

CONGRESSO PAULISTA DE CIRURGIA

20ª Assembleia Cirúrgica do CBCSP

São Paulo, 9 e 10 de setembro
Centro de Convenções Rebouças

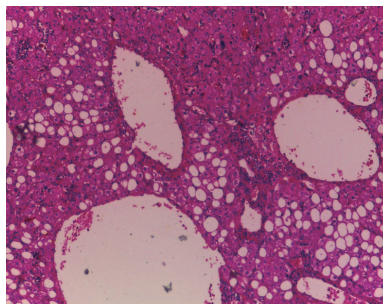
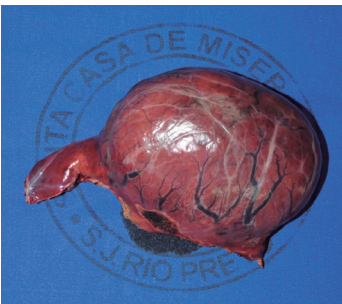
2016

Congresso Paulista destacará algoritmos
e análises críticas - TCBC Sidney Nadal

Página 2

Caso do Leitor:
Adenoma hepático gigante:
tratamento pela via laparoscópica
TCBC Raphael Raphe

Páginas 5, 6 e 7



Governança Clínica: Uma
proposta de mudança no conceito
organizacional Dr. Fabio Peterlini

Páginas 3 e 4

Confira a composição das diretorias
regionais, das seções especializadas
e departamentos do CBC/SP
2016/2017

Páginas 8 e 9

Crônica: "Quosque tandem..."
TCBC Tarcísio Triviño

Páginas 10 e 11

Agenda

Página 12



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 Sidney Roberto Nadal

Vice-Mestre:

TCBC Paulo Maurício Chagas Bruno

1º Secretário:

TCBC Ramiro Colleoni Neto

2º Secretário:

TCBC Rogério Saad Hossne

1º Tesoureiro:

TCBC Carlos Eduardo Jacob

2º Tesoureiro:

TCBC Carlos Walter Sobrado

DEPRO:

TCBC Luiz Roberto Lopes

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

Ano XIX – Nº 69 – Junho de 2016**Diretor responsável:**

TCBC Ramiro Colleoni Neto (2008-2017)

Organização e Projeto Gráfico:

Doc Press (11) 5533-8781

Jornalista Responsável:

Anadi Luchetti – MTb 34.161

Diagramação:

Alexandre P. Campos Fº

Impressão:

Impressograf

Tiragem:

3.000 exemplares

Nota:

As matérias assinadas são de inteira
 responsabilidade dos autores.

Congresso Paulista destacará algoritmos e análises críticas

Aproxima-se a Assembleia Cirúrgica, o Congresso Paulista de Cirurgia. A vigésima edição do evento ocorrerá no Centro de Convenções Rebouças, em 9 e 10 de setembro próximos, no ano em que o Capítulo de São Paulo completa 75 anos. Será oportunidade de reciclagem médica, troca de experiências e reencontrar amigos. O local é novo e arejado, de localização central, com vasta rede hoteleira próxima e acesso pelo metrô, mas contando com amplo estacionamento coberto, visando o conforto do congressista.

A programação científica selecionou temas do dia a dia dos cirurgiões gerais e do aparelho digestivo, sem esquecer dos assuntos das diversas especialidades cirúrgicas com que podemos nos deparar. Damos preferência aos algoritmos e análises críticas, para esclarecer sobre os métodos disponíveis mais atuais para diagnóstico e tratamento. Temos optado por esse formato para o aproveitamento imediato dos aspectos que serão atualizados

Convidamos três cirurgiões europeus, o italiano Gianfranco Silecchia e os espanhóis Gonzalo Martin Martin e Xavier Gonzalez Argenté. O primeiro é cirurgião do aparelho digestivo com experiência em cirurgia bariátrica e os últimos são especialistas em cirurgia digestiva, incluindo a coloproctologia. Trarão suas experiências com o NOTES e a operação colorretal guiada por fluorescência.

Algumas novidades foram preparadas para os temas e vídeo livres. Os melhores, e que concorrerão aos prêmios, serão apresentados nas mesas redondas e painéis, como forma de atualização dos aspectos abordados naquelas sessões. Os pôsteres indicados para premiação serão marcados com faixas coloridas para que sejam facilmente identificados. Envie seus trabalhos e não deixem para última hora. O regulamento está no site do evento e as inscrições já podem ser feitas. Devido a inclusão de alguns na programação científica o prazo não poderá ser prorrogado.

Esse é o nosso congresso estadual. Não deixe de prestigiá-lo.

TCBC Sidney Roberto Nadal

Mestre do Capítulo de São Paulo



Governança Clínica: Uma proposta de mudança no conceito organizacional

Fabio Peterlini

Mestre e doutor em Cirurgia Pediátrica pela Unifesp, médico da disciplina de Cirurgia Pediátrica da Unifesp-EPM, responsável pelo grupo de Coloproctologia da disciplina de Cirurgia Pediátrica, da Unifesp-EPM, MBA em Gestão em Saúde no IBMEC/SP, diretor técnico do Hospital Geral Pedreira - SPDM

Em um momento ímpar, onde pacientes e profissionais de saúde experimentam uma desesperança em relação ao sistema de saúde, quer público, quer privado, novos caminhos se fazem necessários para a prática de soluções custo-efetivas na prática assistencial diária.

Buscando contextualizar a discussão, retornamos aos já consagrados conceitos de Taylor e Fayol, que definem a administração como uma ciência humana fundamentada em um conjunto de normas e funções elaboradas para disciplinar elementos de produção.

A administração estuda os empreendimentos humanos com o objetivo de alcançar um resultado eficaz e retorno (com ou sem fins lucrativos) de forma sustentável e com responsabilidade social.

Como principais metas de um gestor, espera-se a fixação de objetivos (planejamento); análise e conhecimento dos problemas; consequente solução dos mesmos; organização e alocação de recursos (financeiros, tecnológicos e humanos); comunicação, direção e motivação de pessoas; negociação; tomada de decisões e mensuração e avaliação de processos e resultados.

Segundo Peter Drucker, maior referência em administração hospitalar, o ato de administrar pressupõe planejar, organizar, dirigir, comandando e coordenando, e controlar os resultados pretendidos. Busca a eficiência e a eficácia do processo, com adequada alocação de recursos.

O termo administrar se estende à clínica. Propõem-se um maior alinhamento e integração dos processos. Busca-se melhoria dos resultados assistenciais, com a melhor utilização dos recursos disponíveis, visando-se

eliminar o desperdício e o retrabalho.

Surge, então, a partir do conceito de Gestão Clínica, o termo Governança Clínica, utilizado para descrever uma abordagem sistemática visando desenvolver e manter a qualidade assistencial ao paciente em um sistema de saúde. (1)

Mais do que um termo, representa um movimento, uma política de revisão da prática assistencial, de maneira organizada.

Segundo Scally e Donaldson, o termo governança clínica refere-se também ao sistema através do qual as organizações do National Health System, sistema de saúde britânico, são responsáveis por melhorar continuamente a qualidade dos seus serviços e pela salvaguarda de elevados padrões de atendimento, criando um ambiente em que a excelência no atendimento clínico se desenvolverá. (2)

É um requisito estatutário proposto pela diretoria do NHS e é obtido mediante a coordenação de 3 propostas de trabalho interligadas. (3)

1) Robustos sistemas e estruturas, nacionais e locais, que ajudem a identificar, implementar e relatar as melhorias de qualidade;

2) Desenvolvimento da qualidade nos serviços que envolvem todos os envolvidos na prestação de serviços de saúde, pacientes e público;

3) Estabelecer e desenvolver um suporte para incentivo e desenvolvimento de uma cultura de constante desenvolvimento.

Originalmente elaborado no ambiente do Sistema de saúde do Reino Unido (NHS), o termo tornou-se lar-



gamente utilizado em saúde após o escândalo dos bebês de Bristol, em 1995, no qual o anestesista Dr. Stephen Bolsin apresentou os elevados índices de mortalidade nas cirurgias cardíacas pediátricas na enfermaria do *British Royal*, citando que por volta de 30% das crianças submetidas ao tratamento cirúrgico receberam cuidados “menos do que adequados”. (4)

A mortalidade em Bristol, entre 1988 e 1994, era cerca do dobro de qualquer outro local. Steven Morris, em artigo publicado no *The Guardian*, em 19 de julho de 2001, assevera que tanto a direção hospitalar quanto o corpo clínico estavam determinados a transformar Bristol em um centro de excelência. Mas, mesmo após ter ficado claro que muitos bebês estavam morrendo, eles se calaram, aparentemente preocupados com o risco de a imagem do Hospital ser afetada caso eles parassem de realizar as operações mais intrincadas. (4)

Relatam-se como fatores coadjuvantes a falta do trabalho em grupo, o baixo número de cardiologistas, cirurgiões cardíacos e enfermeiras especializadas, embora não houvesse falta de recursos, a inexistência de um ambiente onde discussões francas e abertas pudessem ocorrer propiciando trocas de experiências e discussões de problemas e a falta de liderança que estimulasse a comunicação e discussão dos problemas, fazendo com que as pessoas sentissem que é difícil ser ouvido. (3)

Por fim, o reporte relata que o sistema que deveria monitorar a qualidade e segurança do paciente era inexistente. (4)

O conceito de governança clínica responsabiliza as organizações pela prestação de serviços em saúde pelo contínuo desenvolvimento da qualidade dos serviços de saúde, salvaguardando elevados padrões de cuidado mediante a criação de um ambiente no qual a excelência no cuidado clínico deve florescer. Espera-se que tais serviços assumam a responsabilidade pela segurança, qualidade e efetividade no cuidado clínico entregue ao paciente.

Pressupõe a existência de atividades tais como auditoria clínica, educação e treinamento, pesquisa e desenvolvimento, gerenciamento de risco, incluindo auditoria de queixas e efetividade clínica.

Novos conceitos permeiam o dia a dia, sendo a atividade assistencial multiprofissional e transdisciplinar, além de a avaliação de desempenho e a busca de novos modelos de remuneração que premiam os melhores resultados vêm sendo a tônica das discussões.

O sistema será aberto a escrutínio público, sendo apresentados relatórios anuais dos ciclos de desenvolvimento e melhoria.

Trata-se de um mecanismo novo e poderosos, que garante que sejam mantidos os altos níveis da assistência através do contínuo desenvolvimento da qualidade. (5)

Os conceitos aplicados pelo NHS encontram eco em nosso meio, sendo que a sustentabilidade de nossos hospitais não existe sem o contínuo desenvolvimento de nossa assistência multiprofissional e transdisciplinar aos pacientes,

Entende-se que apesar de os conceitos serem claros, ainda há longo caminho a ser percorrido, embora os esforços sejam reconhecidos (6). Publicações revelam que o estágio dos hospitais se encontra em uma escala ascendente, embora ainda distante das expectativas.

A constante busca da segurança do paciente, a redução dos eventos-sentinelas por meio do gerenciamento de risco sistemático, o desenvolvimento e a gestão dos protocolos assistenciais e o acompanhamento dos indicadores, que refletem a assistência entregue ao paciente, já são práticas comuns em alguns hospitais e vêm sendo continuamente estimulados nas diferentes metodologias de acreditação nacional e internacional.

Estamos certos de que o assunto não se encerra por aqui, mas sim abre-se a possibilidade de discussão de novos conceitos que devem orientar a nossa prática profissional, buscando um novo equilíbrio que atenda as necessidades dos pacientes, dos profissionais e das instituições.

1 - Department of Health. The new NHS: modern, dependable. London: Stationery Office; 1998.

2 - G. Scally and L. J. Donaldson, Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England *BMJ* (7): 61-65.1998

3 - <http://www.clinicalgovernance.scot.nhs.uk/section1/introduction.asp>

4 - A tragedy born of hope and ambition .Inquiry cites poor leadership and a lack of monitoring. But worst of all, children were not a priority. Steven Morris. *The Guardian*, Thursday 19 July 2001 02.13 BST

5 - Van Zwanenberg T, Harrison J. *Clinical Governance in Primary Care*. Oxford: Radcliffe Press; 2000.

6 - Fardazar FE; Safar H; Habibi F; Akbari H e Rezapour A. *Hospitals' Readiness to Implement Clinical Governance*. *IJHPM* 4(2) 69-74, 2015

Adenoma hepático gigante: tratamento por via laparoscópica

TCBC Raphael Raphe

Professor de Cirurgia e Coordenador de Habilidades Médicas do Curso de Medicina da FACERES, Mestre em Ciências da Saúde pela FAMERP.

ACBC Paulo Eduardo Zerati Monteiro

Professor de Cirurgia do Curso de Medicina da FACERES Serviço de Cirurgia do Fígado da Santa Casa de São José do Rio Preto/SP

INTRODUÇÃO

Dentre os tumores hepáticos benignos, destacamos o hemangioma hepático, a hiperplasia nodular focal e o adenoma hepático. Muitas vezes, o diagnóstico diferencial

entre eles e até mesmo com lesões malignas, gera um desafio para clínicos e cirurgiões. O terceiro mais frequente, o adenoma hepático, merece destaque pelo seu potencial de malignização e risco de sangramento. Dentre os fatores fisiopatológicos envolvidos no seu surgimento, destaca-se uso de contraceptivos orais, uso de esteróides anabolizantes e doenças de acúmulo do glicogênio. A apresentação clínica pode ser dar de forma incidental (mais comum), alterações clínico-laboratoriais (dores abdominais, alterações de fosfatase alcalina e gamaglutamil-transferase) e emergencial (20 a 30% dos adenomas hepáticos podem romper-se provocando hemoperitônio)¹.

O diagnóstico de certeza é realizado através do exame anatomopatológico. O papel da radiologia é sugerir

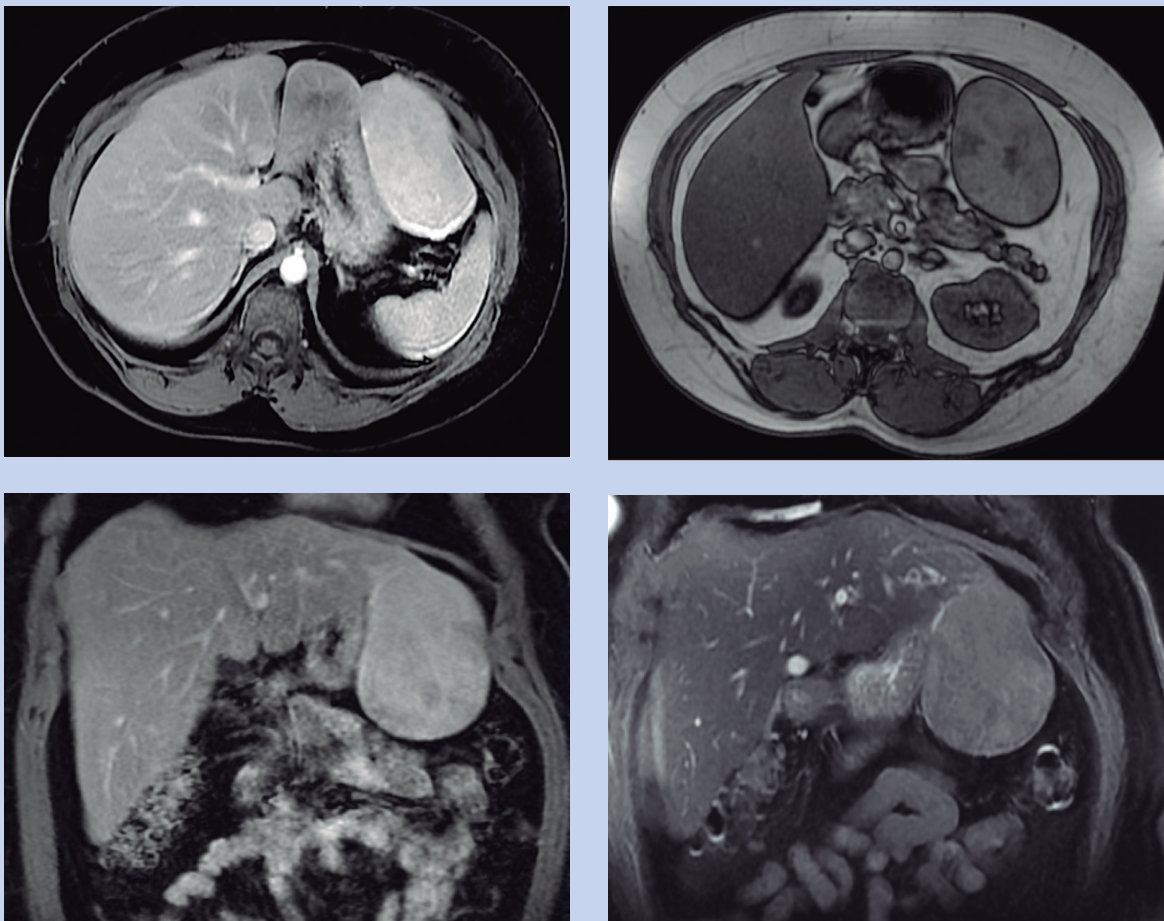


Figura 1: RM de abdome com contraste hepato-específico

e auxiliar no diagnóstico diferencial com outros nódulos hepáticos. Dentre os exames destaca-se a Ultrassonografia, a tomografia computadorizada, a ressonância magnética de abdome e o mapeamento radioisotópico empregando derivados do ácido imunodiacético marcado com 99 mTC (DISIDA)².

O tratamento atual leva em conta o melhor conhecimento da doença, a evolução das técnicas cirúrgicas e da biologia molecular³.

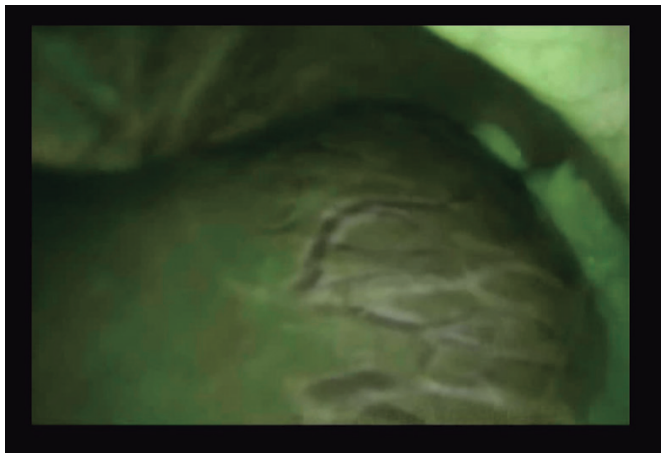


Figura 2: Lesão observada à laparoscopia ressaltando a vascularização subcapsular evidente.

RELATO DE CASO

Um paciente, C.V.R., 41 anos, feminino; procurou atendimento médico devido à dor abdominal há 8 meses. Relatou antecedentes de tabagismo e uso de antidepressivos, mas negou consumo de álcool ou terapia hormonal previa. Ao exame físico: corada, anictérica, eutrófica, sem massas palpáveis e com dor a palpação em epigástrico. Provas de função hepática e marcadores tumorais sem alterações. Sorologias virais negativas. Investigação com ultrassonografia de abdome revelou massa adjacente e em continuidade com o lobo esquerdo do fígado com 8,3 cm. Solicitado TC de abdome que evidenciou grande lesão junto ao segmento II de 10,8 cm, e, RM de abdome com contraste hepato-específico com achados de nódulos hepáticos segmentos: II 9,4 cm (pedunculado) e 1,1 cm, VIII de 3,6 cm, VII de 1,5 e 1,2 cm compatíveis com adenomas hepáticos (Figura 1).

Foi indicada a ressecção do nódulo maior por risco de malignização e ruptura. O acesso à cavidade foi realizado com agulha de Veress supra umbilical e 2 trocartes (12 mm) em flanco direito e esquerdo. A ressecção da lesão maior foi feita com pinça ultrassônica e grampeador vascular. O tempo operatório foi de 90 minutos e a

perda sanguínea estimada de 100 ml (Figuras 2 e 3). A paciente evoluiu bem no pós-operatório e teve alta no 2º dia pós-operatório. Anatomopatológico revelou adenoma hepático sem atipias (Figura 4). Não houve complicações, necessidade de transfusão de hemoderivados ou conversão para cirurgia aberta. Atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial sem evidências de crescimento das outras lesões menores.

DISCUSSÃO

O adenoma hepático apresenta mecanismos de surgimento, evolução e tratamento ainda não completamente conhecidos.

Dificuldades no diagnóstico pré-operatório, sintomas abdominais, risco de ruptura e malignização para o Carcinoma Hepatocelular são as principais indicações para o tratamento cirúrgico. O risco de malignização (estimado ao redor de 5%) e ruptura (cerca de 30%) são os principais argumentos para definir o tratamento cirúrgico. Para aqueles que argumentam uma abordagem conservadora, o paciente deve estar livre de sintomas, e, o tamanho da lesão deve ser < 5 cm, além da suspensão do uso de anticoncepcionais⁴.

A abordagem cirúrgica por via aberta ou por laparoscopia pode ser utilizada, porém a indicação da cirurgia não pode ser influenciada pela via de acesso. A via laparoscópica oferece um melhor resultado cosmético, menor estadia hospitalar e recuperação mais precoce propiciando retorno ao trabalho. Como a maioria dos casos de adenoma hepático acometem mulheres, adultos e jovens, a abordagem laparoscópica tem sua indicação, como no caso do paciente em questão. Entretanto, a via laparoscópica pode ser segura e eficiente alternativa se realizada em centro especializado em cirurgia hepática e laparoscópica avançada⁵.

A indicação da ressecção hepática laparoscópica é mais favoravelmente indicada para lesões isoladas, lesões menores que 5 cm e lesões localizadas nos segmentos periféricos anteriores. Apesar do caso em questão tratar se de uma lesão grande, o mesmo encontra-se em localização favorável (seg. II e III) e pedunculado^{6,7}.

Contudo, não existe um consenso e diretrizes internacionais referentes as indicações e ao tipo de ressecção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SZOR DJ, URSOLINE M, HERMAN, P. Adenoma hepático. ABCD Arq Bras Cir Dig 2013; 26(3): 219-222.

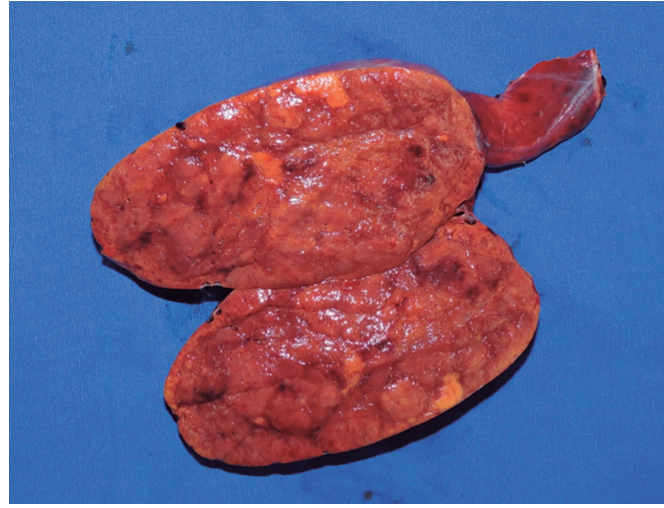
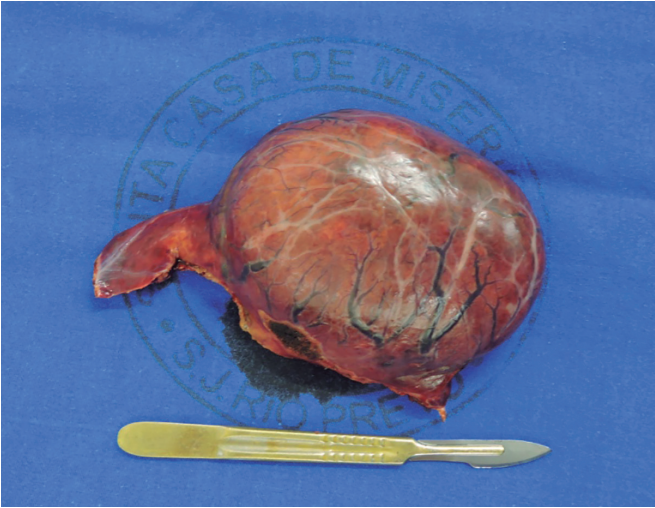


Figura 3: Macroscopia da lesão hepática maior, em segmento II, 10 cm. O corte transversal permite observar o aspecto multinodular e a preservação da cápsula hepática

2. VIJAY A, ELAFFANDI A, KHALAF H. Hepatocellular adenoma: An update. *World J Hepatol* 2015, November 8; 7(25): 2603-2609.

3. HERMAN P, COELHO FF, PERINI MV, LUPINACCI RM, D'ALBUQUERQUE ALC, CECCONELLO I. Hepatocellular adenoma: an excellent indication for laparoscopic liver resection. *HPB* 2012, 14, 390-395.

4. KARKAR AM, TANG LH, KASHIKAR ND, GONEN M, SOLOMON SB, DEMATTEO RP, D' ANGELICA MI, CORREA-GALLEGO C, JARNAGIN WR, FONG Y, GETRAJDMAN GI, ALLEN P, KINGHAM TP. Management of hepatocellular adenoma: comparison of resection, embolization and observation. *HPB* 2013, 15, 235-243.

5. DE'ANGELIS N, MEMEO R, CALDERARO J, FELLI E, SALLOUM C, COMPAGNON P, LUCIANI A, LAURENT A, CHERQUI D, AZOULAY D. Open and laparoscopic resection of hepatocellular adenoma: trends over 23 years at a specialist hepatobiliary unit. *HPB* 2014, 16, 783-788.

6. ABU HILAL M, DI FABIO F, WILTSHIRE RD, HAMDAN M, LAYFIELD DM, PEARCE NW. Laparoscopic liver resection for hepatocellular adenoma. *World J Gastrointest Surg* 2011 July 27; 3(7): 101-105.

7. COELHO FF, KRUGER JAP, FONSECA GM, ARAÚJO RLC, JEISMANN VB, PERINI MV, LUPINACCI RM, CECCONELLO I, HERMAN P. Laparoscopic liver resection: Experience based guidelines. *World J Gastrointest Surg* 2016 January 27; 8(1): 5-26.

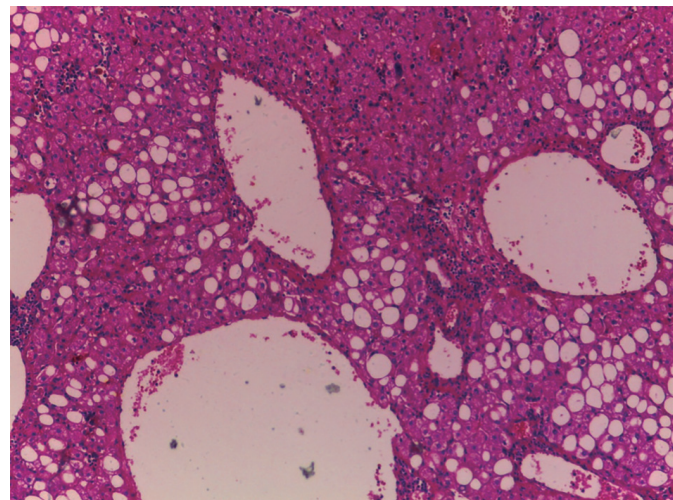
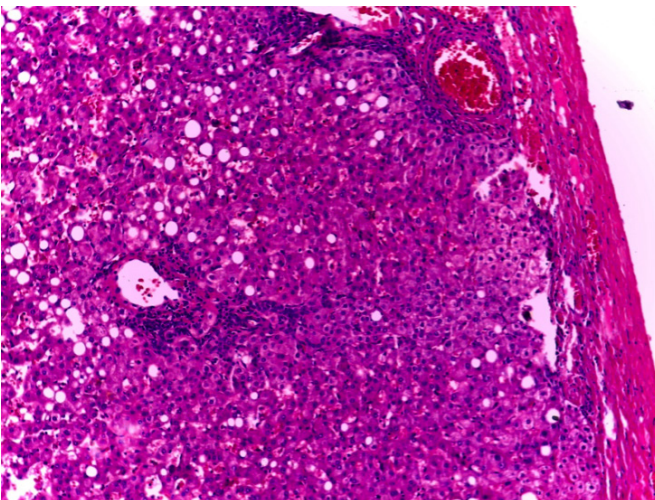


Figura 4: Fotomicrografia: adenoma hepático (HE, 100X). A fotografia da direita exhibe dilatação das veias hepáticas e acúmulo de gordura nos hepatócitos (HE, 200X).

Diretorias Regionais do Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (2016-2017)

ARAÇATUBA

Vice-Mestre: TCBC MARCO FELIPE SILVA FERNANDES
Secretário: TCBC RAFAEL CARRIERI NETO
Tesoureiro: TCBC LUIS CLAUDIO PANDINI

BOTUCATU

Vice-Mestre: TCBC JUAN CARLOS LLANOS
Secretário: TCBC CLAUDIA NISHIDA HASIMOTO
Tesoureiro: ACBC RODRIGO GIBIN JALDIN

CAMPINAS

Vice-Mestre: TCBC JOSE LUIS BRAGA DE AQUINO
Secretário: TCBC BIANCA OLIVEIRA SODRE AMERICO
Tesoureiro: TCBC ELCIO SHIYOITI HIRANO

GRANDE ABC

Vice-Mestre: TCBC ROGERIO TADEU DE PALMA
Secretário: TCBC ALEXANDRE CRUZ HENRIQUES
Tesoureiro: TCBC MARIO PAULO FARO JR.

JUNDIAÍ

Vice-Mestre: TCBC MARCELO LOPES FURTADO
Secretário: TCBC ANDRE AFONSO NIMTZ RODRIGUES
Tesoureiro: TCBC SERGIO FERREIRA MODENA

LITORAL

Vice-Mestre: TCBC CARLOS H. A. BERNARDES
Secretário: TCBC OSVALDO JUNIOR BATISTA MARQUES
Tesoureiro: TCBC JOAO CARLOS MENDES DE V. GUIDO

NOROESTE PAULISTA

Vice-Mestre: TCBC RENATO FERREIRA DA SILVA
Secretário: TCBC FERNANDA RIBEIRO FUNES
Tesoureiro: TCBC FRANCISCO DE ASSIS CURY

PIRACICABA

Vice-Mestre: TCBC ADRIANA ELIZA BRASIL MOREIRA
Secretário: ACBC EDUARDO ROQUE VERANI
Tesoureiro: TCBC RODRIGO RIBAS DIAS DOS REIS

PRESIDENTE PRUDENTE

Vice-Mestre: TCBC MOABE REZENDE DE LIMA
Secretário: TCBC FERNANDO JOSE FORTUNATO
Tesoureiro: TCBC JEFFERSON YOSHIHARU TAGUTI

RIBEIRÃO PRETO

Vice-Mestre: TCBC LEONARDO CASTRO MARINZECK
Secretário: TCBC FABIO AUGUSTO BRASSAROLA
Tesoureiro: TCBC FERNANDO CESAR FERREIRA PINTO

SOROCABA

Vice-Mestre: TCBC NELSON BOCCATO JR.
Secretário: TCBC CELSO AUGUSTO DE MORAES
SIMONETI
Tesoureiro: ACBC ENARCO GRIGOLLI

VALE DO PARAÍBA E LITORAL NORTE

Vice-Mestre: TCBC RENATO SEBBE
Secretário: TCBC JOAO EBRAM NETO
Tesoureiro: ECBC ROGERIO MANUEL COELHO DE ARAUJO

MARÍLIA

Delegado: TCBC FABIO VIEIRA TEIXEIRA
Secretário: TCBC MILTON KANENORI NAKANO
Tesoureiro: ACBC ROBERTO TUSSI JR



Há 53 anos a Associação Cruz Verde presta assistência especializada a crianças com paralisia cerebral através de uma equipe multidisciplinar em três unidades de atendimento: Hospital, Hospital-Dia e Ambulatório.

A Associação depende especialmente de doações para a manutenção dos atendimentos, tais como:

- Roupas
- Brinquedos
- Alimentos
- Doações em Dinheiro

Itaú
Ag.0368-9 - C/C 20000-2
Bradesco
Ag.2282-9 - C/C 13000-1

Conheça mais sobre o nosso trabalho acessando www.cruzverde.org.br

Rua Doutor Diogo de Faria, 695 - Vila Clementino
São Paulo - SP - CEP 04037-002 - Tel (11) 5579-7335

Diretores de Especialidades e de Departamentos do Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (2016-2017)

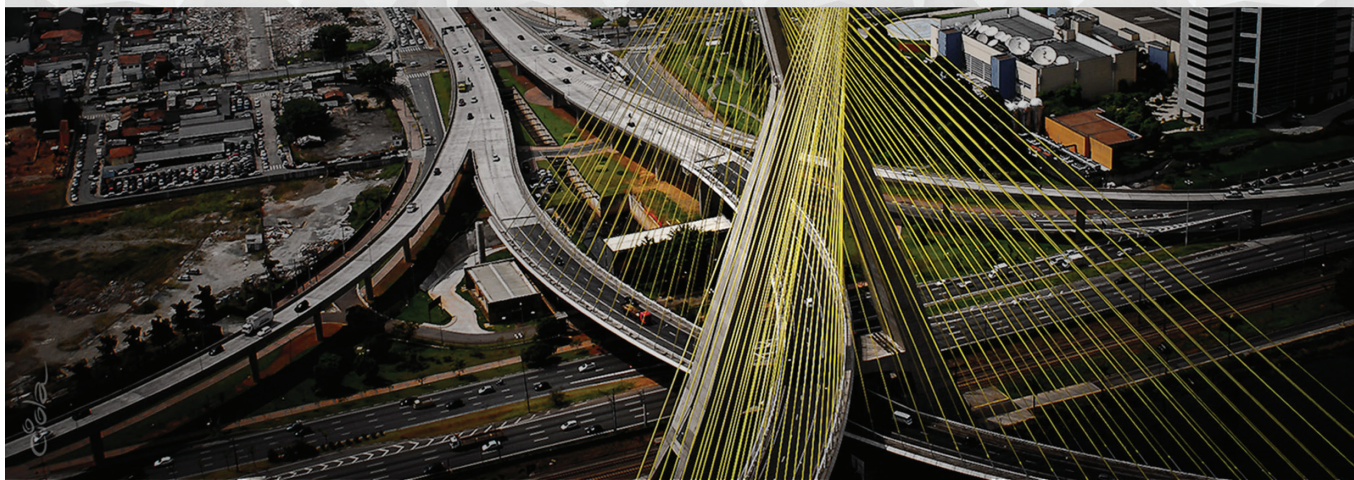
	DIRETOR
Cirurgia Cardíaca	TCBC PAULO MANUEL PEGO FERNANDES
Cirurgia Ginecológica	TCBC EDMUND CHADA BARACAT
Cirurgia Cabeça e Pescoço	TCBC FABIO LUIZ DE MENEZES MONTENEGRO
Cirurgia Coloproctológica	TCBC CARMEN RUTH MANZIONE NADAL
Cirurgia Oncológica	TCBC FELIPE JOSE FERNANDEZ COIMBRA
Cirurgia Pediátrica	ECBC JOSE LUIZ MARTINS
Cirurgia Plástica	TCBC WILSON CINTRA JR.
Cirurgia Torácica	TCBC MARCIO BOTTER
Cirurgia Urológica	TCBC MARCELO LANGER WROCLAWSKI
Cirurgia Vascular	TCBC NELSON WOLOSKER
Cirurgia Bariátrica	TCBC CARLOS ALBERTO MALHEIROS
Vídeo-Cirurgia	TCBC PAULA VOLPE
Nutrição e Metabologia	TCBC DAN L. WAITZBERG
Técnica Cirúrgica	TCBC MURCHED OMAR TAHA
Cirurgia do Trauma	TCBC JOSÉ GUSTAVO PARREIRA
Transplantes	TCBC RENATO FERREIRA DA SILVA



CONGRESSO PAULISTA DE CIRURGIA 2016
20ª Assembleia Cirúrgica do CBCSP
São Paulo, 9 e 10 de setembro
Centro de Convenções Rebouças

WWW.CBCPAULISTA2016.COM.BR
O SITE JÁ ESTÁ NO AR!

INSCRIÇÃO ONLINE + PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA + INFOS



ENVIO DOS TRABALHOS:
DATA LIMITE 25/07/2016

INSCRIÇÃO ONLINE:
DATA LIMITE 09/08/2016

cbc@fernandapresteseventos.com.br



Gianfranco Silecchia
CONVIDADO INTERNACIONAL



“ Quousque tandem..... ”

TCBC Tarcisio Triviño

Mais uma vez recorro a minha pena para tentar defender os direitos dos pacientes e a dignidade dos profissionais da saúde. Desta vez, como em outras tantas, faço uso da palavra escrita para desnudar a verdadeira insensatez, iniquidade e desrespeito ao doente e ao cirurgião por parte das entidades seguradoras ou convênios. Por questões didáticas, seguirei uma trajetória que deve ser percorrida por todo paciente que, sendo portador de uma doença cirúrgica, procura um cirurgião de sua escolha, de sua confiança, para dele obter a assistência que por direito, por contrato, lhe é devida.

O que vou relatar longe está de ser exceção, mas a rotina observada em nossos consultórios no cotidiano de nosso exercício.

Um paciente, sentindo-se incomodado por uma “bola” na região inguinal, procura seu cirurgião amigo que, após anamnese, exame físico, estático e dinâmico, diagnostica a existência de uma “hérnia inguinal”. Esta doença, de conhecimento milenar, reconhece também, de forma inquestionável, o tratamento cirúrgico como a melhor e talvez única maneira de curar o paciente que dele padece. A lógica hipocrática sugere: avaliação clínica, internação e cirurgia. Desrespeitosamente os “convênios” questionam o diagnóstico clínico e a palavra do cirurgião, para exigirem um exame de imagem – ultrassom, tomografia ou mesmo ressonância magnética – para validar um diagnóstico que desde os primórdios é essencialmente clínico.

Como justificar essa insensatez? Falta de credibilidade no cirurgião? Julgamento pejorativo de sua capacidade profissional? Presunção de desonestidade?

Talvez o desejo de protelar ou, ainda, estimular a rendosa prática dos exames subsidiários, pretensamente diagnósticos? Fato concreto é que, sem um desses exames o cirurgião não tem sequer o direito de solicitar uma internação para tratamento de seu paciente.

Obedecemos pois, as imposições conveniais.

De posse de um exame de imagem, este sim, digno de crédito, confirmando a existência da hérnia, nos será permitida a solicitação para um tratamento que, diga-se de passagem, na quase totalidade, já foi pago com muita antecedência.

Não esqueçamos que o sistema é pré-pago!

Se o cirurgião solicitar uma “tela de polipropileno ou de qualquer outro material” – isto caracteriza o uso de próteses – terá que especificar o tamanho e a origem. A empresa seguradora, após todo esse trajeto, se outorga o direito de analisar a solicitação, o processo, num período nunca inferior a 10 dias úteis (por se tratar do uso de prótese ou órtese, um pedaço de tecido de 10 x 10cm). Não raro, às vésperas do procedimento cirúrgico, o “verdictum” ainda não foi proferido e, doente angustiado e cirurgião apreensivo aguardam a famigerada “liberação” que não raro é proferida ao apagar das luzes, algumas horas antes da cirurgia.

Conduta desumana, comportamento cruel e desrespeitoso, estabelecido, despoticamente, por quase todas as instituições de convênio.

Se considerarmos que o procedimento, à maneira de um favor, foi autorizado em tempo hábil, o cirurgião humildemente, servilmente e, por vezes grato, terá a oportunidade de exercer sua tarefa, aprendida e consolidada ao longo de tantos anos.

Bem-sucedido o procedimento, como de regra, inicia-se uma nova maratona. Exigências de relatórios, provas inequívocas, questionamentos, informações sobre códigos e padronizações das empresas, recibos com todos os dados pessoais de cada profissional que atuou no procedimento, e tudo isso sem o mínimo valor, se faltar o execrável “carimbo”! Satisfeitas todas as imposições da empresa contratada, e já paga, esta se permite o prazo de até 30 dias úteis para ressarcimento de honorários médicos, quando não aviltantes. Não nos esqueçamos que, não raro é informada uma “glosa”, uma “rejeição” ou questionamentos e mais provas o que retardará o processo por tempo indefinido.

É a tão conhecida procrastinação, instrumento jurídico bem conhecido dos advogados defensores de réus indefensáveis.

Ora, tomei por exemplo uma das doenças mais prevalentes, simples, de fácil resolução e baixo custo.

Que dizer de moléstias mais graves, mortificantes, limitantes e mesmo com risco de morte?

Pois bem, os caminhos são os mesmos, quando não mais íngremes, complexos, traumáticos e sacrificantes, obrigando o paciente a uma espera por vezes paga com



“Cícero denuncia Catilina.” Afresco de Cesare Maccari (1889), Palazzo Madama, Roma

a própria vida. Não são poucos os doentes com câncer, doenças inflamatórias ou degenerativas que não resistem à “avaliação” do convênio e tombam à margem dessa estrada tão espinhosa.

Não satisfeitos com seus lucros exorbitantes, os convênios vêm, progressivamente, intensificando suas exigências pré, intra e pós-operatórias, tornando a vida do doente um verdadeiro inferno e a do cirurgião uma existência revoltada e inconformada.

O que ouço de meus colegas é algo que me entristece e desestimula: “Não tem jeito, é assim mesmo, temos que aceitar senão outro colega o fará”!

Custa-me acreditar que este é o jogo, as regras são impostas pelos coronéis da medicina e cabe aos doentes e aos cirurgiões a palavra final: “Amém”.

Finalizando, triste e desconsolado, ousou parafrasear Marco Túlio Cícero em suas “Catilinárias apresentadas ao Senado Romano:

“*Quousque tandem abutere conveniu* patientia nostra?*”

*Convênio: sm (lat. Conveniu)

1- Convenção ou pacto internacional 2- Acordo, ajuste convenção Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa. Ed. Melhoramentos – 5ª Ed. 2002.



Seja membro Titular do CBC

Informe-se na Secretaria do Capítulo de São Paulo do CBC com as secretárias Flávia e Geise nos telefones: (11) 3101-8045 / 3101-8792 / 3188-4245 ou no site do Diretório Nacional do CBC: www.cbc.org.br sobre as normas e datas para o recebimento de propostas.



curso continuado de
**CIRURGIA GERAL DO
 CAPÍTULO DE SÃO PAULO**
 COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES

Programação 2016

Informações e inscrições:
 Tel: (11) 3101-8792
 contato@cbbsp.org.br
 WhatsApp: (11)97395-0280




CURSO

**XXXIV Curso Anual de
 Cirurgia de Urgência**

2016

Informações e inscrições:
 (11)2176-7275 / 98609-7384 cir.emerg@santacasasp.org.br (Sra Cléria)
 (11)3101-8792 / contato@cbbsp.org.br (Sra Geise)



Solicite seu código chave de RIMA e acesse as melhores publicações científicas.

Tenha acesso a esses benefícios:

- Mais de 2.200 revistas em 54 especialidades e subespecialidades médicas.
- Os melhores artigos da medicina baseada em evidência, com sinopses analíticas em português.
- Possibilidade de pontuação na recertificação médica.
- Calendário científico acadêmico internacional.
- Diretrizes de Prática Clínica atualizadas.

Solicite seu código chave através do site: www.cbc.org.br

Curso Continuado de Cirurgia Geral 2016

Datas: 30/07, 27/08, 24/09 e 29/10 de 2016

Local: Associação Paulista de Medicina – São Paulo/SP

Curso Anual de Cirurgia de Urgência 2016

Datas: 16/07, 06/08, 03/09, 29/10 e 19/11 de 2016

Local: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa – São Paulo/SP

Clube Benedicto Montenegro - Regional Piracicaba

Data: 05 de agosto de 2016

Local: Anfiteatro da FOP/Unicamp – Piracicaba/SP

XX Curso Internacional de Colonoscopia - V Hands On em Colonoscopia Diagnóstica

Data: 04 a 06 de agosto de 2016

Local: IEP Sírio Libanês – São Paulo/SP

Clube Benedicto Montenegro – Regional Campinas

Data: 06 de agosto de 2016

Local: Hotel Vitoria - Campinas/SP

Clube Benedicto Montenegro - Regional Litoral

Datas: 15 a 18 de agosto de 2016

Local: Associação Paulista de Medicina de Santos/SP

Clube Benedicto Montenegro - Regional Vale do Paraíba

Data: 19 de agosto de 2016

Local: Taubaté/SP

IV Simpósio de Cirurgia Bariátrica do Hospital Samaritano

Data: 27 de agosto de 2016

Local: ICEP - Hospital Samaritano - São Paulo/SP

Clube Benedicto Montenegro - Regional Noroeste Paulista

Datas: 22 a 23 de setembro de 2016

Local: Sociedade de Medicina e Cirurgia de São José do Rio Preto/SP

Clube Benedicto Montenegro Regional Vale do Marília

Datas: 30 de setembro a 01 de outubro de 2016

Local: Quality Hotel & Convention Marília - Marília/SP

10ª Jornada de Cirurgia de Cabeça e Pescoço & 3º Simpósio de Cirurgia Plástica Reconstructora em Cabeça e Pescoço do Hospital de Câncer de Barretos

Datas: 14 a 15 de outubro de 2016

Local: Ircad América Latina - Barretos/SP

Informações sobre as atividades em www.cbcsp.org.br