



XXX Congresso Brasileiro de Cirurgia
terá 15 convidados estrangeiros e parceria com entidades internacionais

Página 3

Seção Científica:
“Atendimento ao politraumatizado: nós estamos preparados?”

Páginas 6 a 9



Clube Benedicto Montenegro terá 14 eventos em 11 diferentes regionais

Página 2

Inscrições para o Prêmio Daher Cutait terminam em 20 de junho

Página 5

Defesa Profissional: “Existem perspectivas de valorização dos honorários médicos?”

Página 10



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 Claudio José Caldas Bresciani

Vice-Mestre:

TCBC Sidney Roberto Nadal

1º Secretário:

TCBC Ramiro Colleoni Neto

2º Secretário:

TCBC Rogerio Saad Hossne

1º Tesoureiro:

TCBC Elias Jirjoss Ilias

2º Tesoureiro:

TCBC Carlos Eduardo Jacob

DEPRO: TCBC Luiz Roberto Lopes

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

Ano XV – Nº 56 – março de 2013

Diretor responsável:

TCBC Ramiro Colleoni Neto (2008-2013)

Organização e Projeto Gráfico:

Doc Press (11) 5533-8781

Jornalista Responsável:

Anadi Luchetti – MTb 34.161

Diagramação:

Alexandre P. Campos Fº

Impressão:

PPG Gráfica e Editora Ltda.

Tiragem:

3.000 exemplares

Notas:

As matérias assinadas são de inteira
 responsabilidade dos autores.

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

Atividades do Capítulo de São Paulo na Capital e no interior do estado

Prezados amigos CBCenos do Estado de São Paulo, Este ano de 2013 é o ano de atividades científicas do Capítulo principalmente no interior de São Paulo. Foram programados e estão confirmados um número expressivo de eventos: 14 em 11 diferentes regionais. Estes encontros são conhecidos com Clube Benedicto Montenegro o qual foi criado em 2008 pelo então mestre TCBC Gaspar de Jesus Lopes Filho, com o objetivo de interiorizar o Capítulo de São Paulo. Em nossa gestão, o TCBC Paulo Maurício Chagas Bruno foi designado coordenador das regionais do Capítulo de São Paulo e tem realizado valioso serviço junto às regionais para proceder a sua regularização bem como para estimular e apoiar as diretorias locais na organização dos eventos. Os vice-mestres das várias regionais e seus diretores realizaram a programação que tenho certeza agrada aos participantes tanto pela presença de palestrantes de alto nível como pela riqueza do temário a ser abordado. A maioria das regionais do CBC-SP está agora regularizada e as demais em processo de regularização, isto é, possuem diretoria ou delegado responsável pela regional. Assim como o Capítulo de São Paulo do CBC as nossas regionais estão capitalizadas e, portanto, aptas a realizar as programações científicas com o apoio desta diretoria, porém de forma absolutamente autônoma.

Na Capital a programação científica principal é o Curso Continuo, organizado nesta gestão pelo TCBC Elias Jirjoss Ilias, que foi criado em 2006 pelo então Mestre, TCBC Paulo Roberto Corsi. As reuniões são mensais e ocorrem na sede da Associação Paulista de Medicina e conta com grande frequência de público. Os debates têm sido muito elucidativos e têm certamente contribuído para o enriquecimento médico de cada participante.

Este ano será realizado o Congresso Brasileiro de Cirurgia, encontro científico maior do CBC e será realizado de 18 a 22 de agosto, no Rio de Janeiro.

Convido todos a participar das atividades de nosso capítulo assim como do nosso Congresso Brasileiro de Cirurgia 2013.

TCBC Cláudio Bresciani

Mestre do Capítulo de São Paulo

XXX Congresso Brasileiro de Cirurgia Rio de Janeiro 2013

TCBC Armando de Oliveira e Silva

Presidente do Congresso

TCBC José Reinan Ramos

Coordenador Geral

TCBC Fernando Cesar David Silva

Presidente da Comissão Científica

O Colégio Brasileiro de Cirurgias promoverá o XXX Congresso Brasileiro de Cirurgia a ser realizado, na cidade do Rio de Janeiro, de 18 a 22 de agosto, no Centro de Convenções Rio Centro.

O presidente do CBC e do Congresso, TCBC Armando de Oliveira e Silva, o ex-presidente do CBC e coordenador geral, TCBC José Reinan Ramos, e o 1º vice-presidente da Instituição e presidente da Comissão Científica, TCBC Fernando Cesar David Silva, estão envidando todos os esforços para que o evento possa proporcionar aos congressistas a oportunidade de atualizar e agregar novos conhecimentos em cirurgia.

A Comissão Científica conta com a participação dos diretores de Seções Especializadas do Núcleo Central e das Comissões do CBC na programação científica que está bastante diversificada, no intuito de atender aos interessados em cada área da cirurgia.

A organização do evento já recebeu confirmação de 15 convidados estrangeiros que terão participação em 31 conferências e outras atividades como mesas redondas, cursos, simpósios e workshops.

As sociedades e entidades parceiras como o American College of Surgery, Federación Latino Americana de Cirurgia, IRCAD, American Hernia Society, Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado, Sociedade Brasileira de Videolaparoscopia, Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica e Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica ficaram responsáveis por 8 mesas redondas especiais.

A composição da grade científica será de 46 mesas redondas, 6 workshops, 12 painéis interativos, 6 mesas de consensos, 6 mesas de debates, 3 mesas de vídeos e 3 mesas de cirurgias baseadas em evidências. Os simpósios de especialidades como o de Urologia, Coloproctologia, Cirurgia Torácica, Mastologia e Ginecologia e os cursos de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, Videolaparoscopia e Robótica,

Trauma, Hérnia e Cirurgia Oncológica serão realizados em 18 de agosto.

Lembramos que o XXVIII Fórum de Pesquisa em Cirurgia do CBC será realizado durante o congresso.

Dos trabalhos científicos inscritos, as comissões selecionarão 650 temas livres, 130 vídeos livres e 1500 pôsteres onde serão premiados os três melhores trabalhos de cada modalidade.

Convidamos a todos para participar da trisésima edição do Congresso Brasileiro de Cirurgias para que possam aproveitar das atividades científicas, quando será também uma oportunidade de confraternização com os amigos e de usufruir das atrações turísticas da cidade do Rio de Janeiro.



Faleceu em 14 de novembro de 2012, aos 69 anos, o **TCBC Maurício Mesquita Sabino-de-Freitas**. Graduado pela Faculdade de Medicina Federal do Triângulo Mineiro (1971) desenvolveu sua formação profissional e acadêmica na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo onde era Professor Doutor e Chefe do Setor de Uroginecologia, Cirurgia Ginecológica e Reconstrutiva Pélvica do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.

Faleceu no dia 31 de dezembro de 2012, aos 74 anos, o **ECBC Alberto Rossetti Ferraz**. Graduado na UFRJ em 1964, foi residente no Departamento de Cirurgia do HC da FMUSP onde tornou-se doutor e professor livre-docente. Foi Professor Titular de Cirurgia de Cabeça e Pescoço da FMUSP (1986-2009) e presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço (1981-1983).

Faleceu no dia 06 de fevereiro de 2013, aos 57 anos, o **TCBC Daniel Chalela Junior**. Graduado pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto em 1979, exerceu a especialidade de Cirurgia do Aparelho Digestivo dedicando-se especialmente à Cirurgia Bariátrica e foi vice-mestre da Regional Noroeste do Capítulo de São Paulo do CBC.

O Prêmio Alexis Carrel foi outorgado ao **TCBC Fausto Miranda Junior** pela sua contribuição em 2012 nas atividades científicas e institucionais da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vasculiar – Regional São Paulo.

O **ECBC Dario Birolini** e o **ECBC Silvano Raia** foram contemplados, no dia 01 de fevereiro, professores da Instituição com a **Medalha Institucional do Centenário**, criada com a finalidade de agradecer aqueles que contribuíram de modo excepcional e decisivo para a valorização institucional, cultural, social e acadêmica da FMUSP. A solenidade integrou os eventos comemorativos dos 100 anos dessa Faculdade.

O **TCBC Carlos Eduardo Domene** (1º vice-presidente) e o **TCBC Alexander Charles Morrel** (vice-presidente-sudeste) integram a Diretoria Executiva da **Sociedade Brasileira de Videocirurgia** (Sobracil) para o biênio 2013-2014, empossada no dia 27 de fevereiro de 2013.

O **TCBC Helio Begliomini** recebeu no dia 15 de março o prêmio de primeiro lugar no Concurso Nacional de Contos da Associação Médica Brasileira.



No dia 09 de março, na Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), foi realizada **Reunião do Clube Benedicto Montenegro**. O evento foi organizado pelo **TCBC Dino Cesar Motta**, vice-mestre da regional Ribeirão Preto e apoiado pela Liga de Medicina Intensiva, Trauma e Emergências da FMRP-USP e contou com as exposições do **TCBC Edvaldo Utyama**, do Dr. Celso Ardengh, do **TCBC Luis Arnaldo Szutan** e do Dr. Guilherme Cutait e a participação dos debatedores: **TCBC Orlando Castro e Silva Júnior**, **TCBC José Sebastião dos Santos**, Dr. Omar Feres, Dr. José Joaquim Ribeiro, Dr. Rafael Kemp, Dr. José Eduardo Brunaldi, Dr. Enio David Mente, **TCBC Gerson Alves Pereira Júnior** e **ACBC Maurício Godinho**.

An advertisement for Associação Cruz Verde. It features a central image of a young girl in a wheelchair. The text is in Portuguese and provides information about the organization's services and how to donate. The background is decorated with colorful handprints.

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

Faça parte dessa história!

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

Dr. Daher Cutait e Prêmio Dr. Daher Cutait

ECBC Eugênio Ferreira

Há alguns anos o Capítulo de São Paulo decidiu instituir um prêmio visando prestigiar e incentivar um jovem cirurgião conferindo-lhe uma láurea que traduzisse o reconhecimento de seus méritos e de seus esforços, marcando uma etapa de sua formação e de outro para proceder a uma singela homenagem a um dos mais notáveis cirurgiões de nosso tempo.

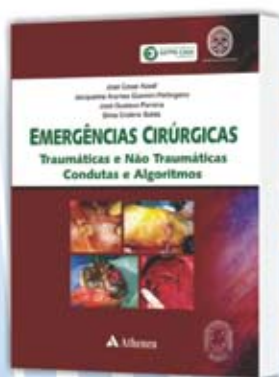
Daher estudou na Faculdade de Medicina da USP e optou por ser cirurgião trabalhando na enfermaria liderada pelo professor Benedicto Montenegro. Desde o princípio destacou-se pela dedicação ao trabalho e pelo empenho na assistência aos doentes. Visando aprimorar sua formação, foi para os Estados Unidos cumprindo um período de estágio na Universidade de Michigan. Na volta continuou sua atuação junto ao Hospital das Clínicas e à Faculdade de Medicina da USP, implantando o setor de Coloproctologia. Tornou-se o líder natural desta especialidade cirúrgica. A afabilidade, sociabilidade e dinamismo, traços marcantes de sua personalidade fizeram com que exercesse influência tornando-se verdadeiro patrono de serviços de Coloproctologia espalhados por diversos rincões da país. Dedicou-se com afinco ao CBC tendo sido Mestre do Capítulo de São Paulo e Presidente do Diretório Nacional. Paralelamente a vida universitária e associativa, por sua competência como Cirurgião Geral e de sua dedicação aos doentes, tornou-se um dos mais destacados cirurgiões de sua geração. Mercê da confiança dos doentes o Dr. Daher tornou-se um verdadeiro xamã, existindo passagens pitorescas desta relação com seus clientes. Tive a fortuna de trabalhar com o Dr. Daher e de merecer sua confiança. Isto permitiu que,



juntamente com alguns, então, jovens cirurgiões, contássemos com seu entusiasmo e apoio e pudéssemos implantar no Hospital Sírio-Libanês a primeira Unidade de Terapia Intensiva do nosso país. A liderança e o dinamismo do Dr. Daher foi fundamental. Usou todo seu imenso prestígio para que a UTI se tornasse uma realidade. Com toda certeza esta participação do patrono do prêmio “Jovem Cirurgião” mudou a trajetória da cirurgia paulista e brasileira e excelência passou a ser o objetivo de nossos hospitais. O centenário de Daher Cutait contempla uma grande figura humana, um grande médico e um grande homem. ■

NOTA: As inscrições para o Prêmio Daher Cutait terminam em 20 de junho. No site www.cbccsp.org.br é possível encontrar o regulamento da premiação e a lista dos vencedores nas edições anteriores.

Lançamento



O objetivo do livro é propiciar uma leitura facilitada, pela compreensão, sempre que possível, de um algoritmo comentado, servindo como um guia clínico de orientação, lembrando que, no atendimento às emergências, sempre cabem alternativas conforme o momento da avaliação, as condições institucionais e diferentes protocolos de condutas igualmente válidos, pois esta é sempre uma situação muito dinâmica. O contingente de vítimas de trauma, de abdome agudo, hemorragias digestivas e outras urgências atendidas nos pronto-socorros é cada vez maior, o que justifica um trabalho voltado a informar e ajudar no diagnóstico e na conduta nessas situações, para alunos na fase de internato, residentes e cirurgiões envolvidos no atendimento às emergências cirúrgicas.

ISBN: 9786538803249
Páginas: 192
Formato: 17,5 x 25 cm
Edição: 1ª Edição / 2012

EMERGÊNCIAS CIRÚRGICAS
Traumáticas e não Traumáticas
Condutas e Algoritmos

Serviço de atendimento ao leitor:
0800 026 7753
www.atheneu.com.br

Atheneu
A melhor da saúde

Atendimento ao politraumatizado

TCBC José Gustavo Parreira

Médico do Serviço de Emergência. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Professor Assistente. Departamento de Cirurgia. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Diretor do Departamento de Cirurgia do Trauma - Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

TCBC Paulo de Azeredo Passos Candelária

Médico do Serviço de Emergência e do Departamento de Cirurgia. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Professor Instrutor. Departamento de Cirurgia. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Coordenador do Núcleo de Ensino em Emergência e Trauma do Serviço de Emergência da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

TCBC José Cesar Assef

Diretor do Serviço de Emergência. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Professor Adjunto. Departamento de Cirurgia. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

O atendimento ao traumatizado é uma função diária de todos os médicos que trabalham em serviços de emergência e pronto-socorros. As causas externas passaram a representar a segunda causa de morte no Brasil no início da década de 1980. Em 2010, 143.256 vítimas de trauma morreram em nosso país, o que corresponde a, aproximadamente, 392 mortes por dia e 16 por hora. Houve um aumento em 21% na mortalidade por causas externas entre 2000 e 2010, que correspondem a 12,9% das mortes registradas no país). Na faixa etária de 5 a 39 anos o trauma é a causa mais frequente de mortes no Brasil. Todos nós, ou mesmo nossos parentes, somos “grupo de risco” para sofrer acidentes e, portanto, poderíamos estar na posição de vítima.

Felizmente, a maioria dos traumas não cursa com lesões graves, cabendo ao socorrista a correta avaliação clínica e pronta indicação dos exames complementares necessários. Obviamente que, nos casos em que o doente não apresente lesões graves, são pequenas as chances de falhas de tratamento. Contudo, a correta e pronta indicação dos exames complementares necessários e sua

interpretação são também parte da avaliação de qualidade no atendimento ao traumatizado. Exames desnecessários ocupam recursos humanos, limitam a disponibilidade de equipamentos e sobrecarregam os custos do atendimento, além de expor o doente a riscos desnecessários.

Já nos traumatizados com lesões complexas, pequenos deslizamentos no atendimento podem ter repercussões gravíssimas e, muitas vezes, irreversíveis.

Análise o caso abaixo:

Motociclista, gênero masculino, 30 anos de idade, é admitido após choque com carro em alta velocidade. Estava de capacete (relativamente preservado) e, na cena do trauma, apresentava os seguintes sinais vitais: Pressão Arterial Sistólica (PAS) 90 mmHg, Escala de coma de Glasgow (ECG) 14, frequência respiratória (FR) 30 ipm, frequência cardíaca (FC) 120 bpm. Observava-se desvio na coxa esquerda (MIE), com ferida local e sangramento ativo. A equipe de pré-hospitalar realizou imobilização em prancha longa, tamponamento do sangramento em MIE e posicionou o colar cervical, iniciou oxigênio sob máscara a 12 litros por minuto, iniciou reposição volêmica com Ringer lactato através de um acesso em membro superior direito e, rapidamente, trouxe o doente para o seu hospital.

Na admissão, o doente apresenta ECG de 8, PAS 90 mmHg, FC 140 bpm, FR 32 ipm e há sangramento ativo do MIE. Observa-se escoriação no terço inferior do tórax a esquerda, com diminuição do murmúrio vesicular em base. Não há dor abdominal ou sinais de trauma direto em abdome. O doente se queixa de dor a movimentação da pelve. Há instabilidade mecânica aparente na avaliação da pelve.

Responda mentalmente estas questões:

- Qual a qualificação necessária do médico a atender inicialmente este doente?
- Trata-se de um trauma grave? Quais são os sinais que indicam esta gravidade? Quais são as medidas a serem tomadas uma vez que é identificado um mecanismo grave de trauma?
- Na avaliação inicial no seu hospital, quais seriam as suas prioridades?

ado: nós estamos preparados?

- Há necessidade de via aérea definitiva já na admissão? Qual: intubação orotraqueal, nasotraqueal ou cricoti-reoidostomia? Há necessidade de sedação? E curarização? Qual droga, dose e sequência?

- Este doente está em choque? Quais as principais causas e como identifica-las na sala de emergência?

- Há medidas para hemostasia a serem realizadas na sala de emergência antes mesmo da realização de outros exames? Quais?

- Como iniciar a reposição volêmica: qual acesso? Qual solução? Qual volume? Qual temperatura?

- Há necessidade de hemoderivados? Quais e quando? Você aguarda exames complementares para decidir?

- Quais exames complementares e de imagem devem ser solicitados na sala de emergência, antes de qualquer transferência?

- Este doente precisa de avaliação por métodos de imagem para identificação de lesões em segmento cefálico, cervical, torácico, abdominal e em membros? Qual o momento? Qual o exame para cada segmento?

- O doente não se queixa de dor cervical e movimentação dos quatro membros: o colar cervical pode ser retirado?

- Há necessidade de sondagem gástrica e vesical? Há contra-indicação para estes procedimentos?

- Quais especialidades médicas deveriam ser envolvidas inicialmente?

Apesar da gravidade, este não é um caso incomum. Certamente há um caso como este sendo atendido neste momento em algum PS de nosso estado. Contudo, trata-se de um exemplo em que decisões inadequadas podem comprometer não só a vida do doente, mas também aumentar as chances de complicações e sequelas permanentes.

Atualmente, dispomos de vários cursos de curta duração que nos auxiliam a responder tais questões da melhor maneira. São geralmente aplicados em um ou dois dias, em regime de imersão total. O Advanced Trauma Life Support (ATLS), desenvolvido pelo Comitê de Trauma do Colégio Americano de Cirurgiões (ACS) é certamente o mais conhecido em nosso meio. Este curso é voltado principalmente para médicos e prioriza o atendimento por etapas (ABCDE), identificando e tratando as ameaças iminentes a vida de uma maneira organizada e sequencial. Há vários núcleos autorizados pelo Colégio Americano de Cirurgiões (CAC)

em todo o mundo, com instrutores capacitados e certificados por este órgão. Este curso atualmente tem tradução para o português, como Suporte Avançado de Vida ao Traumatizado (SAVT), tendo sido administrado em nosso país em várias oportunidades. Atualmente, alguns serviços de emergência solicitam como pré-requisito para contratação que o médico tenha sido aprovado neste curso.

A Association of Emergency Medical Technicians (Associação dos Técnicos em Emergências Médicas) em colaboração com o Comitê de Trauma do CAC desenvolveram um curso denominado Prehospital Trauma Life Support (PHTLS), que aborda basicamente a conduta no pré-hospitalar. É um curso aberto a todos os profissionais que atendem traumatizados, incluindo socorristas, enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, auxiliares, alunos, entre outros. Trata-se de uma ótima oportunidade para integrar os atendimentos pré-hospitalar e intra-hospitalar, de forma a conseguir os melhores resultados possíveis.

A Society of Trauma Nurses (Sociedade das Enfermeiras de Trauma) desenvolveu o Advanced Trauma Care for Nurses, um curso voltado apenas para enfermeiras, com propostas de identificação de problemas e solução na área específica sugerida. Esta mesma sociedade também oferece o curso TOPIC (Trauma Outcomes and Performance Improvement Course), direcionado a profissionais que procuram ferramentas para avaliar a qualidade do atendimento realizado, bem como opções para a melhora da performance neste objetivo.

Dispomos também de cursos para o desenvolvimento de habilidades cirúrgicas no tratamento ao traumatizado. O Definitive Surgical Trauma Care (DSTC), desenvolvido pela International Association for Trauma Surgery and Intensive Care (IATSIC), oferece um manual com as condutas mais aceitas no tratamento de lesões específicas em traumatizados. Os alunos têm possibilidade de treinamento prático em animais, com instrutores certificados pela sociedade. Esta mesma abordagem prática é dada pelo curso ATOM (Advanced Trauma Operative Management) e pelo Advanced Surgical Skills for Exposure in Trauma (ASSET), ambos do CAC.

A preparação para o atendimento a desastres é também alvo de alguns cursos, como o Disaster Management and Emergency Preparedness Course, do CAC, e o Advanced Disaster Medical Response, oferecido pela Sociedade

Panamericana de Trauma (SPT). Esta sociedade também é responsável pelo desenvolvimento do USET (Ultrasound in Emergency and Trauma), que ensina os passos iniciais da utilização do ultra-som como ferramenta diagnóstica para a avaliação de traumatizados. Outros cursos oferecidos pela SPT são o Basic Trauma Course (BTC), o Burn Management, o Surgical Skills in Trauma e o Trauma Quality Improvement. Há outros cursos importantes que completam o conhecimento para o atendimento ao traumatizado, como o o Fundamental Critical Care Support (FCCS), o Advanced Cardiac Life Support (ACLS) e o Total Nutritional Therapy (TNT).

Estas são apenas algumas das várias opções no mercado. O mais importante é entender que há necessidade de investimento na preparação para o atendimento ao traumatizado. Isto contribui para a diminuição na mortalidade, na morbidade, nos custos e na frequência de problemas legais relacionados. Obviamente, o curso inicial para médicos parece ser o ATLS, que confere o aprendizado básico para o atendimento inicial de traumatizados. Para os cirurgiões envolvidos, os demais cursos são recomendados, de acordo com seu envolvimento com o tema. Em nosso estado, há vários núcleos oferecendo a maioria dos cursos acima citados. Cabe a nós cirurgiões chamar a atenção para a necessidade de qualificação do profissional responsável pelo atendimento ao traumatizado.

Com o conhecimento exposto nos cursos acima citados, responderemos as questões sobre o caso:

O atendimento deste traumatizado deve ser realizado por um médico treinado e certificado por programa de residência médica reconhecida, obrigatoriamente tendo completado o curso ATLS ou similar. Qualquer médico treinado e aprovado no ATLS teria capacidade de dar o atendimento inicial a este doente. O envolvimento precoce de um cirurgião geral e de um ortopedista trariam as melhores chances para o doente.

O mecanismo de trauma é sugestivo de grande troca de energia entre o motociclista e o meio. Os sinais de hipotensão arterial na cena, bem como a taquipnéia e diminuição da ECG são indicativos da presença de lesões graves, necessidade de intervenção cirúrgica e maior mortalidade. Portanto, as medidas a serem tomadas, mesmo antes da chegada do doente, serão a preparação adequada dos materiais necessários na sala de admissão, notificação do centro cirúrgico, anestesiológico e banco de sangue da possibilidade de reanimação em sala operatória e ativação do protocolo de transfusão. Sendo o trauma uma doença

muito dinâmica, o “timing” é essencial. Por vezes o atraso na tomada de decisão determina a perda da “janela de oportunidade” para o melhor tratamento.

As prioridades definidas no curso do ATLS são uma avaliação primária intercalada com o tratamento das ameaças iminentes à vida, seguidos de uma avaliação secundária e tratamento definitivo. Na avaliação primária, segue-se o recurso mnemônico do ABCDE: desobstrução das vias aéreas com imobilização da coluna cervical (Airways), a certificação de uma ventilação adequada (Breathing), a avaliação do estado hemodinâmico, seguido da identificação do choque, suas causas e tratamento (Circulation), a avaliação neurológica (Disability) e a exposição, com controle da hipotermia (Exposure).

Em doentes com diminuição do nível de consciência, a causa mais frequente de obstrução das vias aéreas é o deslocamento posterior da base da língua, ocluindo a glote. Neste caso, no doente com ECG de 8, há indicação precisa de via aérea definitiva. A primeira escolha é sempre pela intubação orotraqueal, com manutenção do alinhamento da coluna cervical. Mesmo que não haja sinais e sintomas de uma eventual lesão raquimedular, o mecanismo de trauma grave, a diminuição do nível de consciência e a presença de lesões distrativas são contraindicações para a retirada do colar cervical. Se houver falha ou dificuldade na intubação orotraqueal, a cricotireoidostomia cirúrgica deve ser realizada sem demora. Como nosso doente está hipotenso, não é recomendado a utilização de drogas que afetem a condição hemodinâmica. O ATLS preconiza a utilização de etomidato em uma dose de 20 mg. A curarização não é obrigatória. Não se deve curarizar doentes em que são observados sinais de via aérea difícil.

Este doente está em choque. Em trauma, até se prove o contrário, o choque é secundário a hemorragia. Como o doente está hipotenso e já com diminuição do nível de consciência, podemos classificar a perda sanguínea em mais de 40% da volemia (classe IV), sendo indicada a reanimação com cristalóides aquecidos e concentrados de hemácias. Pela gravidade do caso, CH tipo O negativo deve ser solicitado prontamente.

É fundamental a identificação da fonte de hemorragia: externa, torácica (pleural), intraperitoneal, retroperitoneal e em compartimento ósseo/muscular. Podemos identificar o foco através de exame físico (fratura exposta no MIE), de radiografias de tórax (hemotórax) ou pelve (fraturas de pelve e hematomas retroperitoneais), bem como através do ultra-som (FAST – Focused Assessment Sonography



“Der verwundete mann”, ilustração de Johann Ulrich Wechtlin para o “Feldtbüch der Wundartzney” de Hans Von Gersdorff (1517).

for Trauma), um exame realizado para a identificação e líquido livre intra-peritoneal e no saco pericárdico. Uma vez identificado o foco, medidas para hemostasia devem ser tomadas o mais rápido possível. Neste caso, o alinhamento do membro inferior esquerdo, compressão da ferida com sangramento ativo e aplicação de um lençol para a imobilização da pelve. Caso o FAST for positivo e o doente permanecer instável, a laparotomia exploradora será necessária para hemostasia.

A reposição volêmica deve ser feita através de pelo menos dois acessos venosos calibrosos em membros superiores. No caso em questão, deveríamos puncionar outro acesso. A infusão inicial de cristalóides deve ser seguida de hemoderivados. Atualmente sabe-se que doentes admitidos em choque como o do caso em questão já se encontram em coagulopatia antes mesmo do início da infusão de cristalóides. Ou seja, medidas para o tratamento da coagulopatia devem ser iniciadas precocemente, como o aquecimento das soluções a serem infundidas, a limitação do uso de cristalóides isotônicos, a infusão precoce de plasma fresco, plaquetas e crioprecipitado. Há serviços que utilizam de

rotina o ácido tranexâmico, infundido até três horas do trauma. Os maiores serviços de atendimento a traumatizados têm protocolos de reanimação “hemostática” que envolvem as medidas acima citadas, com variações de acordo com as características locais.

Em doentes graves como este, a radiografia de tórax e pelve devem ser realizadas na sala de emergência, bem como o FAST e a coleta de exames laboratoriais. Os endpoints de reanimação baseiam-se nos valores de base excess e lactato sérico, sendo a coleta de gasometria arterial obrigatória na admissão.

Este doente necessita de avaliação por métodos de imagem de todos os segmentos corporais. Contudo, para a avaliação do crânio, coluna cervical, tórax e abdome, o exame necessário seria a tomografia computadorizada. Este exame só poderá ser realizado caso o doente alcance estabilidade hemodinâmica após a reposição volêmica inicial. Ou seja, neste caso, se o doente permanecer instável, deverá ter sua reanimação continuada de imediato em centro cirúrgico, onde medidas para hemostasia (fixação da fratura em MIE, pelve e eventualmente laparotomia) deverão ser realizadas. A TC deverá ser realizada tão pronto o doente estabilizar, mesmo que após o tratamento operatório.

Este doente tem indicação de sondagem nasogástrica e vesical, não havendo contraindicação no momento. O toque retal deve ser realizado. Se houver dúvida quanto a possibilidade de lesão de uretra (uretrorragia, equimose em períneo ou próstata não tocável), presente em até 10% dos doentes com fraturas pélvicas, uma uretrografia deve se realizada antes da sondagem.

Neste caso, é imprescindível a presença, já na admissão, de um cirurgião geral e um ortopedista. O caso também deve ser informado assim que possível ao anestesiológico que receberá o doente no centro cirúrgico (bem como ao grupo de enfermagem envolvido), ao neurocirurgião que deverá avaliar o doente na sala de admissão e aos profissionais da agência transfusional que será solicitada. O tempo até a hemostasia é diretamente proporcional a frequência de complicações e morte. O rápido desencadeamento das decisões deve ser prioridade. Muitas vezes a “janela de oportunidade” é pequena. É nestes casos que o treinamento e experiência mais contam.

Desta forma, cabe a reflexão: estamos preparados? Os médicos responsáveis pelo primeiro atendimento estão preparados? Os egressos de escolas médicas estão preparados? Neste exato momento, inúmeras vítimas de trauma estão sendo atendidas. Cabe a nós a cobrança.

Existem perspectivas de valorização dos honorários médicos?

Marun David Cury

Diretor adjunto de Defesa Profissional da Associação Paulista de Medicina

Caro colega cirurgião, a resposta a esta pergunta é sim. Mas, para que isso aconteça, toda a classe médica deve estar unida, participante e acreditando no movimento nacional pela valorização do médico na saúde suplementar. Em 2012, negociamos o reajuste da consulta objetivando R\$ 80,00 e, hoje, já temos várias operadoras de planos de saúde pagando este valor. Além disso, durante o ano todo, mergulhamos na CBHPM (Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos) e discutimos com os representantes de todas as empresas formas de atualizar os valores dos procedimentos, o que já vem ocorrendo em alguns casos.

Continuaremos insistindo, pois os primeiros resultados desse diálogo sinalizam que estamos no caminho certo. As negociações estão sendo retomadas em 2013 com a reivindicação de R\$ 90,00 a consulta e CBHPM plena para os procedimentos. Além do reajuste anual, buscamos a recomposição das enormes perdas acumuladas nos últimos anos.

Temos conhecimento de operadoras que almejam praticar o sistema "captation", remunerando melhor a consulta, mas exigindo que o médico opere de graça ou não opere. Outras, ainda, propõem o sistema "managed-care" (gerenciamento de custos). Por isso, é fundamental que você fique atento. NÃO assine nenhum contrato sem antes ler todas as cláusulas aten-

tamente e pedir suporte para sua entidade representativa. Caso queira, nos envie uma cópia para análise, orientação correta e notificação à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O sigilo é garantido. Contato: (11) 3188-4207 / defesa@apm.org.br. Denuncie. Faça a sua parte.

Também é fundamental observar se a minuta de contrato contém, de forma clara, o critério e a periodicidade do reajuste dos honorários médicos. Não devemos aceitar, em nenhuma hipótese, frações de índices econômicos (exemplo: 20% do IPCA), pois significam atualização irrisória. A Instrução Normativa no 49 da ANS torna esta cláusula do reajuste obrigatória nos contratos a partir de 17 de maio próximo. Não podemos perder esta oportunidade de avançar na contratualização por conta de subterfúgios, como esse, propostos pelas empresas. Quanto à periodicidade, defendemos reajuste a cada 12 meses.

Nossa pauta de reivindicações de 2013 inclui, ainda, a hierarquização dos procedimentos. Esse processo tem sido discutido na ANS e tende a ser objeto de deliberação em breve. A classe médica acredita que sua referência precisa ser a CBHPM, construída pela Associação Médica Brasileira e todas as Sociedades de Especialidade, com assessoria técnica da FIPE (Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas). O sistema de hierarquização deve se basear na realidade da prática médica, e não em interesses financeiros dos planos de saúde.

Havendo qualquer dúvida ou inquietação, nos comunique. Estamos



ao seu lado, colega cirurgião, para conseguirmos a valorização que todos nós almejamos. Não tenha medo e faça pressão sobre as operadoras com perspicácia, cobrando os reajustes acordados com a comissão de negociação de honorários. As operadoras tentam nos calar, mas não conseguirão, porque a nossa luta é legítima. Não somos cartelizados, somos sim escravizados por uma relação nociva, em que prevalece o lucro das empresas a qualquer preço.

No Dia Nacional de Alerta, 25 de abril, faremos uma grande manifestação na Avenida Paulista para denunciar os abusos dos planos de saúde. Contamos com a presença maciça dos cirurgiões. Se nos unirmos, teremos uma força muito grande nas negociações. As operadoras preconizam que a classe médica é desunida. Cabe a nós provar o contrário.

São mais de 150 benefícios para você.

Fique sócio e aproveite as vantagens que o Clube de Benefícios oferece!

Com o **club | apm** você tem descontos para passear com a família e amigos, fazer a sua viagem dos sonhos, decorar a casa, comprar seu carro zero, assistir a um bom espetáculo, cuidar da beleza e da saúde, levar uma pessoa especial para jantar, se aventurar, presentear as pessoas que ama e muito mais - com até 50% de desconto.

Cadastre-se agora mesmo no site do Clube de Benefícios www.apm.org.br/clubedebeneficios e aproveite as promoções exclusivas para associados da APM!



Criação APM

Mais informações:

Central de Relacionamento • (11) 3188 4329 / 4370 / 4579
www.apm.org.br/clubedebeneficios • clubedebeneficios@apm.org.br



Congresso Brasileiro
de Cirurgia Rio 2013

18 a 22/08/2013
Riocentro

A combinação perfeita entre
atualização, inovação
e confraternização.

Convidados internacionais

Antonio Marttos - USA
Brent Eastman - USA
Daniel Cherqui - França
David B. Hoyt - USA
Eduardo Parra-Davila - USA
Feza Remzi - USA
John Hunter - USA
Keith Kim - USA
Mark Dylewski - USA

Markus W. Büchler - Alemanha
Paul Sugarbaker - USA
Peir Cristoforo Giulianotti - USA
Philip S. Barie - USA
Philip Schauer - USA
Rene Adam - França
Robert Fitzgibbons Jr - USA
Sandro Rizoli - Canadá
Vipul Patel - USA

AGENDA

Trabalhos Científicos

19 de junho é a data limite para envio dos resumos.
Confira as regras no site do evento.

Inscrições abertas.

Descontos promocionais até maio de 2013.
Acesse o site do evento:

www.congressocbc2013.com.br

Realização



COLÉGIO BRASILEIRO
DE CIRURGIÕES

Organização

JZBRASIL

Patrocinador Diamante



Patrocinador Ouro



Patrocinador Prata



Patrocinadores Bronze





Curso Continuo de Cirurgia Geral - 2013

Datas: 27/04, 25/05, 29/06, 27/07, 31/08, 28/09 e 26/10

Local: Associação Paulista de Medicina - 9ª andar – São Paulo – SP

Informações: www.cbccsp.org.br/cbc/?pagcbc=2013programacao

31º Curso Anual de Cirurgia de Urgência - 2013

Datas: 27/04, 18/05, 15/06, 13/07, 24/08, 28/09, 26/10 e 23/11

Local: Maksoud Plaza Hotel – São Paulo – SP

Informações: www.cbccsp.org.br/cbc/?pagcbc=eve&id=64

INTERGASTRO 2013

Datas: 24 - 25 de Maio de 2013

Local: Royal Palm Resort - Campinas/SP

Informações: www.intergastro.com.br

III Jornada de Cirurgia da Santa Casa

Datas: 19 a 22 de junho de 2013

Local: Santa Casa de São Paulo

Informações: <http://www.perfectaeventos.com.br/>

XXX Congresso Brasileiro de Cirurgia

Datas: 18 a 22 de agosto de 2013

Local: Centro de Convenções Riocentro - Rio de Janeiro - RJ

Informações: www.congressocbc2013.com.br

3º JOCET - Jornada de Cirurgia de Emergência e Trauma

Datas: 03 a 05 de outubro de 2013

Local: Associação Paulista de Medicina – São Paulo – SP

Informações: www.jocet.com.br

XI Congresso da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica

Datas: 17 de Outubro de 2013

Local: Hotel Maksoud – SP

Informações: <http://www.congressosbco.com.br>

Reuniões Científicas Mensais da Regional Sorocaba do CBCSP e Departamento Científico da Sociedade Médica de Sorocaba

Datas: 30/04, 27/05, 22/06, 27/08, 24/09, 29/10 e 26/11

Local: Sociedade de Medicina de Sorocaba

Informações: (15) 3233-1465

Reuniões do Clube Benedicto Montenegro

www.cbccsp.org.br

Regional Jundiaí: 09/05

Regional Araçatuba: 11/05

Regional Campinas: 12/06

Regional Botucatu: 22/06

Regional Sorocaba: 22/06

Regional Litoral: 15 a 17/08

Regional Presidente Prudente: 10/05

Regional Noroeste Paulista: 01/10

Capítulo de São Paulo: 04 e 05/11

Congressos Internacionais - 2013

2013 ASCRS (American Society of Colon and Rectal Surgeons) Annual Meeting

27 abril - 01 maio 2013 - Phoenix, EUA

www.fascrs.org/

14th European Congress on Trauma and Emergency Surgery

04-07 maio 2013 - Lyon, França

www.estesonline.org/

10th International Gastric Cancer Congress

19-22 junho 2013 – Verona, Italia

<http://www.10igcc.com/>

American College of Surgeons 99th Annual Clinical Congress

06-10 outubro 2013 - Washington, DC, EUA

www.facs.org/