

Seção Científica:

O papel atual da videolaparoscopia na doença inflamatória intestinal por TCBC Rogerio Saad-Hossne e Paulo Gustavo Kotze

Páginas 6, 7 e 8



Mensagem:

Modernização - Inovação por TCBC Paulo Roberto Corsi

Página 3

Palavra do Especialista:

Seis tragédias aeronáuticas por dia.

O Dr. Enis Donizetti Silva discute as medidas para redução dos eventos adversos hospitalares

Páginas 4 e 5

E ainda nesta edição:

Editorial: Ano novo! Vida nova?
TCBC Cláudio Bresciani

Página 2

Clube Benedicto Montenegro
TCBC Paulo Maurício Chagas Bruno

Página 9

Crônica: E agora José?
por TCBC Tarcisio Triviño

Páginas 10 e 11

Agenda

Página 12



EXPEDIENTE

Capítulo São Paulo www.cbccsp.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@cbccsp.org.br ou flavia@cbccsp.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 Rogerio 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 67 – Dezembro 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:

Off Paper

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.cbccsp.org.br

Ano novo! Vida nova?



Sim, vida nova! Ao encerrar o ano de 2015 encerra-se também a gestão da atual diretoria do CBC/SP, reeleita para o biênio 2014-2015.

Como Mestre do Capítulo agradeço aos integrantes da diretoria do Capítulo, diretorias regionais, diretores de modalidade e funcionárias do Capítulo o constante apoio e disposição em obter resultados sempre melhores.

O campo está preparado para a próxima diretoria, pela competência que já demonstrou, ela ampliará o leque de atuação do CBC/SP nos dois anos vindouros.

A eleição do paulista Paulo Roberto Corsi como presidente nacional do CBC nos enche de expectativas para o futuro, sabedores que somos de sua competência e dedicação. Mas é a você sócio do CBC através do Capítulo de São Paulo, que vai o meu maior agradecimento. Agradecimento por confiar em nossa diretoria no período 2012-2013 e ratificar esta confiança nos reconduzindo à direção para o período 2014-2015. Agradecimento por participar ativamente do dia do Colégio, por estar presente aos eventos organizados, por organizar eventos em suas cidades.

Esta participação é que faz o CBC cada vez maior.

Ano novo! Vida nova?

Não, vida velha! É com grande preocupação que vemos a forma atabalhoada com que o Governo Federal tem interferido de forma ditatorial no ensino, na capacitação e no exercício de nossa profissão. Infelizmente, com o claro objetivo de alquebrar nossa unidade e nossas lideranças dentro de uma política geral de realizar uma revolução em todos os campos da vida dos brasileiros, mas de uma forma diferente das tentativas anteriores em que usou a guerrilha. Agora a ordem é desfazer a ordem (coisa de pequeno burguês) e acabar com o progresso (coisa de imperialista). Como cidadãos não podemos tolerar tal propositura e lutar contra ela com as armas que dispomos e que são legítimas: o voto, a persistência, a competência, o estudo e a organização.

Devemos no ano que entra nos irmanarmos em torno das sociedades de especialidades, fortalecendo-as para que tenham voz e que esta seja forte e alta.

Devemos no ano que entra nos irmanarmos em torno da sociedade civil para que fortalecida leve este país inigualável sob os mais variados aspectos ao seu destino: ser a casa de todos e de cada um, provendo o emprego e o remuneração, o conforto e o lazer, o ensino e a cultura, a assistência médica e a saúde.

Feliz 2016 à todos. Juntos, sempre.

TCBC Cláudio Bresciani

Mestre do Capítulo de São Paulo

Modernização - Inovação

TCBC Paulo Roberto Corsi

Os primeiros passos para uma boa gestão no biênio 2016/17 foram dados. O grupo que assumirá o Diretório Nacional do Colégio Brasileiro de Cirurgiões mescla experiência, adquirida em diversos cargos nas diretorias prévias, e renovação através do ingresso de novos membros.

Nossa campanha começou por indicação de Mestres e Membros do Capítulo de São Paulo com apoio de colegas de vários Estados. Uma abordagem inicial segura e a sucessão da gestão muito bem conduzida pelo TCBC Heladio Feitosa de Castro Filho, uniram o CBC em torno de um único grupo na disputa eleitoral.

Numa eleição tranquila e com significativo número de votantes, obtivemos quase a totalidade dos votos válidos. A disposição em votar numa chapa única, onde o resultado já está definido, mostra a vontade dos Membros de manifestar sua intenção e de apoiar a nova Diretoria. Mais uma vez a maciça participação de São Paulo foi fundamental. Devemos destacar o competente trabalho da Comissão Eleitoral, presidida pelo ECBC Orlando Marques Vieira.

A mudança estatutária de 2011 retirou a obrigatoriedade de ser o 2º Vice-presidente do maior Capítulo, atualmente o de São Paulo. Apesar da possibilidade, mantivemos esse cargo com um paulista reconhecendo a importância do Estado na direção da Instituição.

O nome "Inovação" foi atribuído à chapa pela necessidade da criação de novos mecanismos de obtenção das nossas principais missões: reciclagem médica, educação continuada e aperfeiçoamento do ensino da cirurgia. Continuaremos a modernização da Diretoria anterior com inovação. Continuidade, mas sem continuísmo.

Os avanços tecnológicos das comunicações e a facilidade na obtenção de informações com apenas um clique devem ser utilizadas amplamente por instituições de prestígio para divulgação do conhecimento qualificado. A fonte confiável continua sendo um fator limitante da reciclagem por internet, a qual diariamente acumula conceitos inadequados. As redes sociais já

são uma realidade na aproximação dos Membros. Essa ferramenta, associada a aplicativos específicos, deverão apresentar um crescimento explosivo nos próximos anos.

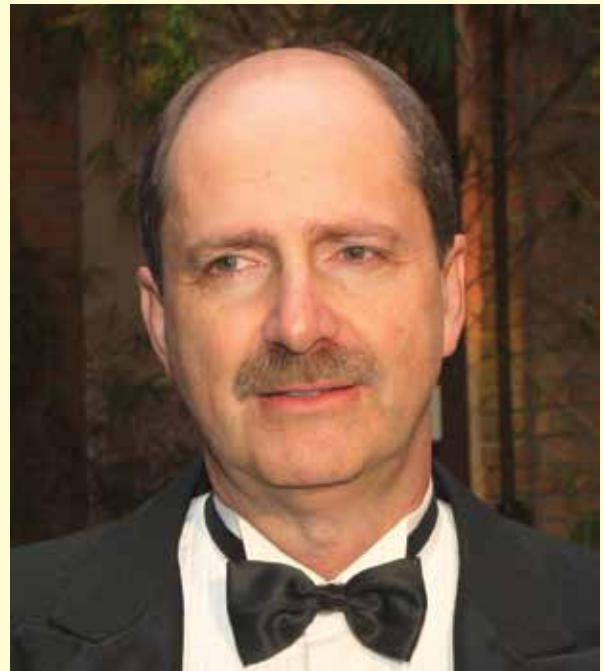
Nossa sociedade também ampliará seu importante papel na representação de seus integrantes, em parceria com a Associação Médica Brasileira, na defesa dos interesses da profissão médica. A conscientização e a mobilização são nossas aliadas no acompanhamento do desempenho do poder público nos assuntos relativos ao universo da cirurgia.

O Colégio Brasileiro de Cirurgiões representa uma parte da atividade do cirurgião brasileiro, pois sempre proporcionou oportunidade educacional, reconhecimento profissional e constituiu-se no foro adequado para discussões científicas e de defesa profissional.

A cirurgia brasileira precisa de uma forte sociedade de especialidade para a sua legítima representação. Essa grandeza vem sendo construída há décadas com ações objetivas, baseadas nos mais nobres valores.

O necessário crescimento do CBC passa obrigatoriamente pelo fortalecimento dos Capítulos e de suas Regionais. O Diretório Nacional trabalhará para atingir em excelência suas metas, com motivação, disponibilidade e experiência.

Feliz 2016 / 2017.



Seis tragédias aeronáuticas por dia

Enis Donizetti Silva

Médico anestesista e presidente da Sociedade de Anestesiologia do Estado de São Paulo (SAESP)

A publicação do relatório “Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro”, pelo Instituto de Medicina Norte-Americano (IOM), alertou a comunidade científica e leiga para a dimensão dos riscos aos quais os pacientes internados em hospitais estão submetidos. Em outras palavras, o documento questionou o ambiente hospitalar como um local seguro para os pacientes.

Após mais de 15 anos desta publicação, as melhorias, apesar de tímidas, começam a aparecer, em grande parte decorrente da adoção de conhecimentos advindos de outras áreas de atividade. Uma delas é a aviação, onde a cultura e prática da segurança estão incorporadas ao dia a dia de todos os participantes, incluindo pilotos, comissários de bordo e passageiros.

No entanto -- e aproveitando esta comparação -- é preciso ter ciência da imensa tarefa que a área da saúde ainda precisa desenvolver para alcançar, pelo menos em parte, os patamares da aviação. Em ambos os casos, é importante lembrar, estamos falando da defesa de vidas humanas, diante de situações extremas em relação ao gerenciamento de riscos. As semelhanças, no entanto, terminam por aqui.

Temos a noção quase intuitiva dos elevados níveis de segurança na aviação. As grandes catástrofes nessa área chamam a atenção pelo número de vidas envolvidas em um só evento. Mas os índices recentes comprovam que há apenas

um óbito para cada oito milhões de decolagens. Os ganhos em termos de segurança, quando comparamos a situação atual com os dados da década de 1960, são imensos.

Porém, quando falamos de acidentes por erro humano em hospitais, o número de vítimas nos Estados Unidos corresponde a um acidente com um jato do tipo jumbo por dia (a jumbo-jet a day, na expressão dos norte-americanos). Mas a maneira quase silenciosa como este “acidente aeronáutico” ocorre a cada 24 horas faz com que o tema segurança do paciente em hospitais não receba tanta atenção de autoridades, entidades, hospitais e profissionais da área da saúde.

No Brasil, a situação é ainda mais dramática. Enquanto nos Estados Unidos o índice de óbitos decorrentes de eventos adversos corresponde a 0,4% do total de cirurgias, por aqui temos uma taxa de 2,2% -- ou 5,5 vezes acima das instituições norte-americanas. O que nos leva a deduzir que temos entre cinco e seis “tragédias aeronáuticas” diárias ocorrendo silenciosamente dentro dos hospitais do nosso país.

Recebem destaques individuais, apenas, os casos mais dramáticos, que conseguem vir à tona quando chegam à mídia e, conseqüentemente, à sociedade. Ainda assim, da mesma forma como aparecem, somem das manchetes e da nossa percepção.

Mas, apesar da complexidade e da gravidade da situação, iniciativas estão sendo implementadas individualmente por alguns hospitais: 1.) a disseminação do “timeout” em cirurgia, principalmente em hospitais com



FUNDAÇÃO PARA
SEGURANÇA
DO PACIENTE



certificação de qualidade, com uma lista definida de itens a serem checados, antes do início dos procedimentos; 2.) o treinamento em ambiente de simulação realística; 3.) sistemas de relatos de eventos adversos locais, desenvolvidos por entidades de classe; e 4.) a incorporação de código de barras em medicamentos injetáveis.

O Brasil começa, também, a adotar uma agenda propositiva e positiva, com o objetivo de debater o problema na busca de solução efetiva. Cresce a percepção de que precisamos fugir da atitude simplista representada pela punição individual se quisermos avançar em uma discussão mais aprofundada e resolutiva sobre as causas dos incidentes -- e sobre como combatê-las.

Um exemplo é a Fundação para a Segurança do Paciente, uma instituição que surge da união de autoridades, entidades médicas, representantes da sociedade civil, das vítimas de Eventos Adversos e seus familiares. O grupo nasce com a missão de servir de fórum de participação de todos os interessados, para discutir e implementar ações que possam resultar em melhoria na segurança do paciente.

Recentemente, em outubro deste ano, fechamos parceria com a Sociedade Americana de Anestesiologistas (ASA) para iniciarmos uma ação focada no combate a mortalidade dos doentes cirúrgicos, e zerar o índice em dez anos.

Para tanto, continuaremos atuando em outras frentes buscando ampliar o conhecimento e a transparência em relação aos Eventos Adversos. Uma delas é incentivar os profissionais da saúde a relatarem – sob sigilo – ocorrências antes, durante e após as cirurgias no Sistema de Relato de Incidentes em Anestesia (SRIA), o primeiro aplicativo para celular, para o registro dessas ocorrências.

Chegou a hora de darmos os primeiros passos: trazer o tema para discussão e implementar a Cultura da Segurança do Paciente, para que as tragédias hoje vividas nos hospitais sejam em número cada vez menor



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.

Lembramos que a monografia, exigida como requisito, será dispensada para os candidatos com Mestrado, Doutorado ou Título de Especialista do CBC ou das sociedades conveniadas.

O papel atual da videolaparoscopia na doença

TCBC Rogério Saad-Hossne

Faculdade de Medicina de Botucatu –
Universidade Estadual Paulista UNESP

Paulo Gustavo Kotze

Pontifícia Universidade Católica do Paraná – PUCPR

Desde a sua introdução no arsenal terapêutico cirúrgico no início da década de 80, a videolaparoscopia (VLP) tem evoluindo, tanto no que tange os aspectos tecnológicos, como nas inovações e desenvolvimento de novas modalidades técnicas, tais como single port, NOTES, NOSE, TEM e a cirurgia robótica, todas denominadas de cirurgias minimamente invasiva (CMI).

Ao longo das últimas décadas, as adaptações e as indicações das cirurgias minimamente invasivas tem-se modificado e sido adaptadas às necessidades do cirurgião, do paciente e da patologia cirúrgica em questão.

Quando analisamos as doenças inflamatórias intestinais (DII), especificamente a Doença de Crohn (DC) e a retocolite ulcerativa (RCU), notamos um aumento exponencial nas indicações cirúrgicas pelas técnicas minimamente invasivas, em especial a VLP, Single Port e TEM, com benefícios que suplantam apenas os aspectos cosméticos, tais como menor incidência de aderências, melhor e mais rápida recuperação, melhores taxas de fertilidade entre outros.

1. Indicação na urgência e emergência - Doença de Crohn e retocolite

Na DC, as principais indicações cirúrgicas de urgência são a ileíte, abscessos abdominais, obstruções e perfurações livres, sendo que todas podem, a princípio, serem avaliadas e realizadas por VLP; porém, dentre elas destaca-se, pela frequência e importância, a ileíte.

A manifestação da mesma por ser muita vez idêntica à apendicite aguda, isso faz com que a VLP tenha um importante papel na decisão terapêutica por proporcionar uma correta e adequada análise tanto da região apendicular como do próprio íleo distal. A visualização do apêndice normal e a presença da ileíte, favorece a conduta clínica inicial da DC, evitando a apendicetomia, desnecessária neste momento, sendo que nos casos de laparotomia, tal conduta seria de difícil decisão intra-operatória.



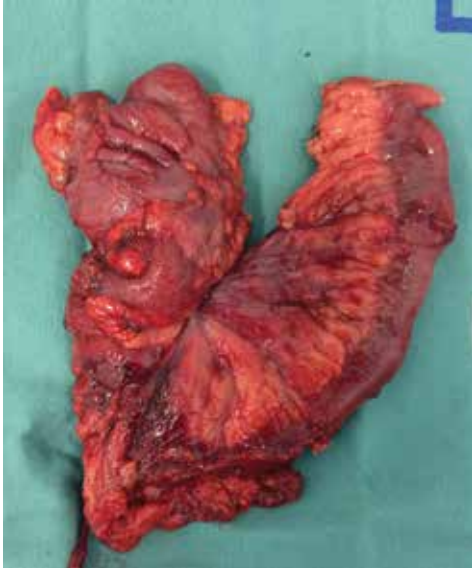
Aspectos intraoperatórios de doente portadora de Doença de Crohn estenosante em íleo terminal operada por videolaparoscopia

Todos os trabalhos analisados neste revisão, ponderam alguns aspectos sobre a VPL da DC na urgência: a dificuldade de tomada de condutas em cirurgias de urgência, a experiência do cirurgião tanto em DII como em VLP e a dificuldade na realização da mesma em hospitais secundários e Unidades de urgência. Portanto, a realização da VLP na DC na urgência e a tomada de decisões, sempre que possível, deverá ser feita por cirurgiões com experiência em VP e DII.

2. Indicações nas cirurgia eletivas - Doença de Crohn

Na DC as principais indicações para o tratamento cirúrgico eletivo são: estenoses (delgado ou colon) e a presença de fistulas (internas ou enterocutâneas), além da intratibilidade clínica e manifestações extra intestinais. Os principais benefícios seriam: diminuição

a inflamatória intestinal - Revisão da literatura



Peça cirúrgica e aspecto da incisão operatória em doente portadora de Doença de Crohn estenosante estenosante em íleo terminal operada por videolaparoscopia

das aderências, retorno precoce da função intestinal, diminuição tempo hospitalização, diminuição nas taxas de morbidade, recuperação mais precoce e o aspecto estético (jovens/mulheres).

3. Indicações nas cirurgia eletivas - Retocolite

Na RCU, as principais indicações cirúrgicas eletivas são: intratabilidade clínica, manifestações extra-intestinais e malignização. As principais vantagens quando comparadas a laparotomia seriam: menor tempo de internação hospitalar, menores taxas de complicações pós operatórias, menor formação de aderência e maiores taxas de fertilidade. Diferentemente da DC, cuja variedade de manifestações e complicações dificultam uma análise mais homogênea, na RCU o tratamento cirúrgico adotado como padrão ouro é a proctocolectomia total com reservatório ileal, sendo que a única variável, em geral, é o número de estágios adotados após a proctocolectomia (1, 2 ou 3).

Podemos concluir pela análise dos principais artigos de revisão que o papel atual da videolaparoscopia na doença inflamatória intestinal tem-se destacado, sendo que em centros de referência é a via de acesso de eleição, que quando bem indicada e em mãos de cirurgiões experientes, acrescentam um grande benefício a curto e longo prazo para os pacientes portadores de DII.

Bibliografia:

1. Dignass G, Van Assche J, Lindsay J, O. L., Lémann, M., Söderholm, J.F., Colombel, S., Danese, A., D'Hoore, M., Gassull, F., Gomollón, D.W., Hommes, P., Michetti, C., O'Morain, T., Öresland, A., Windsor, E.F., Stange, S.P.L., Travis. The second European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management. *Journal of Crohn's and Colitis* (2010) 4, 28–62
2. Tilney HS, V. A. Constantinides, A. G. Heriot, M. Nicolaou, T. Athanasiou, P. Ziprin, A. W. Darzi, P. P. Tekkis. Comparison of laparoscopic and open ileocecal resection for Crohn's disease: a metaanalysis. *Surg Endosc* (2006) 20: 1036–1044.
3. Lim JY, Joseph Kim, Scott Q Nguyen Laparoscopic surgery in the management of Crohn's disease. *World J Gastrointest Pathophysiol* 2014 August 15; 5(3): 200-204.
4. Maggiori, L. & Panis, Y. Surgical management of IBD—from an open to a laparoscopic approach. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 10, 297–306 (2013).
5. Maggiori, L. & Panis. Laparoscopy in Crohn's disease. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 28 (2014) 183–194.
6. Patel SV, Sanjay VB Patel1, Sreeram V Ramagopalan2,3,4 and Michael C Ott1Laparoscopic surgery for Crohn's disease: a meta-analysis of perioperative complica-

tions and long term outcomes compared with open surgery. *BMC Surgery* 2013, 1-14.

7. Neumann PA & E. J. M. Rijcken & M. Bruewer Current status of laparoscopic surgery for patients with Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* (2013) 28:599–610 .

8. Antonino Spinelli,¹ Matteo Sacchi,¹ Piero Bazzi,¹ Nicoletta Leone,¹ Silvio Danese,² and Marco Montorsi¹ Laparoscopic Surgery for Recurrent Crohn's Disease. *Gastroenterology Research and Practice* Volume 2012, 1-6.

9. Anna E. Page, , Shikha G. Sashittal, Nikolaos A. Chatzizacharias, and R. Justin Davies. The Role of Laparoscopic Surgery in the Management of Children and Adolescents With Inflammatory Bowel Disease. *Medicine* Volume 94, Number 21, May 2015.

10. Paulo Gustavo Kotze*, Vinícius Rezende Abou-Rejaile, Ivan Folchini de Barcelos, Juliana Ferreira Martins, Eron Fábio Miranda, Juliana Gonçalves Rocha, Lorete Maria da Silva Kotz. Complications after intestinal resection in Crohn's disease: laparoscopic versus conventional approach. *J.Col.* 2013;33(3):139–144

11. Tom Øresland*, Willem A. Bemelman, Gianluca M. Sampietro, Antonino Spinelli, Alastair Windsor, Marc Ferrante, Philippe Marteau, Oded Zmora, Paulo Gustavo Kotze, Eloy Espin-Basany, Emmanuel Tiret, Giuseppe Sica, Yves Panis, Arne E. Faerden, Livia Biancone, Imerio Angriman, Zuzana Serclova, Anthony de Buck van Overstraeten,

Paolo Gionchetti, Laurents Stassen, Janindra Warusavitarne Michel Adamina, Axel Dignass, Rami Eliakim, Fernando Magro, André D'Hoore. European evidence based consensus on surgery for ulcerative colitis. *Journal of Crohn's and Colitis*, 2015, 4–25.

12. Ahmed Ali U, Keus F, Heikens JT, Bemelman WA, Berdah SV, Gooszen HG, van Laarhoven CJHM. Open versus laparoscopic (assisted) ileo pouch anal anastomosis for ulcerative colitis and familial adenomatous polyposis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD006267.

13. Christianne J. Buskens, Saloomeh Sahami, Pieter J. Tanis., Willem A. Bemelm. The potential benefits and disadvantages of laparoscopic surgery for ulcerative colitis: A review of current evidence. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 28 (2014) 19–27.

14. Keisuke Hata, Shinsuke Kazama, Hiroaki Nozawa, Kazushige Kawai, Tomomichi Kiyomatsu, Junichiro Tanaka, Toshiaki Tanaka, Takeshi Nishikawa, Hironori Yamaguchi Laparoscopic surgery for ulcerative colitis: a review of the literature *Surgery Today* August 2015, Volume 45, Issue 8, pp 933-938.

15. Jennifer Holder-Murray, Priscilla Marsicovetere, and Stefan D. Holubar. Minimally Invasive Surgery for Inflammatory Bowel Disease. *Inflamm Bowel Dis* 2015;21:1443–1458



XXXII CONGRESSO BRASILEIRO DE
CIRURGIA SÃO PAULO
 2017

Clube Benedicto Montenegro

TCBC Paulo Mauricio Chagas Bruno

Criado em 2008, pelo então mestre TCBC Gaspar de Jesus Lopes Filho, o Clube Benedicto Montenegro é um evento itinerante que tem como finalidade fortalecer a presença do CBC/SP no interior paulista através de suas regionais. O evento promove atualização médica de qualidade levando em conta as prioridades regionais e tendo como objetivo levar expoentes da medicina nacional, nas áreas relacionadas a clínica cirúrgica, para as cidades do interior de São Paulo com o intuito de aprimorar o conhecimento de seus membros. O CBC/SP acredita que o deslocamento de médicos para cursos e congresso cria dificuldades, pois é necessário que o profissional arque com custos de estadia, inscrição, deslocamentos e cancelamento de suas atividades por período indeterminado, e, baseado nesta premissa, o Capítulo de São Paulo crê que o racional é a inversão desta lógica, onde o especialista da matéria desejada pela regional, seja deslocado até o interior e promova a atualização em loco.

O nome de Clube Benedicto Montenegro foi escolhido por ser o Prof. Dr. Benedicto Augusto de Freitas Montenegro o primeiro Mestre de Capítulo fora do Rio de Janeiro (eleito em 6 de novembro de 1941) e por ser uma das grandes expressões da medicina paulistana. Parafraseando o grande mestre cebeciano professor doutor Renato Pacheco Filho (ex-presidente nacional– 1955/1973/1980) “qualquer instituição deve caminhar para a frente, sem se descuidar da sua história. O progresso é consequência do que foi realizado no passado”. Esta citação nos faz sentir orgulho de pertencermos a maior associação cirúrgica da América Latina fundada em 30 de julho de 1929 no antigo Hospital da Cruz Vermelha Brasileira na cidade do Rio de Janeiro. Honrar e homenagear os que nos precederam sempre foi uma premissa do CBC. O professor Benedicto Augusto de Freitas Montenegro nasceu em 7 de abril de 1888 e faleceu em 22 de agosto

de 1979. Formou-se em Medicina pela Universidade da Pensilvânia em 16 de junho de 1909, só retornando ao Brasil após seu curso de especialização em 1911. Teve seu diploma médico revalidado pela Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro. Começou trabalhando na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, onde alcançou notoriedade por sua competência como cirurgião. Posteriormente foi convidado para integrar o corpo docente da Faculdade de Medicina de São Paulo, como operador da Cátedra de Anatomia Descritiva, Anatomia Topográfica, Operações e Aparelhos e finalmente, catedrático de Técnica Cirúrgica, Cirurgia Experimental e de Clínica Cirúrgica. Foi, também, diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Hospital das Clínicas.

Teve uma das três maiores clínicas do mundo e em 20 anos operou mais de três mil estômagos, sendo o primeiro cirurgião a realizar, na América Latina em 1923, a primeira gastrectomia com êxito completo. Na década de 1960, participou da implantação da Faculdade de Medicina de Taubaté. O professor sempre foi ligado ao ensino médico e a formação de qualidade na medicina e por esta razão nada mais justo que núcleo de aprimoramento receba seu nome.

O Capítulo de São Paulo através de um coordenador específico para o Clube e de sua secretaria estabeleceu as seguintes ações:

organizar em conjunto com o vice mestre da Regional os temas de interesse ou sugerir temas de atualização, fazer os convites dos especialistas, elaborar os folders e cartazes, organizar o transporte e estadia, elaborar e entregar os certificados e financiar junto com parceiros os custos. Apesar de ter suas atividades iniciadas em 2008 apenas em 2012 é que o clube foi totalmente estruturado e em 2013 apresentou 766 inscritos, em 2014 com 952 e em 2015 com 2200 participantes. Romper paradigmas é tarefa difícil e árdua, porem acreditamos que o CBC/SP tem cumprido seu compromisso de qualificação e atualização de seus membros.





E agora José?

Escultura de Carlos Drummond de Andrade na praia de Copacabana no Rio de Janeiro

TCBC Tarcisio Triviño

Durante muitos anos em minhas atividades médicas, universitárias e para muitos alunos do curso médico, também de orientador vocacional, me vi consultado por esses jovens em busca de uma definição profissional.

A todos respondia, sem vacilar, o que deveriam fazer ao término do curso médico.

- Façam residência ou especialização, mantenham-se vinculados à universidade para que estejam sempre atualizados e façam um concurso público para terem uma garantia financeira. "Abram" um consultório onde poderão exercer a medicina que imagino ser a ideal, exigindo, sobretudo, cumplicidade de vocês.

Façamos uma reflexão sobre esse passado e sua evolução!

Nos anos 60, egressos do curso de médico, dedicavam-se à complementação de seus estudos em programas de Residência Médica, clínica ou cirúrgica, bem como a cursos de especialização.

Em três anos, no máximo, estavam aptos a praticar a nobre arte, num mercado de trabalho não apenas amplo, como receptivo e minimamente digno e respeitoso.

Um bom profissional formava-se em nove anos, seis de graduação e três de complementação.

Estes profissionais eram destinados à atenção à saúde, com particular exercício na clínica, na cirurgia, na obstetrícia, na pediatria e na ortopedia.

E agora, José?
A festa acabou,
a luz apagou,
a noite esfriou,
e agora, José?
e agora você?

-
-
-
-

que fuja a galope,
você marcha, José!
José, para onde?

Carlos Drummond de Andrade.

Hoje, os egressos do curso médico, praticamente todos, tem a sua disposição, e de uma forma quase obrigatória, Residência Médica, agora com duração média de cinco e até seis anos.

Por razões amplamente discutíveis, eles são direcionados, de forma quase impositiva, aos cursos de pós-

-graduação, mestrado com duração de cerca de três anos e doutorado com duração de quatro e até cinco anos.

Este profissional demanda para sua formação até 19 anos e não raramente complementa-a com um pós-doutorado, em nosso país ou no exterior, para então ser considerado apto pelo mercado.

E para onde são esses jovens, já não tão jovens?!

Um grupo, não desprezível, matricula-se em cursos de administração, seja hospitalar, seja mais abrangente; outros ingressam em faculdades de direito, curso de informática, marketing e no mais cobiçado de todos, o MBA.

Ora, os nossos jovens médicos travestem-se de administradores, gestores, economistas e advogados.

Alguns, e não são poucos, optam pela carreira política, seja universitária e, particularmente, a tão respeitada executiva ou legislativa.

Surgem então os vereadores, deputados, senadores, prefeitos, governadores, secretários de município e estado e, por que não, presidentes da república?

Vinte anos para formar um profissional da saúde que tudo fará, menos cuidar da saúde do povo que, com seus impostos e contribuições, investiu em sua formação, sabidamente das mais onerosas.

Seria leviano se não me referisse aos “empresários” da medicina que não apenas não cuidam dos doentes como deles se servem, se enriquecem com esse “sacerdócio”, locupletarem-se, financeira e socialmente, tornando-se milionários e motivo de elogios da mídia inescrupulosa.

Não raro, descapitalizam suas empresas, levam-nas à falência, deixando desassistidos milhares de brasileiros, enganados, iludidos, lesados por um sistema pré-pago, e que, subitamente, se vem sem direitos e sem assistência ao seu maior bem, a “vida”.

Aos que conservaram seus ideais dos bancos universitários restam às oportunidades de trabalho em condições precárias, desrespeitosas, as vezes sub-humanas, mal remuneradas e explorados pelo “Sistema” privado ou estatal.

Resultado, faltam no mercado médicos, notadamente clínicos e , de forma alarmante, pediatras.

Mas, graças a Deus, como dizem nossos governantes, existem os médicos estrangeiros, notadamente os cubanos, aos milhares, que, bem preparados, se submetem a um regime de trabalho escravo, se não assistencial, pelo menos político.

E, volto a perguntar, onde estão nossos superdoutores?

É verdade! A medicina, aquela arte para a qual foram preparados, aquele exercício prazerosos de dar-se e também receber dignamente, esgota-se a olhar vistos.

O médico perdeu o entusiasmo, o prazer, o desejo de participação social, para entregar-se à empresas de saúde, à atividades outras que não o cuidado de seus pares, do ser humano.

Os leitores hão de me questionar por apresentar um panorama tão cinzento e sem perspectivas, e sequer sugerir uma solução.

Eu, como tantos outros, as temos. Nossos dirigentes, gestores e políticos também as tem.

Faltam coragem, decência, vergonha, comprometimento, envolvimento, responsabilidade e honestidade no cuidado do bem público e, atualmente, também do privado.

Verbas existem, e não são poucas. Apenas mal gerenciada, mal administradas e o mais triste, direcionadas para fins escusos.

Mas Medicina é cara, não há sistema financeiro que suporte.

Dizia o Prof. Dr. David Rosenberg:

- A Medicina mais barata, é a Medicina bem-feita”.

Talvez esteja ai o alicerce para a construção de uma nova assistência á saúde do povo brasileiro.

Talvez esteja ai a oportunidade para os novos “Josés”.

-
-
-

E agora, José?

A festa acabou.

Você quer ser médico?

Ou ...?

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 essencialmente 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



Curso de Endoscopia Intervencionista Gastrointestinal IRCAD

Datas: 03 e 04 de março de 2016

Local: Ircard - América Latica - Rua Antenor Duarte Villela, nº 1650 - Barretos/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

Curso Anual de Cirurgia de Urgência 2016

Datas: 30/04, 21/05, 18/06, 16/07, 06/08, 03/09, 29/10 e 19/11

Local: Instituto Sírio Libanês - São Paulo/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

Curso Continuado de Cirurgia Geral 2016

Datas: 19/03, 30/04, 21/05, 25/06, 30/07, 27/08, 24/09 e 29/10

Local: Associação Paulista de Medicina - São Paulo/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

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

Datas: 20 a 23 abril de 2016

Local: WTC Sheraton Hotel – São Paulo – SP

Informações: www.ihpba2016.com

JOPADDI 2016

Datas: 07 a 09 de abril de 2016

Local: Hotel JP – Ribeirão Preto/SP

Informações: www.cbccsp.org.br



IHPBA 2016 • SÃO PAULO

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

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