



biu



Boletim de Informações Urológicas · Nov/Dez 2017

Órgão Oficial de Informação da Sociedade Brasileira de Urologia • Secção São Paulo



PONTO DE VISTA

REPOSIÇÃO HORMONAL ANDROGÊNICA E CÂNCER DE PRÓSTATA



Entrevista

Dr. Luís Gustavo M. de Toledo,
próximo editor do BIU



Fique Sabendo

A aplicação da Acupuntura
na Urologia



Direito Médico

Cuidados médico-legais nos
procedimentos cirúrgicos





PALAVRA DO EDITOR



José Carlos Truzzi

Chego ao último número do BIU como Editor. A lembrança ainda é recente do final de 2015, quando o então eleito para Presidência da SBU-SP, professor João Luiz Amaro, me convidou para assumir como Editor-chefe o Boletim de Informações Urológicas – o BIU. Em um curto intervalo de tempo foi composto o Conselho Editorial. São aqueles momentos em que reconhecemos o verdadeiro significado da palavra amizade. Afinal de contas, abrir mão do escasso tempo diário para ajudar na elaboração das doze edições da nossa revista requer mais do que dedicação obstinada. Cada um dos membros do Conselho Editorial teve papel crítico para que conseguíssemos consolidar o objetivo maior do BIU: fazer uma revista atual, com temas de grande interesse ao urologista.

As sessões do BIU foram elaboradas não apenas para divulgar ações da gestão da SBU-SP, mas para manter a transparência plena de cada ato gerado na nossa seccional, passar a opinião de experts em temas controversos, atualizar informações sobre os serviços que preparam os futuros urologistas, informar o urologista sobre novidades de áreas não urológicas, transmitir orientação de aspectos legais, compartilhar leituras que nos confortam e atividades que atenuam o estresse cotidiano. Seria extenso em demasia listar cada uma das matérias, mas procuramos contemplar as polêmicas das várias subespecialidades urológicas sob o Ponto de Vista de renomados urologistas e não-urologistas ligados à oncologia, andrologia, pediatria, disfunções miccionais, endourologia, infecções. Fique Sabendo nos proporcionou informações fundamentais sobre nossa saúde, nosso envelhecimento, nossas finanças, as possibilidades de alçar novos horizontes na carreira médica. Buscamos entre advogados, procuradores, promotores, magistrados levar ao urologista aspectos do

Direito Médico que impactam no nosso cotidiano. Relembramos nossos grandes Mestres e os serviços formadores da Urologia brasileira. Refletimos um pouco sobre nossa fé, nossa religião, qualquer que seja. A sessão SBU e Você divulgou eventos, defesas de teses, cursos, livros. Manteve o urologista a par das finanças e das decisões da Diretoria. Viajamos através das cidades-sede dos principais eventos científicos do Calendário Urológico e conhecemos um pouco sobre os hobbies que nossos pares adotaram para ficar Sem Estresse. Não posso deixar de ressaltar o profissionalismo editorial e jornalístico da Estela e Simon, da Espaço 2, e gráfico da Zelo Gráfica. Tornamos o BIU mais profissional, com conteúdo e ilustrações contemporâneos.

Esta última edição do ano traz na Sessão Ponto de Vista, o oncologista Diogo Assed, o uro-oncologista Hamilton Zampolli e o andrologista Luís Cesar Spessoto e a polêmica da reposição hormonal em homens submetidos a prostatectomia radical. Quais os fatos concretos que pautam esta conduta controversa? Em Fique Sabendo, a ciência por trás da milenar acupuntura no texto do urologista Edson Gurfinkel. Os caminhos a seguir para aqueles que desejam conciliar os campos terapêuticos ocidentais aos da medicina chinesa clássica. Direito Médico e os Cuidados médico-legais frente a procedimentos cirúrgicos, pelo anestesista especialista em Medicina Legal, Cesar Augusto Martins Patti.

San Francisco, Califórnia, uma vez mais na costa oeste dos Estados Unidos, a programação científica e social que nos reserva o Congresso da Associação Americana de Urologia 2018.

Por fim, a paixão automobilística do urologista Wander Cunha em seus momentos Sem Estresse.

Uma ótima leitura e um excelente 2018 a todos!

José Carlos Truzzi
Editor do Biu





Boletim de Informações Urológicas • Novembro / Dezembro 2017

EXPEDIENTE

Diretoria da Sociedade Brasileira de Urologia • Secção São Paulo
Biênio 2016 / 2017

Presidente

Flavio Eduardo Trigo Rocha

1º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

Editor do BIU

José Carlos Truzzi

Delegados

Leonardo Oliveira Reis
Fernando Nestor Facio Junior
Roberto Vaz Juliano

Conselho Editorial do BIU

Alexandre Saad Feres Lima Pompeo
Daniel Santinho Portugal e Silva
Hamilton de Campos Zampolli
Helio Begliomini
Marco Aurélio Silva Lipay
Edmilson de Oliveira Longhi
Osnir Carvalho da Silveira

Delegados Suplentes

Gilberto Chavarria
André Luiz Farinhas Tomé
Francisco Kanasiro

O BIU está aberto para divulgação de eventos, concursos, premiações, notícias, permutas, vendas de equipamentos, ofertas de trabalho e oportunidades pertinentes à especialidade.

Cartas e artigos deverão ser enviados aos cuidados do editor para:
SBU-SP – Rua Tabapuã, 1123 – Conj. 101 – Itaim Bibi – São Paulo – SP – 04143-014

Outras informações poderão ser obtidas com a Seccional de São Paulo Tel/fax.:
(11) 3168-4229 • E-mail: sbu.sp@uol.com.br • www.sbu-sp.org.br

O Boletim de Informações Urológicas (BIU) é uma publicação bimestral da Sociedade Brasileira de Urologia – Secção São Paulo. BIU é distribuído amplamente para todos os urologistas do território nacional. Permite-se a reprodução de textos, desde que citada a fonte.

Jornalista Responsável

Simon Widman (simon.widman@esp2.com.br)

Produção

Estela Ladner (estela.ladner@esp2.com.br)

Arte e Diagramação

Fabiana Sant'Ana

Impressão

Gráfica ZELLO

Tiragem

4.100 exemplares

ADVERTÊNCIA

As opiniões nos artigos publicados no BIU são de inteira responsabilidade dos seus autores e não refletem necessariamente o pensamento da SBU – Secção São Paulo. A SBU-SP e o BIU eximem-se de quaisquer responsabilidades por lesões corporais decorrentes de produtos mencionados nas propagandas comerciais.



17

PONTO DE VISTA

Reposição hormonal androgênica e câncer de próstata

30

FIQUE SABENDO

Acupuntura na Urologia



33

DIREITO MÉDICO

Cuidados em procedimentos cirúrgicos

ENTREVISTA

Dr. Luís Gustavo Morato de Toledo, futuro editor do BIU

14

6

SBU E VOCÊ

24

RESIDÊNCIA MÉDICA

28

ALÉM DA UROLOGIA

36

SEM ESTRESSE

38

AGENDA



RELATÓRIO FINANCEIRO DA SBU-SP

ACOMPANHE AS DESPESAS
ADMINISTRATIVAS E O
DEMONSTRATIVO BANCÁRIO
REFERENTE A NOVEMBRO DE 2017

texto: Tesouraria SBU-SP

Prezados associados,

Como é feito habitualmente nas edições desta revista, a diretoria da SBU-SP apresenta a relação de despesas administrativas para a manutenção da sede e das atividades programadas de interesse dos associados. Também é publicada a posição financeira da entidade referente ao dia de 9 de dezembro de 2017.

Como nos meses anteriores, os custos administrativos permanecem equilibrados e o saldo bancário, positivo.

A diretoria da SBU-SP está à disposição dos associados para prestar qualquer esclarecimento a respeito dos dados apresentados.

REFERÊNCIA: NOVEMBRO/2017

DESPESAS	VALOR
Advogado Peppe Bonavita	R\$ 2.689,16
Condomínio sede Augusta	R\$ 967,00
Condomínio sede Tabapuã	R\$ 1.988,28
Convênio funcionários	R\$ 2.271,49
Eletropaulo sede Tabapuã	R\$ 201,93
Copy Service	R\$ 136,00
IPTU sede Augusta	R\$ 141,88
IPTU sede Tabapuã	R\$ 634,86
Ligue Táxi	R\$ 1.699,07
Limpidus	R\$ 551,85
Motoboy SW	R\$ 1.075,00
Salário Funcionários	R\$ 6.200,00
Tributos folha funcionários	R\$ 2.963,83
Décimo terceiro funcionários	R\$ 3.680,21
Site Unimagem	R\$ 4.809,91
Tectray serv. T.I	R\$ 690,00
Telefonia + Cel. Corporativo	R\$ 420,05
VR Funcionários	R\$ 1.566,00
VT Funcionários	R\$ 455,80
Tarifas bancárias	R\$ 103,50
Uol Provedor internet	R\$ 52,85
TOTAL	R\$ 33.298,67

SBU – SECÇÃO SÃO PAULO – 11/12/2017

SALDOS BANCÁRIOS		
Conta Eventos	68.525-1	R\$ 99.116,38
Conta Administrativa	71.322-8	R\$ 7.469,71
SALDO ATUAL		R\$ 106.586,09
APLICAÇÕES		
Aplicação (Eventos)	MAX DI/Compromissada DI	R\$ 200.356,29
Aplicação (SBU-SP)	Fundos	
TOTAL		R\$ 306.942,38



SACRAL NEURO MODULATION MASTER CLASS

A neuromodulação sacral tem ganhado grande destaque no tratamento de pacientes com bexiga hiperativa e hipotividade do detrusor. No dia 11 de novembro foi realizado o curso *“Hands on - fresh frozen cadavers”*, em Campinas, com o professor Gommert Van Koevring, um dos expoentes no desenvolvimento e aplicação dessa técnica. Ele é Chefe do Departamento de Urologia da Universidade de Maastricht, Holanda. O curso foi coordenado pelos professores Carlos D’Ancona e Wagner Favaro e organizado pelos professores Paulo Palma, Cassio Riccetto e Daniel Moser.



ESTE ESPAÇO É SEU

Caro urologista, utilize este espaço para divulgar o lançamento de livros ou informações de utilidade pública. Mande suas sugestões pelo e-mail sbu.sp@uol.com.br ou para a SBU-SP, rua Tabapuã, 1123 Conj. 101 – CEP 04143-014, aos cuidados do Editor do BIU.



1º URO-ONCO LITORAL



Foi na Baixada Santista, berço que abriga o complexo portuário mais importante do País e o maior da América Latina, que aconteceu o primeiro Uro Onco, promovido pela Sociedade Brasileira de Urologia de São Paulo, entre os dias 2 a 4 de novembro, na Praia do Gonzaga. Além da troca de experiência e integração entre as áreas de Oncologia e Urologia, o evento foi ponto de encontro para amigos e desfrute de familiares.

Por ser a primeira edição e ter coincido com o feriado prolonga-

do de finados, o balanço foi melhor do que o esperado. Reuniu mais de 300 participantes, entre urologistas, oncologistas, radioterapeutas, fisioterapeutas, psicólogos e patologistas vindos de todo os cantos do País, como Ceará, Bahia, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Pernambuco, Paraná, Santa Catarina, Rio de Janeiro e São Paulo.

Prestigiam o evento autoridades públicas, como o Secretário de Saúde de Santos, Fábio Ferraz, representando o prefeito da cidade, Paulo Alexandre. “Agradeço imensamente a toda a direção e comissão

organizadora por escolher esta cidade para sediar um congresso tão importante e necessário”, disse Ferraz.

Nessa edição, o Uro Onco destacou as novas tecnologias e tratamentos para combater o câncer de próstata, testículo, pênis, bexiga e rim por especialistas nacionais e internacionais. A SBU-SP convidou o urologista Fernando Pablo Secin, professor de Urologia na Universidade de Buenos Aires, na Argentina, e diretor do Hospital Universitário CEMIC; Hiroshi Miyamoto, diretor da University of Rochester Medical Center e pesquisador da



Johns Hopkins; Paul Nguyen, da Harvard Medical School; e Maurizio Brausi, professor e chairman do Departamento de Urologia da Ausl Modena Carpi-Modena, na Itália.

Entre os destaques apresentados durante o encontro, os novos medicamentos orais e cirurgias ao vivo de colocação de esfíncter artificial e prótese peniana inflável em pacientes com incontinência urinária e disfunção erétil, respectivamente, internados na Santa Casa de Santos.

“É uma oportunidade para a classe médica ampliar a visão e ter uma abordagem integral do paciente com câncer urológico, tendo em vista as últimas atualizações científicas trazidas por profissionais do mais alto nível. Certamente, é um evento que passará a integrar o calendário anual de congressos oferecidos pela SBU-SP”, pontua dr. Flavio Trigo, presidente da SBU-SP.

A programação contou ainda com temas voltados para a importância da reabilitação e o apoio emocional na recuperação de indivíduos que estão no pós-operatório, ministrados por profissionais da área de enfermagem, psicologia e fisioterapia.

INTEGRAÇÃO COM A ONCOLOGIA

Dr. Diogo Assed Bastos, médico oncologista do Hospital Sírio-Libanês, comentou a importância de eventos como esse. “Sinto-me honrado em participar do Uro-Onco visto a importância das duas especialidades. Atualmente, a associação de terapias complementares para o tratamento do câncer de próstata tem avançado e mostrado evidências significativas no aumento de sobrevida dos pacientes”, diz Bastos.

NOVEMBRO AZUL

O encontro deu início a uma série de iniciativas e ações pelo Estado de São Paulo para lembrar o mês dedicado à saúde masculina.

“Foi um evento muito importante para Santos e a tendência é que se repita todos os anos. Valeu a pena todo o esforço em promover um congresso com essa magnitude, reunindo tantos especialistas renomados que puderam compartilhar aprendizados e casos de sucesso”, comenta o urologista dr. André Tomé, organizador do Uro-Onco Litoral e membro da diretoria da SBU-SP. Na capital paulista, ocorreu mutirão para esclarecimento de dúvidas sobre o câncer de próstata, com o apoio do Conjunto Nacional, na Avenida Paulista, e caminhada no Parque do Povo com o intuito de chamar a atenção dos visitantes para a importância da prevenção precoce.

A conscientização não parou por aí. Estendeu-se por rodovias estaduais do Estado, como Ayrton Senna, Carvalho Pinto e Tamoios. No Aeroporto Internacional de Guarulhos, que recebe diariamente cerca de 250 mil passageiros, a campanha teve destaque nos painéis de mensagens eletrônicas no setor de desembarque e contou com a participação de nossos diretores que deram palestras para os funcionários do GRU. Na Riviera São Lourenço, o Dr. Flavio Trigo também palestrou para os turistas no feriado de Proclamação da República. O trabalho de Relações Públicas foi essencial na realização dessas atividades para impacto e despertar da população.

A Sociedade Acadêmica Urológica Eric Roger Wroclawski e a

Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC promoveram ação de informação e orientação a respeito do câncer de próstata durante a Meia Maratona de Santo André. Essa atividade fez parte do movimento em parceria com a SBU-SP e a Secretaria de Esportes do Município.



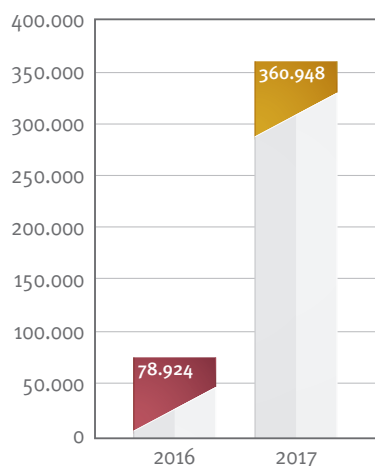
RESULTADOS DO TRABALHO DESENVOLVIDO NAS MÍDIAS DIGITAIS

As mídias digitais tornaram-se uma ferramenta imprescindível para divulgação, relacionamento e propagação da informação e conhecimento. Pensando nisso, a diretoria de SBU-SP desenvolveu ao longo desta gestão um trabalho consistente e ativo em suas mídias digitais.

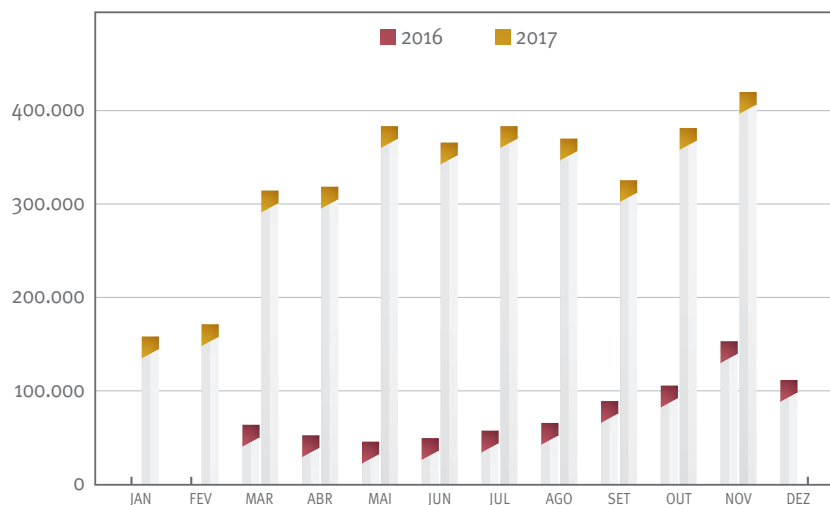
Utilizando o site como ferramenta principal para divulgar e fornecer informações sobre suas ações e eventos, além de esclarecer o público através de conteúdos criados exclusivamente para este segmento, a

SBU-SP também passou a utilizar ativamente canais digitais como: e-mail marketing, facebook, instagram e youtube. Ao longo dos dois anos desta gestão, houve um crescimento de mais de 500% no número de páginas visitadas dentro do site da SBU-SP. O Portal atingiu a marca de 360 mil páginas visualizadas no período de janeiro a novembro de 2017.

Quando comparados mês a mês, nota-se um crescimento exponencial deste número, com um “pico” de acessos no mês de novembro, em razão da realização da Campanha Novembro Azul.



Número total (acumulado) de páginas visualizadas no período de janeiro a novembro.



Comparação do número de páginas visualizadas entre 2016 e 2017.

A SBU-SP vem atuando ativamente no universo de mídias digitais, principalmente no facebook, onde uma única publicação chegou a alcançar mais de 44 mil pessoas. Apenas em 2017, foram mais de 350 publicações feitas nesta rede social.

O mundo conecta-se via redes sociais, tornando cada vez mais rápida a nossa comunicação, permitindo um alcance maior na divulgação das atividades da SBU-SP, de seus parceiros e da disseminação de conhecimento para o público geral.

SIGA-NOS NAS REDES SOCIAIS E FIQUE POR DENTRO DE TUDO O QUE A SBU-SP VEM REALIZANDO!

Site: www.sbu-sp.org.br

[facebook.com/sociedade.deurologia/](https://www.facebook.com/sociedade.deurologia/)

[Instagram: @sbu_sp](https://www.instagram.com/sbu_sp)

[LinkedIn: Sociedade Brasileira de Urologia – São Paulo](https://www.linkedin.com/company/sociedade-brasileira-de-urologia-sao-paulo)



O SUCESSO DO ENDO-PIZZA EM 2017



A SBU-SP, em sua permanente missão de oferecer aos associados Educação Continuada, organizou, ao longo de 2017, quatro eventos de discussão de casos clínicos em Endourologia, denominados Endo-Pizza, nas cidades de São Paulo (duas vezes), Campinas e São José do Rio Preto. Sob a organização do dr. Oscar Eduardo Fugita, cada evento reuniu em média trinta participantes. Com debatedores de diferentes serviços do Estado de São Paulo, a iniciativa proporcionou aos presentes atualização do conhecimento e consolidação dos conceitos práticos sobre Litíase Urinária. O sucesso dos Endo-Pizzas serve como incentivo para que a SBU-SP mantenha a iniciativa e a amplie para outras localidades que se interessarem. Endo-Pizza 2017 teve o patrocínio da BARD.



DEFESA DE TESE DE MESTRADO

Dia 16 de outubro o dr. Thiago da Silveira Antoniassi defendeu tese de mestrado na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, com o trabalho intitulado “Efeito Antifibrótico do Mifofenolato Mofetil na Doença de Peyronie Induzida Experimentalmente com TGF- β ”. Seu orientador foi o prof. dr. Fernando Nestor Facio Jr. e a banca examinadora foi integrada também pelos profs. drs. Patrícia Simone Leite Vilamaior, Antonio Barbosa de Oliveira Filho e Roberto Taboga.



TESE DE DOUTORADO

Dia 8 de dezembro o dr. Walter Dell'Acqua Cassão (ao centro na foto) fez sua defesa de tese de doutorado em Urologia na faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, intitulada Análise de polimorfismos de nucleotídeo único na cistite intersticial. A banca examinadora foi formada pelos professores Marcos Lucon, Sabrina Thalita dos Reis Faria, Homero Bruschini (orientador) e José Carlos Truzzi.





SAIBA O QUE FOI TRATADO NAS DUAS ÚLTIMAS REUNIÕES DO ANO DA DIRETORIA DA SBU-SP

A 17ª Reunião Ordinária da Diretoria Executiva da Sociedade Brasileira de Urologia – Seção São Paulo ocorreu dia 3 de novembro de 2017 no Hotel Balneário de Santos, durante o Uro-Onco Litoral. Foram apresentados os dados bancários pelo Dr. Francisco Kanasiro. O balanço financeiro do período foi positivo com total cobertura das despesas, inclusive do evento Uro-Onco Litoral. Foi discutida a renegociação do pagamento da próxima parcela da locação do WTC para o Congresso Paulista de Urologia, com o propósito de adequação com as datas de recebimento referentes à comercialização do espaço com a Indústria farmacêutica. Foi reiterada a importância da renovação de palestrantes no PROTEUS 2018. Decidiu-se, também, que o Uro-Onco Litoral passa a integrar o calendário oficial da SBU-SP. A organização do Projeto Uro-Reciclagem ficará a cargo da empresa AVM. Quanto ao Endo-Pizza 2018, será coordenado pelo Dr. Armando Abrantes. Por fim, foi comunicado o interesse de pa-

trocínio do BIU por parte de várias empresas da área médica.

Dia 9 de dezembro foi realizada a 18ª Reunião Ordinária, na sede da SBU-SP. Na última reunião do ano foram apresentados os saldos bancários pelo Dr. Kanasiro e aprovado o balanço final. Para a segunda edição do Uro-Onco Litoral será feita cotação de outros dois hotéis, além do Parque Balneário onde se deu o evento deste ano. Ainda em relação a projetos para 2018, a representante da Agência Perfecta (Luísa) apresentou o site e planilha financeira prévia do PROTEUS. Foi ressaltado pelo dr. Flávio Trigo que faltam somente duas parcelas para que seja quitado o pagamento do WTC onde acontecerá o XV Congresso Paulista de Urologia. A empresa CCM, organizadora dessa edição do Congresso, apresentou a planilha com patrocínios já assinados e perspectivas para os próximos meses. Todos os membros da Diretoria foram estimulados a identificar empresas potencialmente parceiras para o Congresso Paulista e divulgação neste BIU.

ESPECIALIZAÇÃO EM CIRURGIA ROBÓTICA EM UROLOGIA

A Faculdade de Educação em Ciências da Saúde do Hospital Alemão Oswaldo Cruz abriu inscrições para o processo seletivo de seu curso de Especialização em Cirurgia Robótica em Urologia 2018. São oferecidas duas vagas e o curso tem duração de um ano, em tempo integral, de segunda a sexta-feira. Os interessados devem ter formação completa em Medicina e residência em Cirurgia Geral (dois anos) e Urologia (3 anos). Os currículos deverão ser enviados até o dia 19 de janeiro de 2018. As inscrições podem ser realizadas por meio eletrônico acessando o site www.fecs.org.br, pelos telefones (11) 3549-0654 e (11) 3549-0889 ou comparecendo na sede da faculdade, rua João Julião, 331, Paraíso, São Paulo.



RETROSPECTIVA DA GESTÃO 2016–2017

Em dezembro conclui-se a Gestão 2016-2017 da Sociedade Brasileira de Urologia – Seccional São Paulo. O objetivo principal da Diretoria e Presidência que estiveram à frente da maior seccional do país foi aproximar o urologista de todas as regiões do Estado, reconhecer as suas principais demandas e identificar as dificuldades vivenciadas fora dos grandes centros. Ao mesmo tempo, levar a todos os associados informação urológica com elevado nível científico, voltada para a atuação prática diária.

Foram anos em que a crise econômica acometeu de modo avassalador nosso país. Todas as decisões tomadas pela administração da SBU-SP foram direcionadas para uma redução dos custos, mas com o compromisso de manter a qualidade dos produtos ofertados aos urologistas. Encerramos o ano com saldo positivo, inclusive com pagamento já efetuado de parte dos eventos e projetos que serão realizados em 2018. Todos os balanços da SBU-SP foram disponibilizados no Boletim de Informações Urológicas – BIU.

Uma breve retrospectiva da gestão nestes dois últimos anos evidencia que o PROTEUS obteve número recorde de participantes em cada edição, alcançando a marca de 714 urologistas em 2017. O PROTEUS se transformou em mais do que uma revisão para residentes. Tornou-se uma oportunidade de reciclagem para muitos urologistas, não apenas do Estado de São Paulo, mas também de outras localidades do país e até de alguns países da América do Sul. Entre os cursos práticos e discussões de casos, destacamos o de Correção da incontinência urinária masculina – Argus Day, o Endo-Pizza e o Desafio Uro-Onco realizados em cidades do interior do Estado e na capital. Todos contaram com presença maciça de urologistas interessados no aprimoramento do conhecimento em disfunções miccionais e endourologia.

O XIV Congresso Paulista de Urologia obteve a maior audiência até então registrada. Foram mais de 2.500 urologistas - no total mais de 4500 pes-

soas —, o que transformou o evento em um dos maiores encontros de Urologia do mundo e o maior organizado por um estado brasileiro. A excelência das apresentações e diversidade de cursos levou a um elevado índice de aprovação entre os urologistas participantes e expositores. A Jornada Paulista em Campos do Jordão também não ficou para trás em qualidade dos palestrantes nacionais e internacionais e da programação científica, que contemplou todas as áreas da Urologia com o propósito de integrar a teoria à prática cotidiana.

A valorização do profissional foi priorizada. A aproximação com a Associação Paulista de Medicina e com fontes pagadoras proporcionou o posicionamento da SBU-SP no cenário de luta por melhores condições de atuação do urologista e na batalha por melhora da remuneração.

A integração se deu também junto a outras sociedades de especialidades médicas, como a Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo – SOCESP. A troca de experiências se deu não apenas no âmbito clínico, mas na administração e obtenção de informações de características da população potencialmente assistida pelas duas especialidades.

Novas diretrizes em Oncologia proporcionarão uma atuação mais ampla do urologista. Medicamentos até então de uso restrito dos oncologistas agora farão parte do dia a dia do urologista. A SBU-SP, preocupada em manter o urologista atualizado nesse segmento, realizou em Santos a primeira edição do Uro-Onco Litoral. O sucesso do evento superou as expectativas. A participação de quatro palestrantes internacionais, dos principais nomes da uro-oncologia nacional e, principalmente, a assiduidade dos urologistas consagrou o Uro-Onco Litoral em mais um evento que fará parte do calendário oficial da SBU-SP.

As promessas feitas ao longo da campanha em 2015 foram executadas como o máximo empenho, com transparência, responsabilidade econômica e, principalmente, comprometimento com o urologista e com a Urologia do nosso Estado.





CONHEÇA O PRÓXIMO EDITOR DO BIU

A partir de janeiro de 2018 o BIU passará a ter um novo editor. A troca do comando da publicação foi definida diante das novas responsabilidades que o dr. José Carlos Truzzi assumirá dentro da SBU-SP, como Presidente da Comissão Científica do XV Congresso Paulista de Urologia e Primeiro Secretário da SBU-SP.



PERFIL



Dr. Luís Gustavo Morato de Toledo

Idade: 44 anos

O que o fez se interessar pela especialidade:

a Urologia é uma especialidade que trata do paciente do começo ao fim. É ampla, tem a parte clínica, a investigação, o diagnóstico e o tratamento. No âmbito cirúrgico, vai além do trato gênito urinário, engloba o trato gastrointestinal, vascular, ginecológico. É uma especialidade desafiadora e sem monotonia.

Locais onde trabalha:

Santa Casa de São Paulo, Hospital Ipiranga, Maternidade Cachoeirinha.

Desde quando atua como urologista: 2001

O que faz nas horas vagas, como lazer ou hobby: viajo ao sítio com a família para manter contato com a natureza e ensinar aos filhos a lidar com os animais, especialmente equinos e bovinos.

Time do coração:

São Paulo, mas o melhor estádio é o do Palmeiras. Admiro a paixão dos corintianos por seu time e espero que a torcida do Santos não acabe.

Nesta edição o dr. Luís Gustavo Morato de Toledo discorre sobre o papel da revista dentro da política de transparência da diretoria da entidade, adianta as mudanças que pretende implantar à frente do grupo de editores e fala sobre o desafio de manter a qualidade da publicação.

BIU: Inicialmente, gostaríamos que se apresentasse aos associados?

Dr. Luís Gustavo Morato de Toledo:

Sou formado em Medicina em Londrina e fiz residência de Cirurgia Geral e Urologia na Santa Casa de São Paulo. Depois cursei pós-graduação, mestrado e doutorado também na Santa Casa e me tornei docente da faculdade. Hoje sou Professor Adjunto da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e responsável pela disciplina de Urologia desta instituição. Sou também membro da Clínica Urológica do Hospital Ipiranga e coordeno o serviço de Uro-ginecologia da Maternidade Vila Nova Cachoeirinha. Minha participação na SBU-SP sempre foi mais científica, colaborando na organização de eventos de ensino e treinamento, congressos, simpósios e cursos práticos.

BIU: O que representa para o sr. passar a editar o BIU?

Dr. Luís Gustavo Morato de Toledo: *Trabalhar na edição do BIU vai ser um desafio novo. Considero o BIU uma revista muito bem editada e suceder o dr. Truzzi neste trabalho me traz a responsabilidade de manter a qualidade da publicação.*

BIU: No seu entender, quais são os principais objetivos de um veículo como o BIU?

Dr. Luís Gustavo Morato de Toledo: *O BIU deve ser, como tem sido, um instrumento de informação que traduza a transparência da ins-*



O BIU deve ser, como tem sido, um instrumento de informação que traduza a transparência da instituição.

tituição. Nas informações que traz sobre a gestão da Sociedade, deve responder perguntas que talvez estejam na cabeça dos urologistas associados. Deve também informar o que ocorre na entidade, eventuais direcionamentos polêmicos e contribuir para o aprimoramento da formação dos urologistas. Para os jovens urologistas egressos da residência médica, deve apresentar informações sobre as possibilidades de aprofundar sua formação em alguma subespecialidade da Urologia. E para aqueles que têm mais tempo de formação, deve apresentar oportunidades de reciclagem.





O BIU contribui para transmitir a opinião de profissionais que sejam referência em determinadas áreas.

BIU: O que representa o BIU no âmbito da informação urológica, com a publicação de artigos técnico-científicos?

Dr. Luís Gustavo Morato de Toledo: O BIU, por ser de leitura mais agradável, pode facilitar o acesso à informação. O urologista é um profissional que se preocupa muito com a atualização. Não há necessidade de transmitir informações científicas aprofundadas na publicação, pois para isso temos veículos já consolidados, como o *International Brazilian Journal of Urology*, nossa revista científica. O urologista também tem acesso a diversas revistas internacionais, mas com a abordagem de deter-

minados pontos atuais ou polêmicos, o BIU contribui para transmitir a opinião de profissionais que sejam referência em determinados temas, para que os associados possam balizar seu conhecimento e, se acharem necessário, se aprofundarem nesse tema. O BIU deve trazer, também, atualização em temas não urológicos que auxiliem o urologista no cuidado da saúde global de seu paciente.

BIU: Pretende implantar mudanças na dinâmica de edição da revista?

Dr. Luís Gustavo Morato de Toledo: A primeira mudança é o formato de coordenação editorial da revista, que vai passar a ser compartilhada. Seremos quatro editores. Além de mim, os urologistas Fernando Korke, Sandro Nassar e Walter Costa. A ideia é que haja uma participação maior do corpo editorial. Vamos dividir as seções da revista entre os quatro.

BIU: E em relação às seções?

Dr. Luís Gustavo Morato de Toledo: A seção *Residência Médica* vai ser mais focada em oportunidades para aprofundamento

e aprimoramento da formação do associado em determinadas áreas da Urologia, destacando os programas de *fellowship* e de pós-graduação. Um dos motivos dessa alteração é destacar os cursos que já existem e estimular que outros serviços desenvolvam esse tipo de atividade. A Urologia tem áreas de intersecção com outras especialidades, como a Oncologia, a Cirurgia Pediatria, a Ginecologia. Na Urologia Feminina, por exemplo, a grande maioria dos programas de aperfeiçoamento e *fellowship* são oriundos dos serviços de Ginecologia. Por isso hoje existem mais ginecologistas que se aprofundam em urologia feminina do que urologistas. Com essa deficiência, aos poucos estamos perdendo espaço nas áreas de intersecção para outras especialidades. Acredito que a divulgação dos programas irá estimular outras instituições a também desenvolver atividades de aprimoramento. Aliás, aproveito esta entrevista para convidar todas as instituições que possuam programas de pós-graduação ou *fellowship* em áreas da Urologia a enviarem material sobre esses cursos para a revista. O espaço está aberto.



UROLOGIA

REPOSIÇÃO HORMONAL ANDROGÊNICA E CÂNCER DE PRÓSTATA

O TEMA DESTA EDIÇÃO É ABORDADO PELO UROLOGISTA HAMILTON DE CAMPOS ZAMPOLLI, PELO UROLOGISTA ANDROLOGISTA LUÍS CESAR FAVA SPESSOTO E PELO ONCOLOGISTA DIOGO ASSED BASTOS





A visão do urologista andrologista

Luís Cesar Fava Spessoto é urologista pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), SP, com mestrado e doutorado em Ciências da Saúde pela FAMERP

Com a descoberta da testosterona no início da década de 30, surgiu uma nova abordagem para essa questão, ou seja, sua mensuração. Em 1935 a testosterona foi sintetizada e disponibilizada como medicação injetável pelo suíço Leopold Ružicka e pelo alemão Adolf Butenandt. Ambos foram premiados com o Nobel de Química em 1939.

A terapia de reposição com testosterona é uma forma de tratamento amplamente aceita em todo o mundo para homens idosos com síndrome de hipogonadismo. O conhecimento do hipogonadismo com base na dosagem de testosterona possibilitou a descrição das síndromes de Klinefelter e Kallmann em 1942 e 1944, respectivamente. Dentre os principais benefícios da terapia de reposição com testosterona destacam-se restauração da massa óssea, força muscular e composição corporal; restauração da libido e função sexual; melhora do humor, da qualidade de vida e das funções cognitivas e influência sobre o metabolismo de carboidratos e lipídeos.

Em 1941, Huggins & Hodges relataram que reduções acentuadas por castração ou causada por tratamento com estrogênio regrediam câncer de próstata metastático e administração exógena de testosterona causava crescimento do tumor. Esse crescimento tumoral foi constatado em resultado obtido com apenas um paciente. Outros estudos subsequentes não mostraram progressão do câncer de próstata com administração de testosterona, sendo que alguns pacientes tiveram melhora subjetiva como resolução de dor óssea.

O câncer de próstata (CaP) é o segundo mais incidente entre os homens em todas as regiões do Brasil, perdendo apenas para os tumores de pele não



Apesar de diversas gerações de urologistas sugerirem que a terapia de suplementação com testosterona para hipogonadismo causa câncer de próstata, pesquisas científicas são necessárias para avaliar o papel dos andrógenos na carcinogênese da próstata.

melanoma (INCA, 2014). O Instituto Nacional de Câncer (INCA) estimou 68.800 novos casos de CaP no ano de 2014, correspondendo a um risco estimado de aproximadamente 70 casos novos a cada 100 mil homens (INCA, 2014). Essa alta taxa de incidência pode ser explicada pelo aumento da expectativa de vida, melhora da qualidade dos sistemas de informações em saúde e evolução dos métodos de diagnósticos (INCA, 2014). Com uma sobrevivência aproximada de cerca de 80%, o CaP possui bom prognóstico, visto que sua mortalidade é cerca de 4 vezes menor do que sua incidência (INCA, 2012).

Em 2008, o Dr. Morgentaler publicou o livro “Testosterona para a Vida”,





no qual ele aborda a teoria da saturação da testosterona na glândula prostática. Segundo essa teoria, a estimulação de testosterona no tecido prostático é dose dependente até o ponto de saturação que se atinge com baixa concentração de testosterona. Nesse nível baixo de testosterona, o estímulo da próstata é próximo do máximo e a suplementação acima disso não causa crescimento tumoral. A longa crença de que o risco de câncer de próstata está relacionado a elevadas concentrações séricas de andrógenos não possui evidências. Kaplan et al. (2016) mostraram que a contraindicação de testosterona em homens com histó-

rico de câncer de próstata não tem fundamentação. Atualmente, há evidência de que o crescimento desse tipo de câncer ocorre quando concentrações séricas de testosterona estão baixas (Khera et al., 2014). Apesar de diversas gerações de urologistas sugerirem que a terapia de suplementação com testosterona para hipogonadismo causa câncer de próstata, pesquisas científicas são necessárias para avaliar o papel dos andrógenos na carcinogênese da próstata, o tempo de exposição, os moduladores genéticos do metabolismo androgênico e exposição ambiental (Schenk et al., 2016).

Urologistas estão preocupados

com a possibilidade de a terapia de reposição com testosterona causar câncer de próstata, pois esses pacientes podem apresentar hipogonadismo e experimentar declínios em saúde e qualidade de vida relacionados a baixos níveis de testosterona.

Atualmente, existem muitos desafios envolvendo rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de próstata. A visita ao urologista anualmente, após os 45 anos de idade, ajuda na detecção precoce da doença, estadiamento e proposição das formas de tratamento. A biópsia é mandatória para o diagnóstico. Seguimento com uso do PSA ajuda na suspeita e detecção de doença recorrente.

REFERÊNCIAS

- Kaplan AL, Hu JC, Morgentaler A, Mulhall JP, Schulman CC, Montorsi F. Testosterone Therapy in Men With Prostate Cancer. *Eur Urol*. 2016;69(5):894-903.
- Khera M, Crawford D, Morales A, Salonia A, Morgentaler A. A new era of testosterone and prostate cancer: from physiology to clinical implications. *Eur Urol* 2014;65(1):115-23.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Incidência de câncer no Brasil: estimativa 2014 [internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2014 [acesso em 2015 jan 5]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>.
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Informativo quadrimestral. Rio de Janeiro: INCA; 2012.
- Schenk JM, Till C, Hsing AW, Stanczyk FZ, Gong Z, Neuhauser ML, et al. Serum androgens and prostate cancer risk: results from the placebo arm of the Prostate Cancer Prevention Trial. *Cancer Causes Control*. 2016 Feb;27(2):175-82.



Incerteza ainda persiste

Hamilton de Campos Zampolli, doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, chefe da Divisão de Urologia do Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho e médico do Centro de Oncologia do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Estima-se que a deficiência de testosterona afete até 25% dos homens com mais de 40 anos, com prevalência aumentando significativamente com a idade. O impacto negativo do hipogonadismo na saúde e qualidade de vida nos leva a reavaliar a relação entre testosterona e câncer de próstata (CaP), uma vez que a terapia de reposição de testosterona (TRT) proporciona benefícios sintomáticos claros, como aumento da energia e libido, redução no IMC, melhor controle glicêmico e lipídico, ganho de massa muscular e densidade mineral óssea, entre outros.

Anteriormente considerada uma

contraindicação absoluta, a TRT em portadores de CaP vem sendo objeto de inúmeros estudos cujos resultados indicam uma possível mudança nesse paradigma. Evidências contemporâneas sugerem que a TRT em homens hipogonádicos não eleva o risco de desenvolver CaP ou chances de uma doença mais agressiva; entretanto, a TRT em pacientes com diagnóstico de CaP é controversa, baseada em estudos limitados, com baixa casuística e seguimento curto.

Dada a longa expectativa de sobrevivência dos pacientes portadores de CaP, o interesse em restaurar a qualidade de vida daqueles que padecem

dos sintomas e complicações do hipogonadismo é crescente, sendo fundamental que avaliemos criticamente as evidências disponíveis para este cenário e ponderemos criteriosamente sobre a TRT.

Em 1941, Huggins e Hodges demonstraram que a castração resultava na regressão do CaP metastático, implicando o CaP como “dependente” de andrógenos. Subsequentemente, demonstrou-se o papel da testosterona na recorrência ou na progressão do CaP avançado. Esta conclusão levou ao conceito axiomático de que a administração de testosterona exógena a homens com





CaP promoveria proliferação e progressão da doença, ou aumentaria as chances de um indivíduo desenvolver CaP. Desde então, a relação entre testosterona e CaP tem sido exaustivamente estudada, porém não totalmente esclarecida; e a TRT como fator de risco para recorrência ou progressão de um CaP tratado não está estabelecida.

Diversos estudos têm relacionado níveis baixos de testosterona com maior incidência de CaP, bem como a tumores mais agressivos, sendo níveis < 240 ng/dl considerados preditores independentes de risco de CaP, embora, em revisão de 18 estudos prospectivos incluindo 3.886 homens com CaP e 6.448 controles, não foram identificadas associações entre o risco de CaP e as concentrações séricas de testosterona.

O racional que demonstra ser seguro restabelecer o eugonadismo é bem explicado pelo modelo de saturação da próstata, proposto por Fowler e Whitmore em 1981, no qual se conclui que níveis normais de testosterona sérica podem não estar correlacionados com a proliferação máxima do CaP e que a proliferação só varia com andrógenos em níveis subfisiológicos. Morgentaler e Traish procuraram conciliar por que níveis baixos de testosterona resultaram em regressão do CaP, mas níveis elevados não poderiam ser consistentemente associados ao crescimento ou

progressão do CaP. Eles postularam que, como o crescimento tumoral varia com os níveis de testosterona apenas na configuração de níveis de castração e não em homens eugonádicos, isso poderia estar relacionado ao ponto de saturação dos receptores de andrógeno (RA). Assim, qualquer estímulo ao tecido prostático cessaria quando o ponto de saturação dos RA fosse atingido. Tal ponto de saturação, no qual o aumento da concentração de testosterona no soro não causa mais crescimento apreciável, é de aproximadamente 240-250 ng/dL. Em estudo duplo-cego controlado por placebo envolvendo 274 homens hipogonádicos, Morgentaler demonstrou que um dos fatores relevantes que preveem um aumento no PSA durante a TRT foi um nível basal de testosterona < 250 ng/dL. Não há variação significativa nos níveis de PSA quando a testosterona basal é > 250 ng/dL.

Marks e col. apoiou o conceito demonstrando que, quando pacientes são submetidos a TRT, resultando em elevação na testosterona sérica, a concentração de andrógenos no tecido prostático permanece inalterada. Estes modelos sugerem que a reposição da testosterona a níveis fisiológicos não impacta em maior risco de desenvolver CaP e nem de reativar um possível câncer latente. Maior cuidado deve ser dispensado frente a pacientes hipogonádicos severos (<

250 ng/dl), uma vez que a TRT poderia impactar em proliferação tumoral.

TRT EM VIGILÂNCIA ATIVA (VA) POR CaP

Cerca de 45% dos pacientes diagnosticados com CaP por rastreamento preenchem critérios para VA. Um outro grupo significativo de pacientes será submetido a tratamento radical com finalidade curativa para doenças localizadas. Após os 50 anos de idade, tanto CaP quanto o hipogonadismo apresentam elevada prevalência. Assim, parte significativa dos pacientes submetidos a prostatectomia radical, radioterapia ou em VA apresentarão hipogonadismo clínico e laboratorial.

Nenhum ensaio controlado investigou os riscos da TRT em portadores de CaP sem tratamento radical.

Em 2016, Kacker e col. publicaram estudo em que compararam 96 homens hipogonádicos em VA com 28 pacientes em VA e TRT. Em 3 anos de seguimento, a progressão à biópsia foi equivalente entre os grupos. No mesmo ano, Ory e col. examinou 82 homens hipogonádicos com CaP tratados por Rxt, PTR, crioterapia, HIFU ou VA e TRT. Houve elevação de PSA nos 8 pacientes em VA, porém sem piora nos padrões das biópsias subsequentes, após um seguimento médio de 27 meses.

Morgentaler examinou retrospectivamente 13 pacientes hipogonádicos com CaP comprovado por biópsia (ISUP I em 12 homens e ISUP II em 1) em VA. Todos os pacientes submeteram-se a biópsias de acompanhamento como parte do protocolo. Não foram observadas mudanças do volume da próstata, PSA nem progressão do CaP em 2,5 anos de seguimento.

Kaplan adverte, entretanto, em revisão publicada em 2016 que os indícios favoráveis apontados, ainda carecem de confirmação por estudos prospectivos controlados antes de determinar inequivocamente a segurança de tal tratamento, recomendação também sustentada por Morales, que observou desfechos variáveis em 25 homens com CaP em





VA tratados com TRT. A escassez e a baixa qualidade dos poucos estudos neste cenário demandam cautela.

TRT APÓS PROSTATECTOMIA RADICAL (PTR)

Kaufman e Graydon publicaram em 2004 dados de uma pequena amostra, sete homens, com CaP de baixo risco submetidos a PTR sem recidivas bioquímicas. O PSA permaneceu indetectável mesmo após a TRT em seguimento médio de 2 anos. Agrawal e Oefelein seguiram dez pacientes após PTR e submetidos a TRT encontrando melhorias significativas na qualidade de vida atribuída a diminuições de ondas de calor e aumentos de energia sem recorrência de CaP ou aumento detectável de PSA após 19 meses de seguimento. Em 2009, uma revisão retrospectiva de 57 pacientes hipogonádicos entre 53 e 83 anos de idade com CaP tratados por PTR foram submetidos a TRT e seguidos por uma média de 36 meses, sem evidências de recidiva bioquímica apesar do incremento dos níveis de testosterona de 255 para 459 ng/dL.

Em 2013, Pastuszak e col. revisaram retrospectivamente 103 homens hipogonádicos que receberam TRT após PTR entre 2003 e 2011. Foram incluídos 49 pacientes eugonádicos, submetidos a PTR (grupo controle). A coorte foi classificada como de não alto risco (75%) e alto risco (25%), estes, definidos por Gleason > 8 ou margens cirúrgicas positivas ou linfonodos positivos. Houve aumento estatisticamente significativo do PSA no grupo em TRT em um seguimento médio de 27,5 meses, enquanto o grupo controle não apresentou aumento detectável de PSA.

TRT PÓS RADIOTERAPIA (RXT)

Os dados disponíveis sobre Rxt externa ou braquiterapia para CaP e TRT são escassos. Sarosdy e col. revisaram retrospectivamente portadores



de CaP de baixo risco tratados com braquiterapia e TRT por hipogonadismo (2 anos de tratamento). Não houve recidivas bioquímicas nesta coorte em seguimento médio de 5 anos. Em 2009 Morales relatou uma série de 5 pacientes em TRT após Rxt externa. Os pacientes se mantiveram em TRT por uma média de 14,5 meses com um aumento esperado na testosterona sérica, mas nenhuma evidência de recidiva em todos os pacientes.

Curiosamente, um estudo de 2014 realizado por Balbontin e col. envolvendo 20 homens em TRT após a braquiterapia relata uma diminuição no PSA de 0,7 a 0,1 ng/dL após a TRT. Os autores aplicaram o questionário de saúde sexual – SHIM - e observaram um aumento significativo nas pontuações de 16,1 na linha de base para 22,1 em homens em TRT. Em 2013, Pastuszak e col. analisaram retrospectivamente 98 homens com CaP tratados por Rxt externa ou braquiterapia, seguido de TRT. O seguimento médio foi de 40,8 meses (77% - CaP de baixo risco/intermediário). Houve 6,1% de recidiva no período, 1/3 dos quais necessitou de bloqueio hormonal.

CONCLUSÃO

Como observamos, a literatura disponível atualmente relacionando TRT

Evidências científicas imaturas disponíveis não permitem a implementação de TRT de forma segura. Cabe ao urologista, avaliar com critério e bom senso cada caso de forma individualizada, discutindo com o paciente opções de tratamento.

em CaP é baseada em pequenas séries e estudos de baixa qualidade. Na ausência de ensaios randomizados controlados, casuísticas mais robustas e seguimentos mais longos, a incerteza em torno da segurança da TRT em CaP permanece. Talvez o portador de CaP de baixo risco ou risco intermediário favorável tratado de maneira radical com sucesso e mantendo-se sem qualquer sinal de recidiva por um período que denote maior segurança, 2 ou 5 anos, na vigência de um hipogonadismo laboratorial e





clínico severo, com forte demanda de parte do paciente por tratamento, seja aquele onde a TRT possa ser estabelecida. Nas demais situações, evidências científicas imaturas disponíveis até o momento não permitem a implementação de TRT de forma segura. Cabe ao urologista, avaliar com critério e bom senso cada caso de forma individualizada, discutindo com o paciente opções de tratamento, benefícios e riscos associados. Medidas de mudança de hábitos, dieta balanceada, estabelecendo prática desportiva regular (preferencialmente ao ar livre), diminuição do IMC e controle da síndrome metabólica colaboram para elevação da testosterona e devem ser sempre incentivadas.

A aplicação de um termo de consentimento esclarecido detalhado é obrigatória, mas não transcende possíveis implicações legais, uma vez que a bula de todo andrógeno é incisiva sobre o risco de sua utilização em portadores de CaP, além de tal prática não ser recomendada em nenhuma diretriz das sociedades urológicas.

A aplicação de um termo de consentimento esclarecido detalhado é obrigatória, mas não transcende possíveis implicações legais, uma vez que a bula de todo andrógeno é incisiva sobre o risco de sua utilização em portadores de CaP, além de tal prática não ser recomendada em nenhuma diretriz das sociedades urológicas.



A abordagem do oncologista

Diogo Assed Bastos, membro titular do Centro de Oncologia do Hospital Sírio-Libanês e integrante do Grupo de Tumores Genitourinários do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP)

Desde a década de 1940 sabe-se que o câncer de próstata é uma doença andrógeno-dependente, por meio dos estudos realizados por Huggins e Hodges, que demonstraram que a castração era capaz de induzir resposta e benefício clínico em pacientes com câncer de próstata avançado. Do ponto de vista fisiopatológico, a testosterona é convertida em dihidrotestosterona (DHT) pela enzima 5-alfa redutase no citoplasma celular e se liga ao receptor de andrógeno (RA). Esta ligação com o RA promove a dimerização do receptor, translocação nuclear e transcrição de genes relacionados à via androgênica que, em última análise, vão levar à proliferação e migração celular. A partir deste conhecimento, surgiu a chamada “hipótese androgênica”, em que a terapia de reposição de testosterona (TRT) poderia levar a aumento do risco de câncer de próstata. Além disto, em pacientes tratados de câncer de próstata que desenvolvem hipogonadismo havia uma grande preocupação de que a TRT poderia aumentar o risco de recidiva. Assim, por muitos anos médicos foram ensinados que a reposição de testosterona poderia causar ou acelerar o desenvolvimento do câncer de próstata e que a TRT em homens previamente tratados de câncer de próstata não deveria ser recomendada. Apesar de ter sido um conhecimento bastante di-



fundido na comunidade médica, não havia sólida evidência na literatura que demonstrasse esta relação de causa-efeito, ou mesmo de efeito maléfico da TRT.

Nas últimas décadas, os benefícios da reposição de testosterona em homens com hipogonadismo têm sido reconhecidos, incluindo melhora na performance e vida sexual, melhora no humor, aumento da energia, aumento na densidade óssea e muscular, redução de obesidade e, possivelmente, aumento na sobrevida. Com tantos benefícios em se restaurar níveis normais de testosterona, houve um crescente interesse em se determinar o risco

Há uma evidência crescente demonstrando que a terapia de reposição de testosterona em homens hipogonádicos é segura do ponto de vista oncológico.





desta estratégia em pacientes hipogonádicos tratados previamente ou sob risco de desenvolver câncer de próstata. Uma das teorias que tem modificado o entendimento em relação aos riscos da reposição de testosterona é o modelo de saturação da testosterona, que é baseado em estudos que demonstram que o câncer de próstata é extremamente sensível a variações de testosterona em baixos níveis, mas indiferente a variações em valores normais ou elevados de andrógenos. Ou seja, a evidência sugere que a partir de um determinado limite, chamado de ponto de saturação, o aumento adicional da concentração sérica de testosterona não levaria a um estímulo maior das células do câncer de próstata. Estudos sugerem que este ponto de saturação de testosterona sérica encontra-se entre 125 ng/dL e 250 ng/dL, mas pode variar dependendo de características individuais dos pacientes.

Além de toda a evidência laboratorial, atualmente há inúmeros estudos que demonstram não haver correlação entre os níveis endógenos de testosterona com o risco de desenvolver câncer de próstata. Ou seja, homens que tenham níveis de testosterona constitucionalmente elevados não apresentam maior risco de desenvolver a doença. Além disto, meta-análises de múltiplos estudos falharam em demonstrar associação da TRT com o desenvolvimento do câncer de próstata em homens hipogonádicos. Um fato interessante, que pode inclusive favorecer a TRT em pacientes hipogonádicos, é o aparente maior risco de desenvolvimento de câncer de próstata com características agressivas em pacientes com níveis de testosterona abaixo do normal.

Após a evidência que a reposição de testosterona não seria deletéria ou capaz de aumentar o risco de desenvolver câncer de próstata, inúmeros investigadores passaram a avaliar a TRT em pacientes previamente tratados de câncer de próstata (sem evidência de recidiva) que desenvolveram hipogonadismo. Os estudos realizados neste



Atualmente há inúmeros estudos que demonstram não haver correlação entre os níveis endógenos de testosterona com o risco de desenvolver câncer de próstata.

cenário apontam, de forma geral, que não há maior risco de recidiva em homens que receberam TRT após tratamento com intenção curativa para o câncer de próstata. Deve-se ressaltar, entretanto, que estes estudos são pequenos e ainda não conclusivos. Mais provador é o dado de um estudo preliminar de reposição de testosterona em pacientes com câncer de próstata de baixo risco em vigilância ativa, que não demonstrou variação significativa do PSA e nenhuma progressão de doença nos 13 pacientes tratados com TRT. Apesar deste dado inicial, ainda não há estudos conclusivos que demonstrem a segurança desta estratégia em pacientes com câncer de

próstata não tratados previamente.

Um outro potencial uso da TRT tem sido descrito em pacientes com câncer de próstata avançado, indo contra toda a evidência conhecida até então. Sabe-se há muitas décadas que a terapia de deprivação androgênica (TDA) é o principal tratamento da doença metastática, mas infelizmente a maioria dos pacientes evolui com câncer de próstata resistente a castração (CPRC). Neste cenário, muitas drogas aprovadas têm por objetivo bloquear a via de sinalização androgênica, como por exemplo a abiraterona (inibidor da produção extra-gonadal de testosterona) ou enzalutamida (anti-andrógeno periférico). Estudos recentes têm sugerido que a administração periódica de testosterona em pacientes com CPRC em tratamento com TDA, chamado de terapia androgênica bipolar (BAT; bipolar androgen therapy) pode levar benefícios aos pacientes com redução do PSA, controle de doença e melhora na qualidade de vida. Apesar dos dados iniciais serem interessantes, os resultados de estudos maiores em andamento com BAT devem ser esperados e, até o momento, não se recomenda o uso de testosterona em pacientes com doença avançada.

Em resumo, há uma evidência crescente demonstrando que a terapia de reposição de testosterona em homens hipogonádicos é segura do ponto de vista oncológico: não aumenta o risco de desenvolver câncer de próstata e parece não aumentar o risco de recidiva em homens tratados de câncer de próstata com intenção curativa. Desta forma, homens hipogonádicos devem receber a TRT com objetivo de restaurar níveis adequados de testosterona, com importantes benefícios já demonstrados com esta estratégia. Em pacientes com história de câncer de próstata previamente tratados com intenção curativa, deve-se discutir com o paciente os prós e contras do uso da TRT, em especial em homens com maior risco de recidiva após o tratamento definitivo.



RESIDÊNCIA MÉDICA

CONHEÇA AS RESIDÊNCIAS MÉDICAS DOS SERVIÇOS DE UROLOGIA DO CENTRO MÉDICO DE CAMPINAS E DO HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO, DA PUC DE CAMPINAS

Nesta edição, o BIU traz informações sobre duas Residências Médicas oferecidas na cidade de Campinas: a do Serviço de Urologia do Centro Médico de Campinas (CMC) – apresentada pelo preceptor dos residentes, dr. Ricardo Miyaoka, e pelo residente dr. Osvaldo Oliveira Neto – e a da Urologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro – descrita pelo chefe da Residência, dr. Edison Schneider-Monteiro, e pelos residentes, dr. Stefano Garisto e Mário Grilo.

A disciplina de Urologia do Centro Médico de Campinas destaca-se pela qualidade do corpo docente, sendo a maioria dos professores com pós-graduação e vinculados à Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), além de ampla quantidade de procedimentos cirúrgicos realizados, especialmente relaciona-

dos a endourologia e laparoscopia. O serviço do CMC possui uma biblioteca própria que disponibiliza livros e periódicos. Outro ponto importante é o intercâmbio formalizado entre a Residência do CMC e da UNICAMP, a fim de dividir conhecimento e aprendizado em cirurgias minimamente invasivas e transplante renal.

Os residentes do CMC participam, também, dos ambulatórios de subespecialidades de Uro-oncologia, Uroginecologia, Uropediatria e laboratório de Urodinâmica. Às quartas-feiras são realizadas reuniões para discussão de diagnósticos e condutas, em conjunto com serviço de Urologia da UNICAMP. E às sextas-feiras se dispõe de um período para discussão de artigos científicos. Uma vez por mês é realizada uma reunião com enfoque em Uro-Oncologia, em conjunto com todos os serviços de Urologia

da cidade de Campinas e região. A Residência de Urologia do CMC segue um programa de aulas teóricas desenvolvidas dentro do serviço, que buscam englobar os diversos temas urológicos abordados nas provas de titulação da especialidade.

O dr. Miyaoka e o dr. Oliveira Neto comentam que todo o serviço de residência possui pontos passíveis de melhoria e assinalam que o ambulatório do CMC, por tratar-se de um hospital privado, não conta com subdivisões nas diversas áreas da Urologia. Outro ponto a ser aprimorado é o aprendizado em transplante renal, ainda em estágio inicial, pois no ano passado se iniciaram os transplantes com doador em morte encefálica. E informam que o CMC está trabalhando para aumentar o número de publicações produzidas.

O dr. Oliveira Neto (R3) julga-se



preparado para exercer a Urologia, na sua forma plena, em qualquer estado do Brasil ao final da especialização e comenta que a residência de Urologia no Centro Médico de Campinas promove uma excelente formação cirúrgica para resolução de patologias comuns no dia a dia do urologista. Segundo ele, ocorre um déficit quanto se deparam com patologias raras que requerem uma abordagem multidisciplinar. Ao concluir a residência pretende fazer especialização ou pós-graduação. Para ele, essa continuidade “é de suma importância, pois segue a tendência mundial na hiperespecialização do médico em subáreas. Com as constantes descobertas em cada subespecialidade, é difícil para o profissional estar minuciosamente atualizado em todas elas; sendo assim, o foco em uma delas é importante para condução de casos de maior complexida-

A disciplina de Urologia do Centro Médico de Campinas destaca-se pela qualidade do corpo docente, sendo a maioria dos professores com pós-graduação e vinculados à UNICAMP.

de e produção científica”. Na opinião do dr. Miyaoka, a SBU/SP cumpre seu papel na preparação do residente e acredita que pode melhor. “Os cursos precisam ser periódicos, regulares e

priorizar as subáreas da Urologia onde o aprendizado torna-se mais dificultoso por necessitar de logística especializada e regulamentação (caso do transplante renal); de equipamentos de alto custo (caso da cirurgia robótica) ou de volume de casos (caso da Uropediatria)”, destaca. O dr. Oliveira Neto sugere que a SBU-SP promova mais cursos de educação continuada, via internet, com o objetivo de reforçar conceitos básicos, realçar nuances de subespecialidades e, assim, nortear os estudos do residente.

HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO

O dr. Edison Schneider-Monteiro, chefe da Residência de Urologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro, explica que se trata de um serviço enxuto, com apenas seis assistentes, quatro deles





Nossos residentes exercem suas atividades sempre amparados pelos assistentes e têm obtido o título de especialista sem maiores dificuldades (Dr. Edison Schneider-Monteiro, Hospital e Maternidade Celso Pierro).

com doutorado – dois com fellow no exterior – e um com mestrado. “Procuramos desenvolver todas as áreas da Urologia e o que não dispomos no hospital, enviamos nossos residentes para outros serviços de Residência de referência, como HC-FMUSP, Barretos, além de um estágio opcional nos EUA. Nossos destaques são em laparoscopia, endourologia e tumores”, explica. O chefe da Residência destaca, também, que por se tratar de um hospital que atende tanto convênios como SUS, dispõe de material permanente de videolaparoscopia de última geração. Nos últimos anos, em razão das dificuldades financeiras no SUS, com redução de ambulatorios e cirurgias, o setor de convênios tem suprido essa falta, conferindo aos residentes um contato satisfatório até mesmo com aparelhos

mais modernos e restritos no SUS, como alça bipolar para RTUs, laser, telas para correção de prolapso e incontinência, além de materiais de laparoscopia, como bisturi bipolar e materiais descartáveis.

“Saliento ainda o ótimo vínculo que desenvolvemos com cinco outros Serviços de Urologia da região. Nossos residentes exercem suas atividades sempre amparados pelos assistentes, têm obtido o título de especialista sem maiores dificuldades, muitos têm feito pós-graduação, mestrado e doutorado nas instituições mais prestigiadas do país e estão muito bem preparados para entrar no mercado de trabalho”, afirma o dr. Edison. O dr. Stefano Garisto, residente desse Serviço, destaca como pontos positivos “a diversidade dos procedimentos, desde cirurgias abertas

até laparoscópicas. Além disso, os chefes são acessíveis e flexíveis. A parte de uro-oncologia é bastante avançada com estágios com a oncologia clínica, reuniões multidisciplinares, reuniões com outros serviços de Urologia da cidade”. Também assinala como fator favorável a uro-pediatria, com os mais diversos casos e procedimentos, além de aulas semanais.

Já o dr. Mário Grilo, também residente da Urologia do Hospital e Maternidade Celso Pierro, acredita que “o ponto mais forte seja o contato com as novas tecnologias e procedimentos de ponta, destacando-se a realização de cirurgias videolaparoscópicas e endourológicas. Vale destacar que dispomos de instrumentais de boa qualidade e número, assim como preceptores engajados e preparados para o ensino”.

Centro de Tratamento de Cálculos do Trato Urinário por Litotripsia Extra Corpórea

O LITHOCENTER ao completar seus 25 anos de existência, realizou mais de 75.000 litotripsias extracorpóreas com excepcionais resultados, em média 8% somente de reaplicações e taxa de sucesso maiores que 80%.

O paciente pode ser acompanhado por seu médico durante todas as fases do tratamento.



• Litotripsia Extra Corpórea

Nossos equipamentos de última geração em Litotripsia Extracorpórea por ondas de choque eletromagnéticas, modelo GEMINI, DELTA E SIGMA da DORNIER MEDTECH, com localização dos cálculos por ultrassom ou radioscopia, estão a disposição para tratamento de cálculos renais e ureterais, em regime ambulatorial. Anestesiistas e enfermagem especializada em todas as salas.

• Estudo Urodinâmico

Dispomos de equipamento Dynamed Dynapac MPX 816, operado por urodinamicistas experientes, para diagnóstico das disfunções miccionais de qualquer origem.

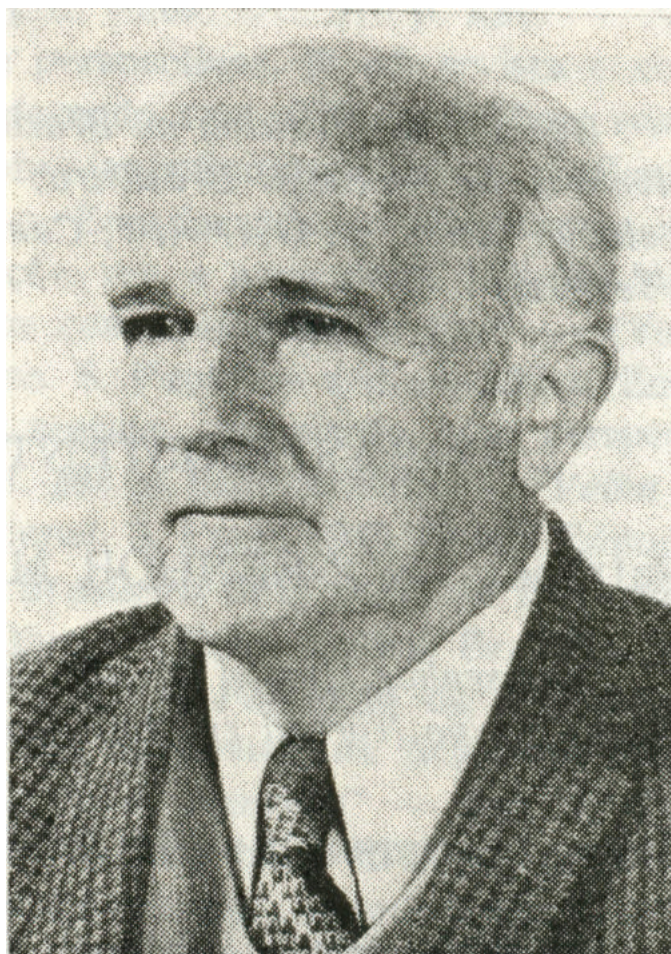


Rua das Perobas, 344 - 2º andar - CEP 04321-120
Jabaquara - São Paulo - Tel.: 11 5011-1717 / 4266 / 9710
e-mail: lithocenter@lithocenter.com.br ou lithocenter@uol.com.br
www.lithocenter.com.br

Certificado Dornier Medtech



O Lithocenter S/A, foi reconhecido pela Dornier Medizintechnik - Alemanha, como a clínica líder mundial em números de tratamentos de Litotripsia Extra Corpórea realizados com equipamentos Litotriptores Doli e Campact Sigma.



LYCURGO DE CASTRO SANTOS FILHO, UROLOGISTA E GRANDE HISTORIADOR DA MEDICINA BRASILEIRA

Helio Begliomini. assistente do Serviço de Urologia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (HSPE), pós-graduado pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e urologista do Instituto de Medicina Humanae Vitae (Imuvi).

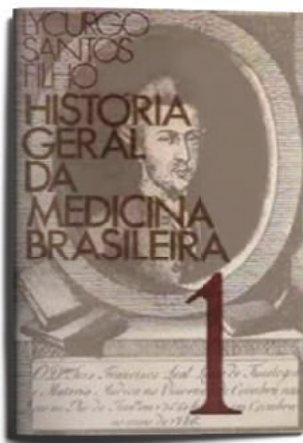
Lycurgo de Castro Santos Filho nasceu na cidade do Rio de Janeiro, no antigo estado de Guanabara, dia 10 de junho de 1910. Formou-se médico em 1934 pela Faculdade Medicina do Rio de Janeiro, hoje Faculdade Federal de Medicina da Universidade do Rio de Janeiro (UFRJ). Na vida acadêmica, foi aluno interno da cadeira de Urologia, em 1932. Após sua graduação trabalhou como médico urologista na antiga Caixa de Aposentadoria e Pensões dos Empregados da Companhia Paulista de Estradas de Ferro.

Em 1936 mudou-se para Campinas (SP), onde casou-se, teve filhos e viveu por mais de cinquenta anos. Foi um dos fundadores do Hospital Santo Antônio e se dedicou, com grande destaque, ao estudo da história da medicina brasileira. Foi professor de História da Medicina na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp (1965-1970) e professor de Cultura Brasileira e de História da Cultura da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (1969-1974).

Desempenhou diversas funções em entidades médicas e culturais. Dentre elas, foi presidente (1940-1941) e membro vitalício do conselho deliberativo da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas (1941); titular-fundador, presidente e presidente honorário da Academia Campinense de Letras (1960-1976); representante da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas no conselho de redação da Revista Paulista de Medicina da Associação Paulista de Medicina (1961); diretor do Departamento de Cultura da Prefeitura Municipal de Campinas (1970-1973); vice-presidente e presidente da regional de São Paulo da

“

A sua obra História Geral da Medicina Brasileira é a mais bem documentada exposição sobre a Medicina no Brasil, do século XVI aos dias em que foi produzida.



Sociedade Brasileira de Escritores Médicos (1976-1977) e presidente da seção de medicina da Sociedade Paulista de História da Medicina de São Paulo. Foi também membro do conselho redatorial e colaborador efetivo de revistas nacionais e estrangeiras, como “Imprensa Médica” e “Revista Portuguesa de Medicina”, de Lisboa; chefe do departamento de arquivo e estatísticas do Hospital-Clinica Santo Antônio

(Campinas); presidente da comissão de geografia e história do Conselho Estadual de Artes e Ciências Humanas de São Paulo; presidente da Academia Paulista de História (1977-1979); presidente da Academia Paulista de Letras (1983-1984 e 1985-1986) e Sociedade Brasileira de História da Medicina, em 1997, onde foi um dos fundadores e presidente de honra.

O dr. Lycurgo recebeu o prêmio da Sociedade Paulista de História da Medicina de 1961 pelo estudo “Fontes Especializadas da História da Medicina Brasileira”. Foi bolsista da Fundação Calouste Gulbenkian de Lisboa (1968-1969 e em 1972) para pesquisar nos arquivos e bibliotecas de Portugal a influência da medicina portuguesa na medicina brasileira dos séculos XVI, XVII e XVIII. Também foi convidado especial da Fundação Josiah Macy Junior de Nova Iorque (1971).

Foi autor de mais de cem títulos publicados sobre medicina, cirurgia, história da medicina e sociologia. A sua obra História Geral da Medicina Brasileira (1977), em dois volumes, novamente publicada em 1991, foi uma revisão, complementação e atualização do seu livro História da Medicina no Brasil do Século XVI ao Século XIX (1947). Trata-se da mais bem documentada exposição sobre a Medicina no Brasil, do século XVI aos dias em que foi produzida, trazendo consistente e volumoso conjunto de dados, fatos e informações, além de iconografia médica inédita no Brasil. Isso justifica plenamente considerar seu autor como sendo o grande historiador da Medicina brasileira.

Lycurgo de Castro Santos Filho encerrou sua carreira em 1967, aposentando-se como médico do Instituto Nacional de Previdência Social, em Campinas, e faleceu em 23 de setembro de 1998, aos 88 anos.

ACUPUNTURA

E SUA APLICAÇÃO EM UROLOGIA



Edson Gurfinkel, mestre em Medicina pela FMUSP, doutor em Medicina pela UNIFESP-EPM e assistente doutor da Disciplina de Urologia da UNIFESP-EPM

O tratamento por acupuntura (que significa penetração por agulhas) iniciou-se na área geográfica que hoje compreende a China e outros países asiáticos há mais de 3000 anos. Na China, os primeiros relatos datam do ano 100 AC e está descrito nos tratados de Nei Jing (Clássicos do Imperador Amarelo). Conforme as filosofias taoísta e confucionista foram crescendo na China, também foram

sendo incorporadas nos princípios fundamentais da teoria da técnica de acupuntura. Ao longo do tempo, cada região desenvolveu suas próprias técnicas e estilos, baseados em interpretações, comentários e compêndios de textos antigos, de forma que podemos identificar estilos como a Tradicional Chinesa, Japonesa, Coreana e Vietnamita. O tratamento por acupuntura expandiu-se para a Europa a partir do século 16, com a

criação das rotas comerciais entre a Europa e a China. Nos EUA, apesar de relatos desta modalidade de tratamento a partir do século 18, passou a ser mais conhecida com o artigo de um repórter publicado no New York Times, em 1971, descrevendo a sua experiência com o tratamento da dor por acupuntura, na China.

O tratamento por meio da acupuntura é uma das modalidades terapêuticas da Medicina Tradicional Chinesa



(MTC), que conta também com fitoterapia, massagem corporal, ventosas e tratamento por movimentos corporais (Tai Chi), entre outros.

A acupuntura refere-se ao estímulo de uma determinada região anatômica – pode ser por meio de finas agulhas de aço (no passado já se utilizou fragmentos de osso, pontas de pedra e metais diversos), estímulos térmicos, estímulo elétrico, pressão manual, ímãs, lasers de baixa frequência e canetas de ultrassom. Apesar de toda esta diversidade, a técnica mais conhecida, estudada e publicada em revistas relevantes utiliza finas agulhas inseridas através da pele e estimuladas manualmente ou por meio de estímulo elétrico. O tratamento pode ser sistêmico, localizar-se em uma região como cabeça (crânio acupuntura), orelha, mãos, pés, dedos e nariz (existem ainda outros sistemas, menos comuns) ou integrá-las.

A teoria que rege o tratamento por acupuntura baseia-se no fundamento de que o Homem é um microcosmo dentro do macrocosmo do Universo – ou seja, para ter saúde, o indivíduo tem que estar integrado com as leis da natureza. Por isto, conceitos filosóficos taoísta que regem a natureza como Qi (Energia Vital), Yin/Yang (forças opostas e complementares que regem toda a Natureza) e a Teoria dos 5 Elementos (Madeira, Água, Fogo, Terra e Metal, que representam processos ou fases de um ciclo), estão presentes na estratégia de tratamento da Medicina Tradicional Chinesa, com o intuito de restituir o equilíbrio ao paciente. Podemos exemplificar com o tratamento de uma lombalgia. Sob o ponto de vista da MTC, este sintoma não pode ser avaliado de maneira isolada, apenas como dor lombar. Ela é o resultado de uma causa específica para aquele paciente e este terá um tratamento personalizado. Isto significa que dois indivíduos com dor lombar podem ter tratamentos completa-



O tratamento por meio da acupuntura é uma das modalidades terapêuticas da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que conta também com fitoterapia, massagem corporal, ventosas e tratamento por movimentos corporais (Tai Chi), entre outros.

mente diferentes, pois a etiologia seria distinta para ambos, apenas o alarme (lombalgia) seria comum. Assim sendo, a anamnese na MTC, além da anamnese clássica, agrega elementos próprios como o estudo dos meridianos que cruzam o indivíduo, valoriza muito o seu estado mental, suas emoções, sua constituição e analisa estruturas que podem revelar patologias específicas como língua e pulso radial. Uma vez identificadas as causas do problema naquele indivíduo, é elaborado um plano de tratamento com os pontos que serão estimulados. Para isto, é realizada a inserção de finas agulhas de aço (que podem ter diferentes tamanhos) em pontos

selecionados. O tratamento, dependendo da origem do problema, pode ainda ser complementado por calor em pontos específicos por meio de MOXA (bastão de Artemísia), ou estímulo elétrico por meio de aparelhos específicos (eletro acupuntura). Na estratégia de tratamento, o médico pode utilizar apenas o tratamento corporal (pontos em membros superiores, inferiores, tórax e abdômen) ou agregar micro sistemas (pontos em crânio, orelhas, mãos e pés). O tratamento é realizado por sessões. Uma sessão de acupuntura pode demorar, em média, de 30 a 60 minutos. Dependendo do problema do paciente, podem ser necessárias duas a três sessões por semana, durante quatro a seis semanas. Após terminar o tratamento básico, pode haver a necessidade ou não de um tratamento de manutenção. Se for o caso, são planejadas sessões mensais por um período médio de seis meses (em casos crônicos, até mais).

Existem várias teorias sobre os mecanismos de ação que procuram explicar os efeitos da acupuntura, mas nenhuma é muito clara: ação nos sistemas nervosos somático e autonômico (fibras C e fibras A delta), ação hormonal (cortisol, ocitocina, melatonina), ação no sistema imunológico (citoquinas), entre outras. No tratamento de acupuntura para alívio de dor, área em que esta modalidade de tratamento é muito estudada, trabalhos evidenciam que o estímulo dos pontos de acupuntura associa-se com efeitos de neurotransmissores como endorfinas liberados em níveis espinais e supra espinais (1,2). Além disto, trabalhos com RNM funcional demonstraram efeitos fisiológicos com o estímulo dos pontos de acupuntura. Para ilustrar, pontos do meridiano da bexiga estimulados no pé (utilizados para tratamento de distúrbios da visão) alteraram os sinais da RNM no córtex visual (3). A acupuntura tem-se mostrado como uma



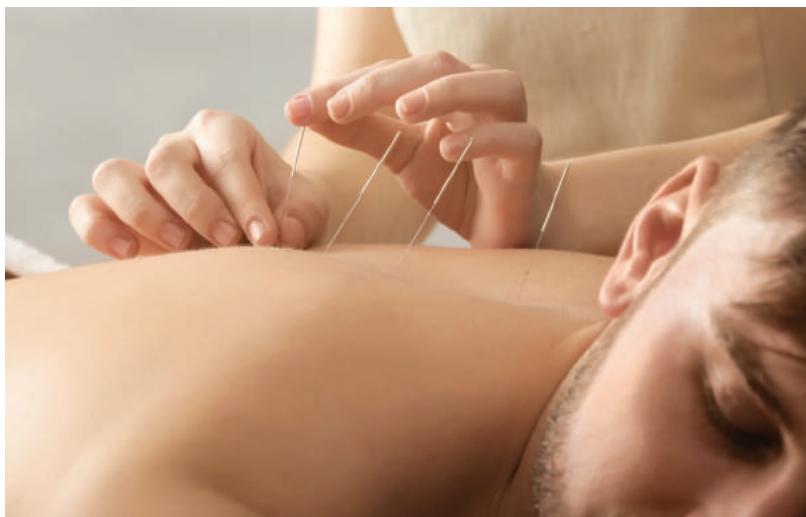
opção terapêutica que pode potencializar resultados favoráveis de tratamentos em várias especialidades.

Na Urologia, existem vários trabalhos publicados que demonstram resultados animadores com esta modalidade de tratamento. Apesar de muitos destes trabalhos poderem ser criticados pelo seu desenho, são inúmeros os que demonstram resultados significativos em diversas situações clínicas. Para ilustrar, citamos o uso de acupuntura no tratamento de ejaculação precoce, no qual foi comparada com o uso de dapoxetina. Apesar de menos efetiva, a acupuntura permitiu um retardo de ejaculação significativo, sem os efeitos colaterais do medicamento (4). Chang (2017) realizou uma revisão sistemática sobre a eficiência do tratamento por acupuntura em pacientes com Síndrome da Dor Pélvica/Prostatite Crônica (SDPC/PC) e concluiu que a acupuntura tem uma eficácia maior que os tratamentos médicos convencionais e deveria, quando disponível, fazer parte do tratamento padrão para esta síndrome. Um trabalho prospectivo e randomizado, comparou o tratamento por acupuntura e solifenacina em pacientes com bexi-

ga hiperativa: o autor concluiu que acupuntura deve ser considerada uma opção terapêutica junto com o tratamento comportamental, principalmente naqueles pacientes em que os medicamentos anticolinérgicos são contraindicados. Neste trabalho, vale a pena destacar que os níveis de NGF (Fator de Crescimento Neural), medidos na urina antes e depois do tratamento em todos os braços estudados, evidenciou queda naqueles que apresentaram resultados favoráveis (6). Por fim, Kaynar (2015) comparou a eficiência dos tratamentos com diclofenaco, acupuntura e acetaminofen em cólica renal. Utilizando escala visual de dor (VAS e VRS), concluiu que acupuntura pode ser uma ótima opção terapêutica para os pacientes com riscos de efeitos colaterais para o acetaminofen e anti-inflamatórios não esteroides.

Podemos concluir que a acupuntura é um tratamento efetivo em muitas situações clínicas, seja como monoterapia, seja como parte de um tratamento multidisciplinar.

Acredito que na especialidade de Urologia, em nosso meio, esteja sendo subutilizada e deveríamos buscar integrá-la em nossas estratégias de tratamento.



BIBLIOGRAFIA

NEUROCHEMICAL BASIS OF ACUPUNCTURE ANALGESIA. Han JS, Terenius L. Annu Rev Pharmacol Toxicol: 1982; 22: 193

ACUPUNCTURE – FROM EMPIRICISM TO SCIENCE: FUNCTIONAL BACKGROUND TO ACUPUNCTURE EFFECTS IN PAIN AND DISEASE. Andersson S, Lundeberg T. Med Hypotheses: 1995; 45 (3): 271

FUNCTIONAL MRI IN HEALTHY SUBJECTS DURING ACUPUNCTURE: DIFFERENT EFFECTS OF NEEDLE ROTATION IN REAL AND FALSE ACUPOINTS. Fang JL, Krings T, Weidemann J, Meister IG, Thron A. Neuroradiology: 2004, 46 (5): 359

A PROSPECTIVE RANDOMIZED CONTROLLED STUDY TO COMPARE ACUPUNCTURE AND DAPOXETINE FOR THE TREATMENT OF PREMATURE EJACULATION. Sahin S, Bicer M, Yenice MG, Seker KG, Yavuzsan AH, Tugcu V. Urol Int: 2016, 97 (1): 104

THE EFFICACY OF ACUPUNCTURE IN MANAGING PATIENTS WITH CHRONIC PROSTATITIS/CHRONIC PELVIC PAIN SYNDROME: A SYSTEMIC REVIEW AND META-ANALYSIS. Chang SC, Hsu CH, Yang SS, Chang SJ. Neurourol Urodyn: 2017, 36 (2): 474

ACUPUNCTURE VERSUS SOLIFENACINA FOR TREATMENT OF OVERACTIVE BLADDER AND ITS CORRELATION WITH URINE NERVE GROWTH FACTOR LEVELS: A RANDOMIZED, PLACEBO-CONTROLLED CLINICAL TRIAL. Aydogmus Y, Sunay M, Arslan H, Aydin A, Adiloglu AK, Sahin H. Urol Int: 2014, 93(4): 437

COMPARISON OF THE EFFICACY OF DICLOFENAC, ACUPUNCTURE AND ACETAMINOPHEN IN THE TREATMENT OF RENAL COLIC. Kaynar M, Koyuncu F, Buldu I, Tekinarslan E, Tepeler A, Karataq T, Istanbuluoglu MO, Ceylan K. Am J Emerg Med: 2015, 33 (6): 749



CUIDADOS MÉDICO-LEGAIS FRENTE A PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cesar Augusto Martins Patti, anesthesiologista com curso de especialização em medicina legal, graduando em Direito.

Na vida em sociedade, estamos todos sujeitos a uma multiplicidade de leis das quais muitas vezes não temos consciência, mas que governam, de maneira quase invisível, nossas vidas cotidianas. Da mesma forma, temos leis e normas que determinam certos aspectos de nossa prática profis-

sional como médicos, mesmo que essa percepção não seja clara. As sociedades atuais, em geral, dão especial atenção ao conjunto de normas e regras que regem nossa profissão, até porque esta lida com valores que são bastante caros à maioria das pessoas - a vida e a saúde humanas - não se aceitando, de maneira geral, que estas sejam

colocadas em risco por práticas errôneas, equivocadas ou mesmo manifestamente ilegais.

Assim, em determinadas circunstâncias, os médicos podem se ver questionados no âmbito legal por erros, situações e condutas das mais variadas, havendo ou não a responsabilização final, a depender do caso específico. As normas

que balizam a atuação profissional dos médicos, e cujo desrespeito pode trazer consequências negativas ao profissional em questão, grosso modo podem ser separadas em três grandes grupos.

O primeiro grupo de normas é o da esfera administrativa. Refere-se ao conjunto de portarias, normas técnicas e regulamentos emitidos pelos conselhos regionais de Medicina, pelo Conselho Federal de Medicina e, em alguns casos, pelas sociedades de especialidades. Os conselhos possuem também poder punitivo e através da instauração de processo ético-profissional podem determinar sanções que vão desde a advertência verbal sigilosa até a cassação do registro profissional, a qual impede, em termos legais, o médico de continuar atuando como tal.

O segundo grupo de normas é o da esfera da responsabilidade civil, disciplinada no Código Civil e regida pelo princípio geral de que, quando alguém causa dano a outrem, fica obrigado a reparar o dano. São os comumente chamados “processos de indenização”. Em tais processos, o autor - aquele que se sentiu prejudicado - solicita ao poder judiciário que obrigue o réu (o suposto autor do

dano) a lhe fazer uma reparação, quase sempre pecuniária (em dinheiro). Esses processos por indenização vêm assumindo uma importância crescente em relação à profissão médica. Podem tanto dizer respeito a um paciente que, por exemplo, simplesmente ficou insatisfeito com o resultado de um tratamento, quanto àquele que realmente foi vítima de um erro sério de conduta, de diagnóstico ou de tratamento (o chamado erro médico).

Por fim, o terceiro grupo de normas é o da reponsabilidade penal, ou seja, o médico, em sua atividade profissional, pode dar ensejo a condutas que são caracterizadas (tipificadas) no Código Penal vigente como criminosas. Geralmente se trata de situações mais graves, que a sociedade em geral considera que devem ser punidas com mais severidade, o que se reflete nos artigos do Código Penal. Assim são, por exemplo, os crimes de Lesão Corporal e de Homicídio. Tais crimes, quando envolvem a prática médica, geralmente são considerados culpados, isto é, entende-se que ocorreram sem que o agente (o médico) tivesse a intenção de provocar alguma lesão. A apuração de tais crimes é realizada por inquérito policial e, caso haja condenação ao final do processo, a pena

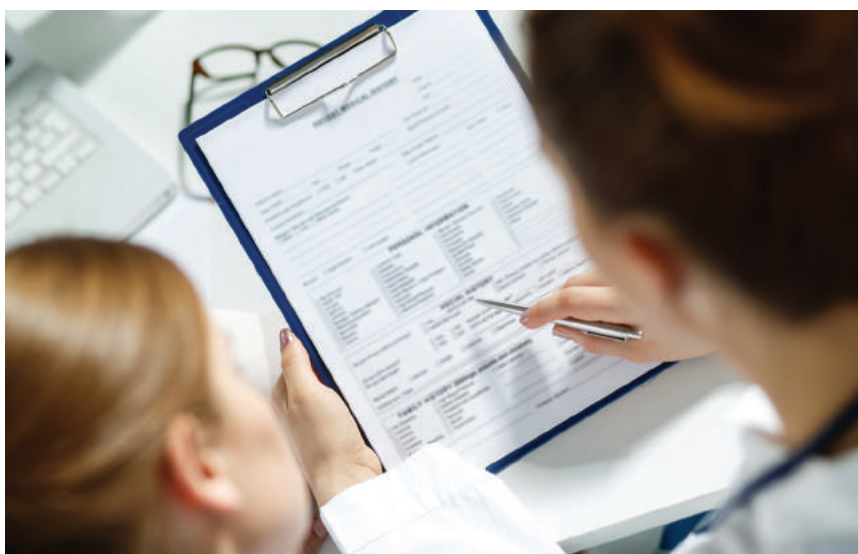
pode ser de prisão ou, como ocorre em muitos casos, substitutiva à perda de liberdade (como prestação de serviços comunitários ou pagamento de determinada quantia). Este panorama exposto acima traz à mente, quase que de maneira imediata, a seguinte pergunta: sendo a prática médica tão regulamentada e com tantas possibilidades de responsabilização do profissional, mesmo que tenha agido corretamente, como pode o médico se proteger de tais eventualidades, ou como diminuir a chance de sua ocorrência? É o que tentaremos resumidamente responder em seguida.

CUIDADOS MÉDICO-LEGAIS

Apesar do título deste artigo fazer referência especificamente a procedimentos cirúrgicos, não deveria haver muita surpresa no fato de que os cuidados a serem tomados nessas situações são praticamente os mesmos a serem tomados no restante da prática profissional. O Código de Ética Médica (CEM) é o conjunto de normas estabelecidas pelas entidades que tem a atribuição de regulamentar a prática médica e representam, de maneira geral, o que se entende por atuação ética e adequada. O CEM é, em certo sentido, mais restritivo até que as outras legislações que podem se aplicar na prática e, por esse motivo, podemos considerar que a atuação que segue as normas e limites do CEM já tenderá a ser considerada adequada e, portanto, estará mais protegida, na eventualidade de alguma demanda ética ou judicial.

Assim, temos como consideração especial alguns pontos de destaque, valorizados pelo CEM, quando da realização de procedimentos cirúrgicos:

A relação médico-paciente e o consentimento informado: o CEM atual é bastante claro em valorizar e respeitar a autonomia do paciente, sendo que qualquer decisão médica, seja diagnóstica ou terapêutica,



deve lhe ser transmitida com clareza e honestidade, para que, após considerar as alternativas, a melhor decisão conjunta entre médico e paciente possa ser tomada. Isto é verdade em qualquer aspecto da prática médica, mas assume importância significativa quando procedimentos cirúrgicos estão envolvidos, já que envolvem riscos específicos e geralmente constituem situação de especial estresse para os pacientes. Evidente que a comunicação deverá ser dosada de acordo com as capacidades e possibilidades de cada paciente, para que se chegue a uma decisão satisfatória em todos os aspectos. Assim, a manutenção de uma boa relação médico-paciente é uma das melhores defesas na eventualidade de um resultado cirúrgico ou terapêutico insatisfatório.

Habilidade técnica atualizada: o CEM também regulamenta que o médico deve utilizar as melhores técnicas diagnósticas e terapêuticas em benefício de seu paciente. Obriga também o profissional a se manter, na medida do possível, atualizado. Porém, chega a ser notório que frequentemente as situações concretas estão longe do ideal e nem todos os recursos diagnósticos e terapêuticos estão prontamente disponíveis para todos os casos. Por este motivo, essa norma indica na verdade que o tratamento deve ser o mais adequado possível, levando-se em conta as limitações objetivas dos atendimentos.

Documentação: este aspecto é importantíssimo e também contemplado pelo CEM. A documentação clara e objetiva em prontuário deve ser realizada e conter de maneira fidedigna todas as informações necessárias para um entendimento correto do diagnóstico, tratamento e prognóstico do caso; nos procedimentos cirúrgicos, a documentação também deve conter, entre outros dados, a descrição do procedimento, a clara identificação de cada um dos integrantes da



O Código de Ética Médica (CEM) é o conjunto de normas estabelecidas pelas entidades que tem a atribuição de regulamentar a prática médica e representam, de maneira geral, o que se entende por atuação ética e adequada.

equipe médica, bem como a descrição de quaisquer intercorrências que tenham ocorrido. A documentação médica é de suma importância por dois motivos principais: primeiro, porque se trata de um direito do paciente, que pode necessitar saber, a qualquer momento e por qualquer motivo, to-

dos os aspectos de seu tratamento; e, em segundo lugar, é sempre bom lembrar que na eventualidade de uma demanda judicial em que o médico se veja envolvido, a correta documentação é o que dará principal sustentação à sua defesa, facilitando um resultado final positivo.

Como conclusão, pode-se deixar como sugestão a todos os colegas a leitura da versão integral do CEM, que está prontamente disponível nos sites do CFM e dos conselhos regionais, já que lá se encontra sintetizada o que se entende, atualmente, por boa prática médica do ponto de vista ético. Pode-se, porém, fazer a ressalva de que tal leitura pode surpreender à primeira vista, considerando alguns artigos que parecem estar muito distantes da realidade prática em nosso meio. Nesses casos, talvez seja mais prudente entender essas normas como recomendações de ideais a serem atingidos, na medida do possível. De toda forma, essa leitura é importante para que o profissional possa atuar com mais segurança em seu cotidiano.

UROLOGIA E ANTIGOMOBILISMO

Wander Cunha, urologista de Taubaté, São Paulo



O IMPALA 1959 PREMIADO



Eu costumo resumir minha vida citando duas grandes paixões: a Urologia e os carros antigos. Essa segunda paixão, que é conhecida como antigomobilismo, me rende muitos momentos de alegria e também me levou a conquistar um prêmio como destaque no 4º Encontro Brasileiro de Autos Antigos realizado neste ano em Águas de Lindóia, com meu Impala verde 1959.

Tudo começou em São João Del Rey em 1991, onde adquiri um Chevrolet 1951, meu primeiro carro antigo restaurado. A partir daí essa paixão só aumentou. A cada viagem sempre parava nas estradas e pedia informações sobre algum carro antigo abandonado. Nessa época, restaurava todos modelos nacionais ou estrangeiros. Cheguei a ter DKW, Gordini, Aero-Willys, Fuscas, Kombis, Itamaraty, Simca Chambord, KMG ...

Com o passar do tempo e adquirindo experiência, concentrei o foco nos modelos dos Estados Unidos da década de 50. Os engenheiros da indústria americana daquela década estavam inspirados e, no pós-guerra, não havia economia no tamanho, no requinte dos frisos, nos cromados e no conforto! Hoje diminui o número de veículos, mas aprimorei a qualidade nas raridades dos modelos da época áurea da indústria automobilística, com Impalas, Belair, Chrysler Imperial, Cadillac's e Chevy Conversíveis, entre outros.

Meu acervo conta com uma característica: coloco para andar todos os carros todos os finais de semana, exceto quando chove. O trajeto ideal para os passeios é a rodovia Floriano Rodrigues Pinheiro, que liga Taubaté a Campos do Jordão, onde passo os finais de semana. É uma verdadeira atração e aventura na estrada. Aproveito o percurso da serra para fazer o check-list de possíveis itens falhos que precisam de reparos e avalio cada detalhe mecânico. Os robustos motores e a maciez das suspensões destes carros são perfeitos e jamais nos deixam na estrada. Sou meticuloso na restauração e respeito com rigor todos os itens originais.

O antigomobilismo é um culto ao saudosismo que também nos permite fazer sempre novas amizades. No momento, estou terminando a restauração de um Chevy 52 conversível e para 2018 já me coloquei dois desafios: restaurar uma Cadillac 1958 e um Belair 1957. Sempre incentivado pela minha esposa e filha, ambas médicas dermatologistas, jamais desisto de aumentar a garagem. A cada carro restaurado uma nova história a ser contada para os amigos e admiradores.

A Urologia e o antigomobilismo fazem parte do meu dia a dia. Nas consultas sempre há espaço para contar a história de carros antigos. Em Campos do Jordão, reúno os amigos na garagem, onde conversamos, apreciamos um bom vinho ao lado dos carros antigos e fazemos os planos para o ano que vem, que já tem dois eventos programados: os encontros de Águas de Lindóia e de Araxá, em Minas Gerais .



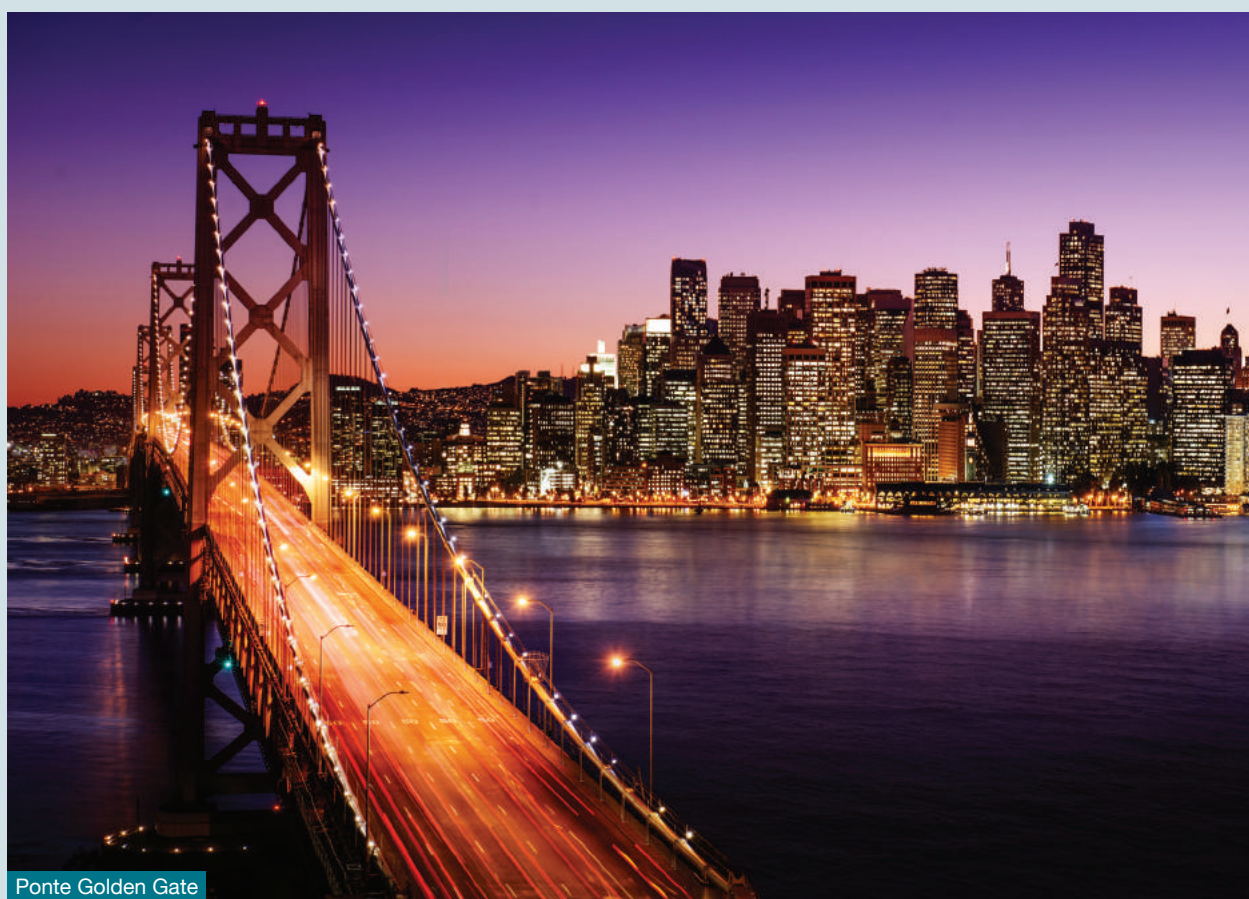
Wander, entre a esposa Elina e o presidente da Federação Brasileira de Veículos Antigos, Roberto Suga

“

O antigomobilismo é um culto ao saudosismo que também nos permite fazer sempre novas amizades.



EM MAIO ACONTECE O CONGRESSO ANUAL DA AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION



Ponte Golden Gate

Entre os dias 18 e 21 de maio a cidade de San Francisco, na Califórnia (EUA), reunirá urologistas de todo o mundo para a realização do encontro anual da American Urological Association (AUA), principal evento científico da especialidade em âmbito internacional, que chega em 2018 a seu 113º ano.

Serão mais de 50 horas de programação plenária em que destacados nomes da Urologia mundial apresenta-

rão os avanços da especialidade e novas técnicas cirúrgicas, debaterão temas controversos e farão discussões de casos. Além das sessões plenárias, foram programados mais de 80 cursos de instrução e cursos práticos, abrangendo todo o espectro da Urologia. O evento acontecerá no Moscone Center. As inscrições podem ser feitas pelo site do encontro (www.aua2018.org) e os valores variam de US\$ 395 (até dia 20 de fevereiro de 2018) a US\$ 495 (após o dia 21 de fevereiro de 2018).

Bondes de San Francisco



VALE SE AVENTURAR PELAS LADEIRAS DE SAN FRANCISCO

Com suas ladeiras íngremes e seus bondes abertos, San Francisco, na Califórnia, já serviu de cenário para tantos filmes que mesmo turistas que chegam lá pela primeira vez tem uma sensação de familiaridade. Por isso, quem viaja a San Francisco não deve deixar de conhecer a Crooked street, ao final da Lombard street, a ladeira mais famosa, com suas curvas fechadas e rodeada de belos canteiros e jardins. Outro local imperdível é a ponte Golden Gate, de traços art déco destacados pela pintura vermelha, certamente um dos cartões postais da cidade, misto de obra de arte e de engenharia. A ponte pênsil, inaugurada em maio de 1937, foi planejada para conectar San Francisco, cidade rodeada por água, com outras localidades da região.

Um dos pontos turísticos mais concorridos é o Pier 39. Localizado na região de Fisherman's Wharf, abriga restaurantes, museus, lojas e o aquário, também visita obrigatória. O gigantesco Aquarium of the Bay reúne cerca de 20 mil animais das mais diversas espécies. O visitante pode percorrer as instalações, que em alguns pontos estão submersas, permitindo que os animais sejam observados em seu habitat.

Um dos "moradores" mais célebres da região, embora não por vontade própria, foi o famoso gângster Al Capone. Preso por sonegação de impostos, provavelmente seu crime menos violento, ele ficou confinado na prisão da Ilha de Alcatraz – localizada na baía de San Francisco - entre 1934 e 1949, quando foi solto em razão de graves problemas de saúde. Essa ilha, com seu presídio agora transformado em ponto turístico, também vale uma visita. O tour permite observar as celas, pátios e refeitórios do presídio considerado, até seu fechamento, em março de 1963, um dos mais seguros dos Estados Unidos.



Crooked street



Pier 39



Prisão da Ilha de Alcatraz



XV Congresso
Paulista de **Urologia**
SAVE THE DATE!

06 a 08 setembro 2018
São Paulo | WTC

congressopaulistadeuro2018.com.br

