

Integração Nacional do CBC

“A frase que norteia o pensamento da nossa gestão é “integração nacional”. A mensagem nela contida é que vislumbramos um CBC dinâmico e focado na sua sustentabilidade decorrente de um ótimo relacionamento com os membros da entidade”, afirma o presidente do CBC, Luiz Carlos Von Bahten no seu editorial desta edição. **Página 3.**



Posse do novo Diretório Nacional 2020/2021

A cerimônia de posse aconteceu no dia 10 de janeiro, no Centro de Convenções do CBC. **Páginas 4 e 5.**

ARTIGO

O Ato Médico, o Código de Defesa do Consumidor e o fim da relação Médico-Paciente. O que podemos (devemos) fazer?

Páginas 6, 7, 8 e 9.

CULTURA

A cirurgia brasileira na Primeira Guerra Mundial

Páginas 10 e 11.

Diretório Nacional Biênio 2020/2021



CBC

Colégio Brasileiro de Cirurgiões

PRESIDENTE NACIONAL

TCBC LUIZ CARLOS VON BAHTEN - PR

1º VICE-PRESIDENTE NACIONAL

TCBC PEDRO EDER PORTARI FILHO - RJ

2º VICE-PRESIDENTE NACIONAL

TCBC PAULO ROBERTO CORSI - SP

VICE-PRESIDENTE DO N.CENTRAL

TCBC LUIZ GUSTAVO DE OLIVEIRA E SILVA - RJ

2º VICE-PRESIDENTE DO N.CENTRAL

TCBC RENATO ABRANTES LUNA - RJ

VICE-PRESIDENTE DO SETOR I

TCBC MARCIO VALLE CORTEZ - AM

VICE-PRESIDENTE DO SETOR II

TCBC HELÁDIO FEITOSA DE CASTRO FILHO - CE

VICE-PRESIDENTE DO SETOR III

TCBC JORGE PINHO FILHO - PE

VICE-PRESIDENTE DO SETOR IV

TCBC RENI CECILIA LOPES MOREIRA - MG

VICE-PRESIDENTE DO SETOR V

TCBC LEONARDO EMILIO DA SILVA - GO

VICE-PRESIDENTE DO SETOR VI

TCBC FLAVIO DANIEL SAAVEDRA TOMASICH - PR

SECRETÁRIO-GERAL

TCBC ELIZABETH GOMES DOS SANTOS - RJ

1º SECRETÁRIO

TCBC FERNANDO BRAULIO PONCE LEON P. DE CASTRO - RJ

2º SECRETÁRIO

TCBC RICARDO BREIGEIRON - RS

TESOUREIRO-GERAL

TCBC HELIO MACHADO VIEIRA JR. - RJ

TESOUREIRO-ADJUNTO

TCBC GUILHERME DE ANDRADE GAGHEGGI RAVANINI - RJ

DIRETOR DE PUBLICAÇÕES

TCBC RODRIGO FELIPPE RAMOS - RJ

DIRETOR DE COMUNICAÇÃO E DE TEC. INF.

TCBC DYEGO SÁ BENEVENUTO - RJ

DIRETOR DE DEFESA PROFISSIONAL

TCBC ROBERTO SAAD JUNIOR - SP

PRESIDENTE DO EXERCÍCIO ANTERIOR

ECBC SAVINO GASPARINI - RJ

O CBC planeja seu futuro

Nos dias 31/01 e 1º/02, a Comissão Permanente de Planejamento do CBC reuniu-se nas instalações da Associação Paulista de Medicina para elaboração do planejamento estratégico do CBC para o horizonte de 2020 a 2023.

A comissão, comandada pelo Presidente do CBC, TCBC Luiz Carlos von Bahten, analisou informações oriundas da definição dos riscos institucionais e de diversas pesquisas internas sobre a gestão da Entidade. Utilizando a metodologia OKR (Objectives and Key Results), criada na década de 1980 pela Intel, definiu objetivos estratégicos, indicadores de desempenho, metas e ações estratégicas para os próximos quatro anos. Os trabalhos foram facilitados pelo TCBC Átila Velho e pelo consultor Jerônimo Lima. A metodologia OKR é um modelo de gestão ágil de desempenho com foco em resultados que funciona como uma ferramenta de comunicação interna, integrando as equipes pela formulação de objetivos relacionados ao propósito, aos valores e à estratégia corporativa.

O propósito da Entidade, definido como “liderar a cirurgia brasileira”, norteou a formulação dos objetivos estratégicos para os próximos

anos: fomentar o relacionamento interinstitucional, promover a educação médica, fomentar a pesquisa científica, garantir autossustentabilidade financeira, captar e fidelizar membros, melhorar a comunicação com as partes interessadas, melhorar o sistema de governança e o modelo de gestão, obter excelência operacional e qualificar e reter talentos da equipe operacional e qualificar diretoria.

A partir de março, a comissão passará a analisar mensalmente o andamento dos planos de ação e os resultados dos indicadores de desempenho para garantir a consecução dos objetivos estratégicos estabelecidos.

Dentre as principais estratégias definidas estão a criação de novos cursos essenciais e em EAD, realização de campanhas de esclarecimento à sociedade sobre obesidade, trauma e cuidados perioperatórios, reformulação da revista científica do CBC, definição de políticas de recursos humanos e certificação da entidade pela norma NBR-ISO-9001:2015 para assegurar excelência na gestão de processos.

TCBC Átila Velho e consultor Jerônimo Lima

Expediente

Boletim Informativo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

Rua Visconde Silva, 52 - 3º andar - Botafogo

Rio de Janeiro/RJ - CEP: 22271-092

Tel.: (21) 2138-0650

www.cbc.org.br

Tiragem: 5.000

Editor Colaborador: TCBC Rodrigo Felipe Ramos

Editor e jornalista responsável: João Maurício Rodrigues (Reg. MtB 18.552)

E-mail: comunicacao@cbc.org.br

Revisão: Lenita Penido

Produção Editorial e Projeto Gráfico

Libertta Comunicação - E-mail: libertta@libertta.com.br

A impressão deste Boletim é feita pela Editora Atheneu sem custo para o CBC, fruto dos longos anos de parceria e relacionamento entre as instituições.

CBC dinâmico e focado na sua sustentabilidade



A frase que norteia o pensamento da nossa gestão é “Integração Nacional”. A mensagem nela contida é que vislumbramos um CBC dinâmico e focado na sua sustentabilidade decorrente de um ótimo relacionamento com os membros da Entidade.

Nesse sentido, pretendemos manter a solidez quase centenária da instituição olhando para o

passado honroso e pungente que nos levou ao claro entendimento do nosso papel no presente. Entendemos que a força do CBC está nos seus membros, razão pela qual faremos todo empenho para uma gestão eficaz. Nossa filosofia institucional está fortemente voltada para o engajamento de nossos membros.

Nosso diretório, assim como o Conselho Superior, é formado por um grupo de médicos experientes e de jovens talentosos que têm amor à causa e não medirão esforços para a consecução de nossos objetivos.

Na segunda versão do nosso planejamento estratégico evoluímos para novos conceitos de gestão, pautados no propósito de “liderar a cirurgia brasileira”. Para que sejamos bem-sucedidos, daremos foco à defesa profissional e à educação continuada do cirurgião brasileiro.

Nessa direção, nossa gestão estará centrada em dez objetivos estratégicos:

1. Estabelecer uma governança corporativa com maior transparência, buscando a padronização e a melhoria contínua de nossos processos com a certificação pela norma internacional de qualidade da gestão ISO-9001:2015.

2. Fortalecer o projeto Jovem Cirurgião como uma iniciativa destinada aos cirurgiões recém-egressos dos programas de residência médica e dos programas de capacitação em cirurgia. Os jovens cirurgiões receberão benefícios, além de descontos na anuidade do CBC, e concorrerão ao Prêmio Jovem Cirurgião.

3. Gestão técnica de todas as publicações do CBC, em especial a Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, buscando a melhoria de seu fator de impacto científico em âmbito nacional.

4. Integração dos capítulos como o Diretório Nacional pela realização de reuniões por videoconferências trimestrais coordenadas pelos Vice-Presidentes Setoriais.

5. Desenvolvimento de novas lideranças com

programas institucionais de treinamento com os nossos mestres de capítulos.

6. Projeto de interiorização do Cirurgião Brasileiro.

7. Projeto de Educação Continuada incentivando as atuais comissões a criarem produtos como diretrizes, cursos EAD e cursos presenciais.

8. Melhorar a comunicação com os membros, criando plataformas de integração, como aplicativos e disseminação de informações pelas mídias sociais.

9. Pelo DEPRO, realizar ações efetivas para buscar melhores condições de trabalho, com engajamento direto nas lutas da categoria médica.

10. Busca de novas fontes de financiamento para promover uma melhor formação do cirurgião brasileiro.

Contamos com o apoio de todos para o sucesso de nossa gestão e o desenvolvimento do CBC.

TCBC Luiz Carlos Von Bahten
Presidente Nacional CBC

Posse do novo Diretório Nacional – gestão 2020/2021



Momento da transmissão da presidência do CBC



A Mesa diretora do evento

O TCBC Luiz Carlos Von Bahten, do Paraná, tomou posse, no dia 10/01, como presidente do Colégio Brasileiro de Cirurgiões para a gestão 2020/2021, junto com os integrantes do seu Diretório e também os novos mestres dos Capítulos.

Professor de cirurgia da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC), o cirurgião já ocupou diversos cargos no Diretório Nacional: diretor do Departamento de Defesa do Profissional nas gestões 2016/2017 e 2018/2019 e vice-presidente do Setor VI (2014/2015 e 2012/2013).

O ministro da Saúde e membro Honorário Nacional, Luiz Henrique Mandetta, teve a honra de entregar ao seu pai ECBC Hélio Mandetta (GO), o Prêmio Medalha do Mérito Cirúrgico do CBC,

outorgada também ao ECBC Wilson L. Abrantes (MG).

Na programação aconteceu também a posse de novos membros Titulares e a entrega de diplomas aos novos Eméritos e do Prêmio “Medalha do Mérito Personalidade CBC” a Paulo Rzezinski, Juarez de Carvalho (in memorian) e José Antonio Lamenza, além da entrega simbólica das cadeiras do auditório A.

A mesa diretora foi composta por Lincoln Gomes (presidente da AMB), Orlando Marques Vieira (representando o Conselho Superior do CBC), Luiz Henrique Mandetta (ministro da Saúde), Savino Gasparini Neto (presidente do CBC), Luiz Carlos Von Bahten (presidente eleito), Samir Rasslan (representando o Conselho Superior) e Sylvio Provenzano (presidente do Cremerj).



Foto histórica. Luiz Carlos Von Bahten, último a direita, com presidentes das gestões anteriores



Ministro da Saúde no momento do seu discurso em homenagem ao pai

Premiações e homenagens

Prêmio “Medalha do Mérito Personalidade CBC”

ECBC Hélio Mandetta (GO)



Luiz Henrique Mandetta entrega ao seu pai, Hélio Mandetta, a homenagem do CBC, junto com Savino Gasparini e Luiz Carlos Von Bahten

ECBC Wilson L. Abrantes (MG)



Domingos André Drumond, Savino Gasparini, Wilson L. Abrantes e Luiz Carlos Von Bahten

Medalha Personalidade do CBC



Paulo Rzezinski

Homenagem especial

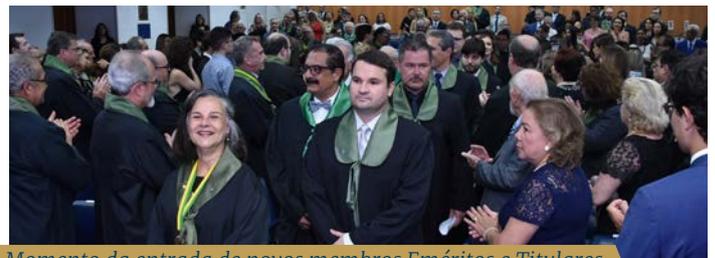


A chefe da Secretaria do CBC, Maria de Fátima Pereira, recebeu uma homenagem especial do Diretório pela história de dedicação ao CBC



José Antonio Lamenza

Posse de novos membros Titulares e Eméritos



Momento da entrada de novos membros Eméritos e Titulares



Juarez de Carvalho (in memoriam)



Grupo de novos membros Titulares

O Ato Médico, o Código de Defesa do Consumidor e o fim da relação Médico-Paciente. O que podemos (devemos) fazer?



securitária, salvo as decorrentes das relações de caráter trabalhista. [...]

Passados 30 anos da publicação do CDC, ainda não há consenso por parte de doutrinadores, juristas e julgadores, se o mesmo deva ser aplicado na relação médico-paciente, ou seja, se o paciente é ou não consumidor e se o médico é ou não fornecedor de serviços. Este fato ainda não se encontra pacificado pela doutrina e jurisprudência. Porém, essa falta de uma definição vem fazendo cada vez mais nós médicos vítimas da aplicação de suas sanções na

relação médico-paciente.

INTRODUÇÃO

O Código de Defesa dos Direitos do Consumidor (CDC) trata-se da Lei número 8078, de 11 de setembro de 1990, promulgada em razão do disposto no inciso XXXII do art. 5º da Constituição Federal de 1988, que decidiu que “o Estado promoverá, na forma da lei, a defesa do consumidor”.

Para efeito didático e informativo, perante o CDC, são assim definidos:

[...] Art. 2º - **Consumidor** é toda pessoa física ou jurídica que adquire ou utiliza produto ou serviço como destinatário final.[...]

[...] Art. 3º - o **Fornecedor** é toda pessoa física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira, bem como os entes despersonalizados, que desenvolvem atividade de produção, montagem, criação, construção, transformação, importação, exportação, distribuição ou comercialização de produtos ou prestação de serviços.[...]

[...] § 2º - **Serviço** é qualquer atividade fornecida no mercado de consumo, mediante remuneração, inclusive as de natureza bancária, financeira, de crédito e

Vejam algumas implicações para nós médicos. (1) O paciente, sendo enquadrado como consumidor, é considerado **hipossuficiente**. O médico, por sua vez, na condição de prestador de serviços, é considerado **hipersuficiente**. Tal fato, per se, já nos coloca em uma condição desfavorável em qualquer demanda jurídica, independentemente do mérito da causa. (2) Possibilidade de inversão do ônus da prova a seu desfavor, com conseqüente imperativo de ele (o médico), ter que produzir uma prova impossível, denominada no direito de “prova diabólica”. Exemplo: o resultado do exame comprovando determinada situação, mas que foi, obviamente, entregue ao paciente. Ou ainda a própria questão do termo de consentimento informado livre e esclarecido que, cada vez mais, tem sido mitigado pelos magistrados em uma exigência, em inúmeros casos, de possuir TODA E QUALQUER informação, sendo certo que fica a critério exclusivo do julgador entender se esse ou aquele termo cumpriu o dever de informações.

Na mesma linha de sermos conduzidos pelo CDC, caso o atendimento de um paciente tenha sido feito fora de seu domicílio, o médico é obrigado a se locomover, juntamente com seu advogado, à cidade de origem do paciente, independente se seu atendimento tenha sido livremente escolhido pelo paciente. Toda a ação processual correrá na cidade de origem do paciente.

Vamos mais além, em sendo uma relação de consumo algumas especialidades médicas podem ser indiciadas como uma medicina de fim e não de meio, cujo resultado deve ser sempre o acordado previamente ao tratamento.

É de suma importância esclarecer que a defesa de que o ato médico e em especial a relação médico-paciente não podem ser regidos pelo Código de Proteção e Defesa do Consumidor, Lei 8078/90, não se dá por preciosismo ou corporativismo. Ao contrário, assim como a relação advogado-cliente não está submetida a essa legislação especial, entendemos que o caráter sui generis da relação entre o médico e seu paciente precisa estar à margem da Lei Consumerista.

Entendemos ainda, com veemência, que tanto o Legislativo quanto os operadores do Direito precisam estar atentos à FUNÇÃO SOCIAL que o ato de prestar serviço de saúde possui. E isso, no mínimo.

Esse pensamento encontra, a toda evidência, ressonância no Artigo 1º, inciso III da Constituição Federal que preceitua como um dos fundamentos da República Federativa do Brasil a DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA. Ora, pacientes e médicos precisam ter esse fundamento respeitado.

A vida e a saúde não são BENS DE CONSUMO. Aliás, importa dizer, são bens inalienáveis. Nesse passo, nos reportamos uma vez mais à Carta Magna em seus artigos 5º e 196 que assim preceituam, respectivamente:

[...]“Art. 5º **Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no país a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: ...Todos são iguais perante a lei.**”[...]

[...]“Art. 196 **A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas** que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”[...]

Portanto, de compreensão mediana, sendo até redundante, de que os Bens “saúde” e “vida” não são de consumo, a toda evidência.

Nesse passo, reforçamos o pensamento de que não se pode enquadrar o serviço prestado pelo médico, e por extensão por instituição de saúde, no parágrafo 2º do artigo 3º do Código Consumerista.

Mais uma questão importante e que serve de sustentáculo para o acima exposto. É o chamado pós-positivismo. Em estreita síntese, e sem adentrar muito no “juridiquês”. Trata-se da solidificação de se valorizar jurídica e politicamente, os Princípios enunciados nos textos legais ou que os norteiam. De maneira clara, os Princípios são mais importantes que a letra fria da lei ou, como é o caso do enquadramento da relação médico-paciente no Código do Consumidor, mais importante do que as interpretações dadas e estabelecidas na jurisprudência sem leva-los em conta.

Os juristas de alguns países, notadamente da Espanha e do Brasil, apelidam como pós-positivismo uma opção teórica que considera que o direito depende da moral, tanto no momento de reconhecimento de sua validade como no momento de sua aplicação. Nessa visão os princípios constitucionais, tais como a dignidade humana, o bem-estar de todos ou a igualdade, influenciariam a aplicação das leis e demais normas concretas.

Os Princípios precisam ser fortemente estimulados. Nessa linha de raciocínio, voltemos ao Código de Ética Médica, exatamente no Capítulo I, sob o título PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS, preceitua:

[...] IX - A medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio. [...]

[...] XX - A natureza personalíssima da atuação profissional do médico não caracteriza relação de consumo. [...]

Não à toa tal fundamento foi colocado no capítulo que versa sobre os princípios fundamentais.

Voltemos à questão da relação cliente-advogado. Por que se solidificou esse entendimento, inclusive no Superior Tribunal de Justiça?

De forma resumida, para não cansar, entende-se que a relação jurídica estabelecida entre o advogado e seu cliente é regida por legislação própria, o Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil (Lei 8906/94), baseado na relação de confiança entre o cliente e o seu advogado. Daí não se aplicar os ditames do CDC.

Ora, quer relação mais baseada em confiança do que a médico-paciente?

E quanto à legislação? Não há de fato uma Lei Federal regente da relação do médico com o seu paciente, mas reflitamos!

Em primeiro lugar, o Código Civil Brasileiro é legislação que rege de forma abrangente, esgotando o assunto, as matérias do direito contratual e de responsabilidade civil. Em segundo lugar, porém não menos importante, vale dizer que o Conselho Federal de Medicina é uma autarquia federal e, com os demais Conselhos Regionais, foram instituídos pelo Decreto-Lei nº 7.955/45 e regidos pela Lei Federal 3.268/57, sendo certo que é do Conselho Federal de Medicina-CFM que é emanada a Resolução que cria o Código de Ética.

Sim, acreditamos que o contrato estabelecido entre o médico e seu paciente tem natureza *sui generis*, ou seja, tem características próprias, peculiares, singulares. Tais características assim se apresentam porque estamos diante de uma relação mediada por um universo biológico onde estão incluídos a imunologia, a bioquímica, a fisiologia, a histologia, a anatomia, a farmacologia que não permite que a medicina possa ser avaliada como uma profissão qualquer onde os resultados dependem exclusivamente do ato em si do executor. Estamos diante, mais uma vez, de um universo biológico que não nos permite caracterizar uma relação de consumo o ato médico.

Portanto, com todo o respeito às opiniões em contrário, não há porquê a relação entre o advogado e seu cliente não ser regida pelo Código do Consumidor e a do médico com seu paciente sim.

Voltemos, nesse ponto, ao termo no início utilizado, qual seja, *sui generis*. Afinal, não se pode comparar, por exemplo, a prestação do serviço de pintura de uma parede, com o atuar médico.

Na prestação do serviço de saúde, há inúmeras questões que, podemos até dizer, híbridas, isto é, não se enquadram em nenhuma outra situação das demais relações jurídicas convencionais.

Para exemplificar, uma vez mais, e sem esgotar o tema, posto que impossível em razão da complexidade da medicina, podemos dizer que um paciente pode não ficar curado, mesmo depois de ter sido empregado todos os meios de tratamento, inclusive tecnológicos de última geração. Isso é próprio da natureza *sui generis* do contrato entre médico e paciente.

E mais! É possível advir um dano a um paciente em razão de um tratamento. Esse dano pode ser sério, inclusive morte, como é o caso das idiosincrasias medicamentosas. Um caso típico é a Síndrome de Stevens Jonhson. Tudo isso faz parte das características híbridas do contrato entre médico e paciente. Nenhum dos acontecimentos nefastos que podem ocorrer (riscos inerentes) estão sob a ingerência do médico no sentido de impedi-los.

A anamnese, o exame físico são essenciais e preponderantes na relação médico-paciente, é o anúncio indelével da importância crucial do caráter singular dessa interação entre duas pessoas humanas e, por si só, nos deixa antever que um regramento jurídico desigual, como o Código do Consumidor, se mostra inócuo e insuficiente para pré-julgamento. Na anamnese o médico vai se nutrir de informes e coletar dados históricos e próprios do seu paciente, os quais deverão conduzi-lo na busca incessante do estado de melhora. Por vezes, uma resposta do paciente, ligada às questões do passado ou de seu DNA, e até mesmo de certa localidade onde viveu ou esteve, desvenda uma enfermidade ou um achado que permite a sua cura ou sua melhora. É injusto aplicar regras desiguais entre essas duas pessoas.

Ora por muito menos a relação advogado-cliente, que também possui uma natureza *sui generis*, foi entendida não ser regida pela Lei 8078/90.

O profeta Gibran Kalil Gibran já escreveu que “O EXAGERO É A VERDADE QUE PERDEU A CALMA” e assim o médico brasileiro tem vivido nos últimos trinta anos, com uma legislação rígida e desigual, a qual defende e protege uma pessoa humana e em detrimento de outra pessoa humana. Em seara de SUS ou de Saúde Suplementar e quando se observa a participação de uma pessoa jurídica, entendemos e defendemos que o rigor do Código do Consumidor é protetivo e necessário para equalizar o direito do consumidor leigo. Porém, quando estamos diante de duas pessoas humanas, diferenciá-las é agredir a Dignidade da Pessoa Humana. Além do que há legislação ordinária suficiente para regrar ressarcimentos e ou indenizações para os casos de existência de culpa ou dolo, nos moldes do Código Civil Brasileiro.

A Sociedade Brasileira precisa distinguir seus médicos com respeito e atenção, uma vez que são eles os responsáveis pela incessante busca do estado de melhora e nunca deveriam ser encarcerados em

uma premissa desigual e rígida que os coloquem em presunções e casuísticas, como determina a aplicabilidade do Código do Consumidor. Daí a justificativa da verdadeira avalanche de processos judiciais que se avolumam nos tempos atuais. Há que se nutrir uma concepção coletiva afirmativa e favorável à pessoa do médico, claro, punindo os casos específicos, por óbvio.

Da mesma forma, o código de defesa do consumidor vem minando e desestimulando a boa relação médico-paciente. Por que falo isso? Sob as regras do CDC muito mais vale um termo de consentimento livre e esclarecido (que muitas vezes não tem nada de esclarecido) do que uma boa história clínica, uma boa anamnese, um exame físico cuidadoso, que são a base e a sustentação na relação de confiança e respeito entre o médico e seu paciente.

Para finalizar, não podemos deixar de citar o artigo 7º do próprio Código do Consumidor, que diz:

[...] “Os direitos previstos neste código não excluem outros decorrentes de tratados ou convenções internacionais de que o Brasil seja signatário, da legislação interna ordinária, de regulamentos expedidos pelas autoridades administrativas competentes, bem como dos que derivem dos princípios gerais do direito, analogia, costumes e equidade” [...]

Pois bem, o que não faltam são leis e normas que por si só são capazes de, exemplarmente, reger a relação médico-paciente.

CONCLUSÃO

Quer por uma análise axiológica, isto é, pela Preponderância dos Princípios, quer pela inteligência de reflexão sob o aspecto comparativo realizado acima, quer pela reflexão da natureza peculiar da relação entre médico e paciente, é elementar que essa relação jurídica não pode ser regida pelo CDC.

CAMINHOS PARA REFLEXÃO

1. Movimento Nacional de conscientização dos médicos. É importante ressaltar que a maioria dos médicos não sabem que são regidos pelo CDC, até serem vítimas do mesmo. Esse movimento deve ser estruturado e liderado:

1.1.1. Conselho Federal de Medicina
1.1.1.1. CRIAÇÃO DE UMA COMISSÃO PARA DESLIGAR O ATO MÉDICO DO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR.

1.1.2. Conselhos Regionais de Medicina

2. Envolvimento alinhado e coordenado com as entidades aliadas:

2.1.1. AMB

2.1.2. Sociedades Médicas

2.1.3. Sindicatos Médicos

2.1.4. FENAM

2.1.5. Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde

2.1.6. Conselho Nacional de Residência Médica

3. Maior interação do CFM com as sociedades médicas.

3.1. Participando com mesas redondas de debates nos eventos nacionais das sociedades médicas.

3.1.1. Com o objetivo de aproximar os médicos brasileiros das ações do CFM/CRMs em especial na defesa do ato médico como um ato singular entre o médico e seu paciente e não uma relação de consumo.

4. Evento de Conscientização dentro do Congresso Nacional.

4.1.1. Fortalecimento da ideia junto à bancada da saúde.

4.1.2. Entendimento de que os pacientes não são mercadorias.

5. Projeto de lei criando exceção para excluir a aplicabilidade do CDC na relação médico-paciente

5.1.1. Não há necessidade de mudar a lei.

5.1.2. Pode-se apenas criar a exceção aos médicos.

O caminho não é curto nem fácil, mas cada dia de bom combate irá fazer a diferença à medicina brasileira.

TCBC Leonardo Emílio da Silva (Vice-Presidente Setorial do CBC)

Antônio Couto (Consultor Jurídico do CBC)

“É de suma importância esclarecer que a defesa de que o ato médico e em especial a relação médico-paciente não podem ser regidos pelo Código de Proteção e Defesa do Consumidor”

A cirurgia brasileira na Primeira Guerra Mundial



Foto oficial da Missão Médica Especial com o presidente Wenceslau Brás ao centro.
Fonte: Silva, CEM.

O filme 1917 estreou nas telas do Brasil no início deste ano aclamado pela crítica e com diversas indicações ao Oscar. A película mostra uma parte pouco difundida da historiografia mundial que é a primeira guerra mundial, mas o que poucas pessoas sabem é que neste mesmo ano ocorreu um fato marcante para nós brasileiros: a entrada do nosso país no conflito.

O afundamento de navios mercantes brasileiros pela Marinha Imperial Alemã levou a uma grande pressão popular para a entrada do Brasil na guerra ao lado dos aliados. A gota d'água foi o torpedeamento do navio Macau, que determinou a proclamação do estado de guerra em outubro de 1917.

Sem condições de enviar tropas e material bélico, o Brasil se dispôs, dentre outras determinações, a enviar uma missão médica à França, epicentro do conflito. Para chefiar a missão, foi designado o cirurgião e deputado federal Nabuco Gouveia. Professor de Ginecologia e Diretor do Hospital da Gamboa, Nabuco foi escolhido não só pela sua eminência na Cirurgia, mas, sobretudo por seu lastro político e diplomático. A missão seria composta por 131 homens, dentre profissionais da saúde e pessoal de apoio. Muitos médicos civis de prestígio fizeram parte do Corpo Médico, como por exemplo, Mário Kroeff, considerado

o pai da oncologia brasileira.

O navio La Plata zarpu do Rio de Janeiro em 18 de agosto de 1918 em direção ao porto de Marselha, realizando algumas paradas na costa africana para abastecimento. Em Dakar, além de 1500 soldados senegaleses, um indesejado e mortal passageiro embarcou no navio brasileiro: a gripe espanhola. A epidemia acometeu 95% dos tripulantes, dos quais cinco brasileiros e dezenas de senegaleses pereceram.

Chegando a Paris, a missão médica brasileira se dividiu em dois contingentes. Um contingente menor partiu para diversas cidades no interior da França, enquanto a maior parte permaneceu na capital, onde se instalou um hospital em um antigo colégio jesuíta. O hospital franco-brasileiro foi idealizado para atender feridos oriundos da frente de batalha, mas teve também papel importantíssimo no atendimento a civis acometidos pela epidemia de gripe espanhola que assolava praticamente toda a Europa ocidental. O hospital funcionava com 360 leitos, todos eles constantemente ocupados.

A enfermaria cirúrgica do Hôpital Brésilien foi dirigida pelos doutores Benedito Montenegro, Maurício Gudin, Borges da Costa, Torreão Roxo,

Ernani de Faria Alves, Alfredo Monteiro, Roberto Freire e Pedro Paulo Paes de Carvalho. Pouco antes do fim da guerra, o Brasil também enviou equipes cirúrgicas para a linha de frente para atuar nos postos de socorro avançado. Era uma oportunidade também de aprender “in loco” a verdadeira medicina de guerra.

Em seu relatório ao Ministro da Guerra intitulado “Cirurgia da Guerra”, Nabuco de Gouveia reporta várias inovações no campo da cirurgia. Uma delas foi na logística de remoção dos feridos para hospitais de retaguarda no intuito de aumentar a taxa de sobrevivência e diminuir as taxas de infecções relacionadas ao trauma. Para tal, contavam com as modernas ambulâncias motorizadas e novos conceitos de atendimento inicial ao traumatizado, como por exemplo, controle da hipotermia.

Outra inovação foram os aparelhos de radiografia, utilizados pela primeira vez no campo de batalha. Normalmente eram utilizados para localização de projéteis e avaliação de fraturas. Eram pouco usados em traumatismos fechados, mesmo no tórax, e tinham a limitação de não poderem ser utilizados em pacientes hemodinamicamente instáveis (uma simples radiografia podia levar até uma hora para ficar pronta).

Um paradigma que mudou durante a primeira grande guerra foi a intervenção nas feridas abdominais. Até aquela época a laparotomia exploradora no trauma era algo temerário, preconizando-se a chamada “abstenção operatória”, mesmo em traumatismos penetrantes. O cirurgião militar francês Edmond Delorme, em sua obra “Conselhos aos Cirurgiões”, dizia que “em princípio deve-se rejeitar a laparotomia imediata, cuja nocividade foi afirmada em guerras recentes”. Quando indicada, a laparotomia era

realizada tardiamente e com pouca chance de sucesso. Após o conflito, a indicação de laparotomia imediata já era a regra, salvando-se as penetrantes localizadas em hipocôndrio direito e “quando não há sinal de hemorragia profunda – lividez no semblante e pulso filiforme” segundo Nabuco Gouveia. Já as intervenções no tórax, como antes da guerra, permaneciam com indicações muito restritas.

As técnicas transfusionais sofreram uma verdadeira revolução durante a guerra. Isto por conta da adição da solução de citrato ao sangue coletado, impedindo sua coagulação. Desta forma o sangue podia ser retirado do doador e infundido no receptor. Ainda assim, as reações transfusionais eram frequentes com alguns relatos de óbito. O sistema ABO já havia sido identificado por Karl Landsteiner em 1901, porém a descoberta do fator Rh só viria anos depois com Alexander Salomon Wiener. Antes do uso do citrato era feita uma anastomose de uma artéria do doador (que teria que ser sacrificada) com uma veia calibrosa do receptor, segundo técnica preconizada por Alexis Carrel.

A missão médica brasileira na primeira guerra foi oficialmente extinta em 19 de fevereiro de 1919 e infelizmente sua contribuição para nossa história moderna foi paulatinamente relegada ao esquecimento. Mas aqueles que visitam os belos jardins do Hospital de Vaugirard em Paris irão se deparar com uma placa alusiva à contribuição brasileira à causa aliada. Uma singela homenagem que mantém ainda viva a memória de nossos colegas que se dispuseram a lutar por um mundo melhor.

TCBC Rodrigo Felipe Ramos

“Sem condições de enviar tropas e material bélico, o Brasil se dispôs, dentre outras determinações, a enviar uma missão médica à França, epicentro do conflito”

Fontes:

DAROZ, C. O Brasil na Primeira Guerra Mundial: a longa travessia. 1ª ed. São Paulo: Contexto; 2017.

GOUVÊA, N. Observações Sobre Cirurgia de Guerra: relatório apresentado a S. Ex. Ministro da Guerra. Pelotas: off. typ. do Diário Popular; 1919.

BRUM, CE. A Medicina vai à Guerra: a missão médico-militar brasileira na França durante a Primeira Guerra Mundial (1918-1919). História: Debates e Tendências. 2014;14(2): 306-17.

SILVA, CEM. A Missão Médica Especial brasileira de caráter militar na Primeira Guerra Mundial. Navigator; 2014;10(20):94-108.

www.congressocbcsetor4.com

8º CONGRESSO DO COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIÕES
SETOR IV | MINAS, BAHIA e ESPÍRITO SANTO

**COMUNICADO IMPORTANTE
 EVENTO ADIADO**

Seguindo as recomendações das autoridades sanitárias brasileiras e em consonância com medidas adotadas para minimizar os efeitos e propagação da pandemia pelo Covid-19, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões comunica o **ADIAMENTO** do **8º CONGRESSO DO SETOR IV DO CBC** para os dias **03 a 05 de SETEMBRO de 2020**.



**Local: Juiz de Fora – MG
 (Ritz Plaza Hotel)**

CONGRESSO PAULISTA DE CIRURGIA 2020
22ª Assembleia Cirúrgica do CBCSP
 São Paulo, 28 e 29 de Ago
 Centro de Convenções Rebouças

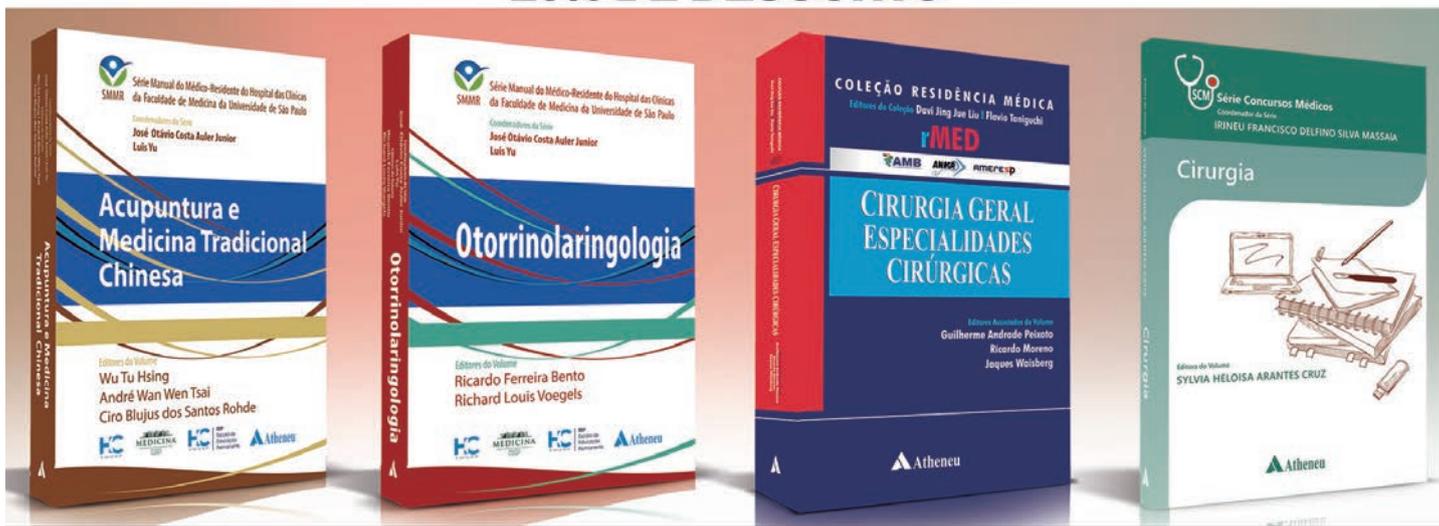
**Local: São Paulo – SP
 (Centro de Convenções Rebouças)**

20º CONGRESSO DE CIRURGIA RIO DE JANEIRO
 16 a 18/09/2020 | Windsor Barra Hotel
 O cirurgião geral de hoje

**Local: Rio de Janeiro – RJ
 (Hotel Windsor Barra)**

Informações: <https://cbc.org.br/eventos/agenda/>

OFERTAS ESPECIAIS PARA SÓCIOS DO CBC
20% DE DESCONTO



Compre também pelo telefone
 (21) 99165-6798 (WhatsApp)
 ou e-mail
sal@atheneu.com.br

Acesse nosso site:
www.atheneu.com.br
 e ganhe desconto direto no carrinho
 digite o voucher: **CBC20**



Imagens meramente ilustrativas. Frete não incluso, consultar nossos atendentes sobre o valor acrescido para a sua região. Promoção válida apenas para os livros deste anúncio.