêutica.

Videolaparoscopia no tratamento do Câncer Colorretal

Cláudio Saddy Rodrigues Coy

Chefe do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP). Professor Responsável pelo Grupo de Coloproctologia da Disciplina de Moléstias do Aparelho Digestivo da UNICAMP

TCBC Carlos Augusto Real Martínez

Professor Associado do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP). Professor Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade São Francisco, Bragança Paulista, São Paulo

O emprego do acesso videolaparoscópico para o tratamento de enfermidades do intestino grosso foi proposto no início da década de 1990. Desde então, nunca uma nova estratégia cirúrgica para o tratamento das afecções colorretais tinha sido submetida a avaliação tão rigorosa. No princípio, a maioria dos cirurgiões habituados a realizar as ressecções colorretais pela via de acesso convencional, utilizando não raramente grandes incisões, questionava a segurança em realizar-se uma ressecção cólica pelo acesso minimamente invasivo. Esse argumento tornava-se ainda mais incisivo quando se tratava especificamente do tratamento das neoplasias do cólon e reto. Acreditava-se que não seria possível oferecer uma ressecção cirúrgica que obedecesse aos preceitos fundamentais da correta técnica oncológica quando se considerava

entre outros aspectos, a ressecção linfonodal. A essa crítica somavam-se outros argumentos desfavoráveis, não menos importantes, ao uso da videocirurgia tais como: a perda da sensibilidade tátil pela impossibilidade do manuseio dos tecidos, a perda da visão tridimensional oferecidas pelos equipamentos disponíveis até então, a limitação dos movimentos cirúrgicos que acrescia maior dificuldade técnica para realização dos procedimentos que culminava com aumento significativo do tempo cirúrgico e anestésico. Além do mais, a técnica laparoscópica para o tratamento das afecções colorretais demandava curva de aprendizado demorada pela dificuldade de acesso aos principais centros de treinamento, bem como pelos maiores custos do procedimento. A resistência ao emprego do acesso videolaparoscópico para o tratamento do câncer colorretal aumentou ainda mais com a publicação das primeiras séries na literatura mostrando elevados índices de implante de células neoplásicas nos sítios de inserção dos portais de acesso².

De fato, os cirurgiões, até então, foram treinados e estavam habituados a outro cenário no teatro de operações. Durante anos foram adestrados para realizar as ressecções do intestino grosso utilizando amplas vias de acesso que, além de permitirem a mobilidade irrestrita dos movimentos, possibilitavam o uso de uma das principais ferramentas disponíveis para o cirurgião experimentado: o tato.

Para habilitar-se com a técnica videolaparoscópica o cirurgião precisou quebrar paradigmas. Com a via

de acesso convencional as intervenções eram realizadas com o auxílio de poderosas fontes de iluminação externa e o campo de visão era orientado diretamente para o campo operatório. A laparotomia assegurava visão tridimensional e os movimentos das mãos para realizar as operações fundamentais eram uniformes e irrestritos. Com o acesso laparoscópico o cirurgião passou a realizar as intervenções com os focos das salas cirúrgicas muitas vezes desligados com objetivo de melhorar a visão do monitor. O cirurgião modificou o campo de visão passando a olhar em direção ao monitor e não mais ao campo cirúrgico. Outro obstáculo a ser vencido foram os movimentos invertidos das mãos imprescindíveis com a técnica laparoscópica. Assim, caso o cirurgião precisasse movimentar a ponta de um instrumento no interior da cavidade abdominal para a direita, teria que movimentar a manopla do instrumento fora da cavidade abdominal no sentido oposto. A todas essas dificuldades some-se ainda a necessidade do cirurgião aprender a manusear novos equipamentos que a laparoscopia requeria, como os insufladores de CO₂, processadoras de imagem digitais, ópticas cirúrgicas com diferentes ângulos de visão, diferentes fontes de energia com pinças específicas e grampeadores cirúrgicos especialmente confeccionados e idealizados para o acesso minimamente invasivo. O aprendizado para o correto manuseio desses equipamentos requer capacitação constante.

A todas essas dificuldades acrescenta-se o considerável aumento no



Figura 1 – Ramos linfáticos próximos a emergência da artéria mesentérica inferior.

tempo operatório, principalmente quando da realização dos primeiros procedimentos. Uma intervenção cirúrgica que habitualmente era realizada em alguns minutos, mesmo com a presença de tutores treinados, passou a demandar horas, fazendo com que o cirurgião ao concluir o procedimento estivesse exaurido física e emocionalmente. Todos esses percalços traziam ao mais experiente dos cirurgiões a incômoda sensação de retrocesso em sua expertise cirúrgica, a nosso um dos principais obstáculos para maior aceitação do acesso laparoscópico na coloproctologia.

Todavia, as vantagens do emprego da via de acesso laparoscópica tornaram-se cada vez mais evidentes. Assim como ocorreu com os procedimentos mais simples, como as colecistectomias e herniorrafias hiatais, as vantagens do acesso laparoscópico tornaram-se evidentes. Quando se considera a impressionante capacidade de identificar e mostrar os mais sutis detalhes anatômicos a via de acesso laparoscópica é incomparável. Com isso um novo conceito técnico foi introduzido pelo acesso

laparoscópico: a dissecação cirúrgica por fâscias. Do mesmo modo, delicadas estruturas anatômicas como os ramos nervosos próximos a emergência da artéria mesentérica inferior e pequenos vasos linfáticos, raramente identificados com a via de acesso convencional, tornaram-se facilmente demonstráveis (fig.1). Na cirurgia colorretal talvez o maior exemplo seja a dissecação do reto no interior da pelve. Com a técnica de acesso convencional as porções mais caudais do reto no interior da pelve raramente eram visíveis. Com o acesso laparoscópico a excisão total do “mesorreto”, condição indispensável para a ressecção oncológica dos tumores do reto, passou a ser realizada com um campo de visão privilegiado possibilitando a dissecação meticolosa. Os espécimes cirúrgicos obtidos mesmo nas mais complexas intervenções, passaram a ser idênticos e até mesmo superiores aos obtidos com o acesso convencional (fig.2). Outra vantagem da laparoscopia é a possibilidade de documentar todo o procedimento cirúrgico possibilitando a utilização posterior das imagens para

o treinamento de novos profissionais com a forma correta para cada etapa do procedimento. A possibilidade de documentar todas as etapas das cirurgias colorretais, nos seus mínimos detalhes, fez com que o Brasil ficasse conhecido em todo mundo como uma das escolas cirúrgicas onde existe a melhor padronização técnica para a videocirurgia colorretal. Todas essas vantagens associadas ao menor trauma cirúrgico, menor resposta inflamatória ao trauma cirúrgico, redução da dor pós-operatória e a menor perda sanguínea relacionavam-se a recu-



Figura 2 – Produto de retossigmoidectomia anterior realizada pelo acesso laparoscópico.

peração mais rápida, alta hospitalar precoce, possibilitando o retorno do enfermo mais rápido às atividades laborais e sociais.

As últimas fronteiras para a aceitação do acesso laparoscópico para o tratamento das afecções colorretais vieram com os resultados de estudos randomizados mostrando que não existiam diferenças com relação a radicalidade cirúrgica oncológica quando se comparavam as vias de acesso laparoscópica e convencional no tratamento do câncer de cólon,

existido até melhor sobrevida com a via laparoscópica em uma coorte de doentes selecionados^{3,4}. Os resultados do estudo COLOR II mostraram que em termos de recidiva loco-regional, intervalo livre de doença e sobrevida global, a via laparoscópica é semelhante aos encontrados com a via convencional para o tratamento do câncer do reto 5.

E o que falta no Brasil para a cirurgia laparoscópica ocupar tornar-se o método padrão para o tratamento das ressecções cirúrgicas colorretais? Apesar de dispormos de centros de treinamentos de padrão internacional que vem capacitando um grande número de cirurgiões brasileiros, ao nosso ver o maior obstáculo encontra-se diretamente relacionado as equivocadas políticas de saúde do nosso país. A necessidade em se utilizar instrumentos descartáveis importados, no que se refere a videolaparoscopia colorretal, infelizmente separou a população brasileira em duas classes sociais. A menor, composta pelos doentes que possuem pla-

nos de saúde privados para os quais o cirurgião, após centenas de relatórios médicos justificando a necessidade e vantagens do procedimento, ainda consegue proporcionar o acesso ao método. Do outro lado, os menos afortunados que representam o maior contingente de enfermos: os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A esses menos favorecidos, frequentemente brindados com políticas de saúde equivocadas e oportunistas, o acesso as técnicas minimamente invasivas ainda é um sonho distante. O usuário do SUS continua sendo submetido aos mesmos métodos de tratamento cirúrgico que oferecíamos a mais de um século.

Talvez neste momento onde nosso país clama por mudanças em sua gestão seja o momento para que nossa sociedade exija que nossos governantes cumpram a Constituição Federal que assegura igualdade de direitos a todos os cidadãos brasileiros. Afinal, de que adianta batermos recordes diários na produção petróleo se ainda morremos por falta de sangue!

Referências bibliográficas:

1 - Jacobs M, Verdeja JC, Goldstein HS. Minimally invasive colon resection (laparoscopic colectomy). Surg Laparosc Endosc. 1991;1(13):144-50.

2 - Wexner SD, Cohen SM, Ulrich A, Reissman P. Laparoscopic colorectal surgery--are we being honest with our patients? Dis Colon Rectum.1995;38(7):723-7.

3 - Fleshman J, Sargent DJ, Green E, Anvari M, Stryker SJ, Beart RW Jr, Hellinger M, Flanagan R Jr, Peters W, Nelson H; Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group. Laparoscopic colectomy for cancer is not inferior to open surgery based on 5-year data from the COST Study Group trial. Ann Surg. 2007;246(4):655-62.

4 - Bilimoria KY, Bentrem DJ, Nelson H, Stryker SJ, Stewart AK, Soper NJ, Russell TR, Ko CY. Use and outcomes of laparoscopic-assisted colectomy for cancer in the United States. Arch Surg. 2008 Sep;143(9):832-9.

5 - Bonjer HJ, Deijen CL, Abis GA, Cuesta MA, van der Pas MH, de Lange-de Klerk ES, Lacy AM, Bemelman WA, Andersson J, Angenete E, Rosenberg J, Fuerst A, Haglund E; COLOR II Study Group. A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer. N Engl J Med. 2015;372(14):1324-32.

Seja Membro Acadêmico do CBC

**SEJA MEMBRO
CBC**
COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIAS

**Uma categoria exclusiva
para acadêmicos de Medicina**

Estou farto de semideuses!

TCBC Tarcisio Triviño

Já tive a oportunidade de escrever, há cerca de seis anos, servindo – me de Fernando Pessoa, um livro intitulado “Histórias que os cirurgiões não contam”.

“Poema em linha reta” foi na verdade, o mote de minha obra, poesia cujos versos, em parte, como fiz anteriormente, ousou aqui transcrever:

“Nunca conheci quem tivesse levado porrada.
Todos os meus conhecidos tem sido campeões em tudo.
Eu verifico que não tenho par nisto tudo neste mundo.
Quem me dera ouvir de alguém a voz humana
Quem confessasse não um pecado, mas uma cobardia!
Arre, estou farto de semideuses!
Onde é que há gente no mundo? ”

A Medicina tem se prestado inúmeras vezes, seja através da mídia falada, escrita, seja por todos os meios de comunicação existentes, à verdade de Fernando Pessoa.

Muitos de meus colegas tem sido semideuses.

Alguns foram além, se deixando reconhecer deuses ou se auto definindo como deuses.

Esqueceram ou jamais tiveram consciência de quem é Deus.

Deus, seja O dos cristãos, judeus, protestantes, muçulmanos, budistas ou da crença que admitirmos, é um Ser superior a tudo e a todos, eterno, infalível, criador e capaz de determinar todos os eventos e mudar todos os ciclos da vida humana.

Deus é único!

Como podem alguns médicos se julgarem deuses?

Pois bem, eles existem e, diga-se de passagem, não são poucos.

Com a falsa modéstia que os impede de se auto definirem deuses, usam declarações de outros, via de regra pacientes, amigos, articulistas e similares, para se alardearem deuses, através de seus sites, artigos em periódicos, rádio, televisão e todo tipo de propaganda repulsiva.

Existem aqueles que curam doenças incuráveis.

Existem aqueles que conseguem impedir a morte praticamente consumada.

E, acreditem, existem aqueles que, de forma milagrosa, qual deuses, ressuscitam pacientes cujo óbito estava por ser constatado.

Aos curandeiros, ainda reservo um certo grau de tolerância pois, o desespero do doente e familiares, a crença sem limites e mesmo a ignorância, poderiam justificar essas práticas, na verdade criminosas.

Seu exercício entre médicos, alguns realmente bem formados e qualificados, estimulados e incentivados pelos meios de comunicação, chega a ser desprezível e inaceitável, embora sejam bem acolhidos por doentes menos avisados, incultos, desesperados, enganados, vítimas de processos incuráveis ou terminais.

A esses médicos o meu repúdio, o meu desprezo!

Os órgãos controladores da ética médica, extremamente rigorosos em seus primórdios, deixaram-se envolver pelo processo, fazendo vistas grossas a todo tipo de propaganda e endeusamento de seus pares.

Parece-me que, recentemente, o Conselho Federal de Medicina se manifestou de forma mais explícita contra essa prática.

Esperamos que as palavras não fiquem apenas no papel e se constituam em práticas condenatórias a esses métodos de propaganda antiética, criminosa e repugnante.

Sejamos médicos, profissionais envolvidos e comprometidos com o bem-estar do ser humano e com a luta contra as doenças e desgraças da humanidade.

Mais saibamos, também, aceitar com humildade as nossas limitações e reconhecer, mesmo que com lágrimas, o amargor de nossas derrotas.

Deixemos para Deus a eventualidade dos milagres, Repudiemos nossos colegas endeusados por si ou por quem quer que seja.

Perfilemo-nos com os Evangelhos:

“ A Deus o que é de Deus; aos médicos o que é da Medicina”.

Chega! Estou farto de semideuses!



Der Triumph des Achilles - Franz Matsch (1892) - Achilleion Palace

I Curso Introdutório da Liga de Cirurgia Geral Medicina - FACERES

Datas: 21 de outubro de 2015 - às 18h30

Local: Hotel Saint Paul - São José do Rio Preto/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

IV Jornada do Departamento de Cirurgia da Santa Casa de São Paulo

Datas: 17 a 25 de outubro de 2015

Local: Hospital Santa Casa de São Paulo - São Paulo/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

I Simpósio Internacional de Hérnia da Parede Abdominal do Hospital Samaritano

Datas: 23 e 24 de outubro de 2015

Local: Hospital Samaritano - São Paulo/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

Clube Benedicto Montenegro Regional Vale do Paraíba

Datas: 24 de outubro de 2015 - às 08h30

Local: Hotel Baobá - Taubaté/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

Clube Benedicto Montenegro Capítulo de São Paulo e Santa Casa de São Paulo

Data: 04 de novembro de 2015

Local: Aud. Emílio Athie - Santa Casa de São Paulo -
São Paulo/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

Clube Benedicto Montenegro Regional Marília

Data: 07 de novembro de 2015

Local: Associação Paulista de Medicina - Regional
Marília/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

Curso Anual de Cirurgia de Urgência 2015

Datas: 19/09, 24/10 e 14/11 de 2015

Local: Instituto Sírio Libanês - São Paulo/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

9º Jornada de Cirurgia de Cabeça e Pescoço e 2º Simpósio de Cirurgia Plástica Reconstructora de Cabeça e Pescoço

Data: 27 e 28 de novembro de 2015

Local: Hospital de Câncer de Barretos/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

Clube Benedicto Montenegro regional Ribeirão Preto

Data: 12 de dezembro de 2015

Local: Anfiteatro do Hospital São Francisco – Ribeirão
Preto/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

Curso de Atendimento ao Politraumatizado - 2015

Data: 12 de dezembro de 2015

Local: Instituto Sírio Libanês - São Paulo/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

Curso de Endoscopia Intervencionista Gastrointestinal IRCAD

Datas: 03 a 04 de março de 2016

Local: IRCAD América Latina - Barretos/SP

Informações: www.amits.com.br

12th World Congress of the International Hepato- Pancreato-Biliary Association

Data: 20 a 23 abril de 2016

Local: WTC Sheraton Hotel – São Paulo – SP

Informações: www.ihpba2016.com



IHPBA 2016 • SÃO PAULO

**12TH WORLD CONGRESS
OF THE INTERNATIONAL
Hepato-Pancreato-Biliary Association**

**APRIL 20-23 2016 - BRAZIL
SHERATON WTC - SÃO PAULO**