



**SAIBA TUDO SOBRE AS PRIMEIRAS REUNIÕES DA NOVA DIRETORIA
E FIQUE POR DENTRO TAMBÉM DAS FINANÇAS DA SOCIEDADE**



PONTO DE VISTA

Três renomados médicos falam sobre o rastreamento do câncer de próstata



DIREITO MÉDICO

A judicialização da saúde é o tema abordado no primeiro texto desta nova seção



FIQUE SABENDO

Aedes aegypti causa epidemia com a transmissão da dengue, zika e chikungunya



A SBU-SP mantém um canal exclusivo para o público em geral. **CONHEÇA E DIVULGUE!**

Informações para o público em geral

Conheça e divulgue!



ACESSE O SITE DA SBU-SP E FIQUE POR DENTRO DE TODAS AS NOVIDADES DA SOCIEDADE!



FÁCIL ACESSO AOS CURSOS E PRÓXIMOS EVENTOS

O SITE TAMBÉM OFERECE CONTEÚDOS INFORMATIVOS PARA O PÚBLICO GERAL. INDIQUE AOS SEUS PACIENTES



WWW.SBU-SP.ORG.BR

*João Luiz Amaro**José Carlos Truzzi*

CARTA AOS UROLOGISTAS PAULISTAS

O PRIMEIRO NÚMERO DO BIU DA GESTÃO 2016/2017

As diretrizes da atual Diretoria da SBU-SP estão voltadas à maior integração com o urologista paulista. Esse compromisso assumido durante a campanha eleitoral será a linha condutora dos projetos e ações ao longo do biênio 2016/2017.

O urologista paulista tem que reconhecer na nossa sociedade um aliado na defesa profissional, e assim, poder pleitear condições de atuação mais dignas. A SBU-SP deve possibilitar ao urologista uma atuação de vanguarda, devendo ser uma das principais fontes de atualização científica. A Sociedade deve ser parte permanente do cotidiano do urologista.

Nessa nova gestão, o BIU passa a ter um novo formato. A cada número o associado poderá acompanhar todas as ações da diretoria, o andamento dos projetos e o balanço financeiro da sociedade.

Uma seção será destinada à exposição dos diferentes pontos de vista sobre temas controversos. Neste primeiro número vamos abordar a polêmica gerada sobre o Rastreamento do Câncer de Próstata.

Na seção "Fique Sabendo" um expert discorrerá sobre um tema de relevância, como na atualidade é o caso da epidemia dos vírus da Dengue, Zika e Chikungunya.

Questões legais da medicina terão espaço fixo no BIU. Tópicos de interesse prático abordados por advogados, juizes e outras autoridades serão vistas na seção "Direito Médico".

O espaço "Além da Urologia" será palco para a reflexão de assuntos de interesse geral ligados à ética, uma literatura nem sempre de fácil acesso que desperta curiosidade e conta com crescente interesse.

O que fazemos para aliviar o estresse do dia a dia? Médicos convidados darão dicas de atividades que fazem e proporcionam lazer, diversão e nos fazem relaxar. Tudo isso na seção "Sem Estresse".

Mais do que atuar como um veículo de informação, nosso objetivo é que o BIU seja um instrumento de troca de informações. O urologista deve ter na revista um meio de se comunicar com a Diretoria da SBU-SP, sugerindo temas, apresentando as demandas para a prática urológica na sua região e no seu ambiente de trabalho. O objetivo é integrar o urologista paulista, seja ele do interior, capital ou litoral.

O BIU é o veículo de comunicação que todo urologista deve utilizar para sentir-se parte integrante da SBU-SP. Anote na agenda: o e-mail **biu@sbu-sp.org.br** é o seu canal de comunicação com a Sociedade. Faça parte!

João Luiz Amaro
Presidente da SBU-SP

José Carlos Truzzi
Editor do BIU



Boletim de Informações Urológicas • Janeiro / Fevereiro 2016

EXPEDIENTE

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

Presidente

João Luiz Amaro

Vice-Presidente

Flavio Eduardo Trigo Rocha

1º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

2º Secretário

Gilberto Saber

1º Tesoureiro

Geraldo Eduardo de Faria

2º Tesoureiro

Iderpol Leonardo Toscano Junior

Delegados

Leonardo Oliveira Reis

Fernando Nestor Facio Junior

Roberto Vaz Juliano

Delegados Suplentes

Gilberto Chavaria

André Luiz Farinhas Tomé

Francisco Kanasiro

Editor do BIU

José Carlos Truzzi

Conselho Editorial do BIU

Alexandre Saad Feres Lima Pompeo

Daniel Santinho Portugal e Silva

Hamilton de Campos Zampolli

Geraldo Eduardo de Faria

Helio Begliomini

Marco Aurélio Silva Lipay

Edmilson de Oliveira Longhi

Osnir Carvalho da Silveira

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 – Seção São Paulo. BIU é distribuído amplamente para todos os urologistas do território nacional.

Permite-se a reprodução de textos, desde que citada a fonte.



SERVIÇOS DE COMUNICAÇÃO

RV SERVIÇOS DE
COMUNICAÇÃO LTDA

Criação • Produção • Publicidade

Tel.: (11) 3888-2222 • Fax: (11) 3888-2221

E-mail: contato@rvmais.com.br

**Coordenadora
de comunicação:**
Vanessa Silva

Jornalista:
Flavius Deliberalli

Supervisor de criação:
Tiago Bermudez

Diagramação:
Rodrigo Mendes

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 – Seção São Paulo. A SBU-SP e o BIU eximem-se de quaisquer responsabilidades por lesões corporais decorrentes de produtos mencionados nas propagandas comerciais.



Este símbolo indica que o papel utilizado neste impresso foi produzido com madeira de florestas certificadas FSC e outras fontes controladoras



Acompanhe a
SBU-SP pelas
redes sociais

Instagram: @sbu_sp

Curta a página no Facebook e siga
a Sociedade no Instagram!



www.facebook.com/sociedade.deurologia



16

FIQUE SABENDO

Os novos vírus que chegaram ao Brasil

20

ALÉM DA UROLOGIA

Liberdade de Expressão e o Islamismo



24

SEM ESTRESSE

Alterações clínicas em obras de arte



ENTREVISTA

Saiba mais sobre o novo presidente da SBU-SP



8

SBU E VOCÊ

Relatório Financeiro da SBU-SP

10

PONTO DE VISTA

Urologia em debate

15

RESIDÊNCIA MÉDICA

Vagas para residentes

22

DIREITO MÉDICO

A Judicialização da Medicina. O que o urologista pode ajudar?

26

AGENDA

Programação Proteus e calendário de eventos 2016





PERFIL

Idade: 55 anos

Onde trabalha atualmente:

Professor Titular do Departamento de Urologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista – Unesp

O que faz nas horas vagas:

Caminhada, passeios que proporcionem o contato com a natureza e com a família.

Time do coração: São Paulo

O que a urologia significa para você?:

A urologia me permite realizar todas as coisas que eu quero e almejo. É uma profissão muito boa. Ser médico é bom, mas ser urologista é ainda melhor, pois sempre tive muitas oportunidades, até chegar ao cargo de presidente da Sociedade.



A função da Sociedade, entender e atender os sócios da entidade.

A SBU-SP precisa representar verdadeiramente o urologista, e para isso, é preciso que os profissionais do Estado de São Paulo participem verdadeiramente da Sociedade, contribuindo com sugestões de mudanças e tudo que eles considerem importante para um cenário de mudança”.

SAIBA MAIS SOBRE O NOVO PRESIDENTE DA SBU-SP

CONHEÇA PROJETOS E MUDANÇAS DA GESTÃO 2016/2017

Texto: Vanessa Silva

Novo ano, nova gestão na sede da Sociedade Brasileira de Urologia, Seccional São Paulo. E por isso, aproveitamos essa primeira edição do BIU 2016, para apresentar a todos os associados da entidade um pouco mais sobre o novo presidente da SBU-SP, João Luiz Amaro. Nas próximas linhas você poderá conhecer o perfil do presidente e as principais propostas de inovações e projetos para os próximos dois anos.

BIU: Como enxerga a responsabilidade de ser o presidente da SBU-SP?

João Luiz Amaro: Depois da responsabilidade que eu tenho com a minha família, considero o compromisso mais importante da minha vida. A Sociedade é representativa e se elege a cada dois anos quem deve representar os urologistas de todo o Estado de São Paulo. A Seccional tem hoje 1.306 sócios, sendo que no Brasil são cerca de 4 mil. Ou seja, 1/3 dos sócios estão em São Paulo. É um universo imenso e que encaro como um grande desafio que é representar a todos esses profissionais. Sou professor e estou presidente por dois anos. Vou fazer tudo para representar os sócios da melhor forma possível

BIU: Quais os principais projetos para a nova gestão?

João Luiz Amaro: São muitos, mas o mote da gestão é que a Sociedade seja uma entidade representativa. No último dia 22 de fevereiro, estivemos em uma reunião com o Dr. Florisval Meinão, que é presidente da Associação Paulista de Medicina (APM). Nós queremos defender a representatividade no Estado de São Paulo, falando sobre a defesa profissional. Quero deixar claro que nenhuma atitude será tomada sem o apoio dos urologistas paulistas. É preciso que os sócios participem e sintam a representatividade dos colegas. A defesa profissional é um exercício de mão dupla: temos as entidades que defendem e as pessoas que reivindicam. Os urologistas precisam e querem mudar o padrão de urologia em São Paulo. Temos que expor isso.

BIU: E quais são as principais mudanças e inovações?

João Luiz Amaro: A segunda bandeira são as interfaces com as diferentes classes e sociedades. Recentemente tivemos contato com o Dr. Ibraim Masciarelli Francisco Pinto, Presidente da Socesp (Sociedade de Cardiolo-

gia do Estado de São Paulo) e vamos atuar em conjunto para falar sobre diversas patologias. Recebemos o convite para participar do Congresso da Socesp e estaremos presentes. Também já estamos em contato para manter uma interface com a Sogesp (Sociedade Obstetrícia Ginecologia do Estado São Paulo). Faremos isso com todas as sociedades que tenham ligação com a urologia. Além disso, uma importante mudança é para o ensino de Educação Continuada. Faremos cursos regionais e customizados, para que a aula possa atender efetivamente o que cada região precisa. Não adianta montar um curso de robótica para uma cidade que não dispõe de robôs. É preciso identificar as características e necessidade de cada região, para ser eficiente.

BIU: Em sua opinião, qual o cenário atual da urologia no Estado de São Paulo?

João Luiz Amaro: A campanha para as eleições me permitiu viajar por todo o Estado de São Paulo, e notei que precisamos engajar os urologistas a atuarem no setor público. Vamos em breve falar com o Presidente da Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo, Fernando Capez, para que ele possa nos ajudar a traçar uma carreira médica para o urologista dentro do setor público. Quanto mais o médico trabalha, mais ele será prestigiado e terá o reconhecimento dentro da carreira. É preciso termos remuneração adequada para estes profissionais.

Dentro do setor privado, é necessário começar as discussões com as operadoras de saúde, sobre os preços de tabela para cada procedimento. O urologista precisa usar a Sociedade com voz ativa, para ter espaço com a Associação Paulista de Medicina e Conselho Federal de Medicina, por exemplo.

Dois anos é pouco para tantas frentes que temos, mas por isso já começamos a trabalhar a todo vapor, com reuniões e discussões sobre as nossas propostas. Estamos muito atuantes!

RELATÓRIO FINANCEIRO DA SBU-SP

CONHEÇA AS APLICAÇÕES FINANCEIRAS DA SOCIEDADE

Texto: Tesouraria SBU-SP

Prezados (as) colegas,

Em consonância às diretrizes implantadas pela nova diretoria da SBU-SP, publicaremos no BIU os relatórios demonstrativos da situação financeira da nossa Sociedade.

Ao assumirmos a tesouraria, em 01 de janeiro de 2016, identificamos um saldo bancário de **R\$ 224.232,12** conforme demonstrado no quadro anexo.

As despesas decorrentes com a manutenção da sede giram em torno de **R\$ 28.500,00** por mês, e já foram adotadas medidas que visam reduzir este montante, sem causar prejuízos na qualidade dos serviços prestados ao associado.

Colocamo-nos à disposição para prestar quaisquer informações que julgarem pertinentes.

Atenciosamente,
Tesouraria da SBU-SP

REFERÊNCIA: JANEIRO 2016

ITEM	VALOR
Cond. Sede Augusta+rateio refor. Fachada 7/10 - vl sem rat R\$ 885,00	R\$ 1.502,00
Condomínio sede Tabapuã 3 conjuntos 101,102,103	R\$ 1.572,00
Eletricidade (AES Eletropaulo) sede Tabapuã + taxa min. Augusta	R\$ 570,00
Cópias fechamento	R\$ 60,00
Ti manutenção computadores impressoras	R\$ 600,00
Serviço de limpeza+ iss + fgts	R\$ 945,12
Serviço de moto boy	R\$ 850,00
Telefonia sede	R\$ 890,00
Despesas correio	R\$ 300,00
Despesas adm sede (papelaria, bebidas, lanches e etc...)	R\$ 500,00
Convenio médico secretárias	R\$ 1.383,80
Salário secretárias	R\$ 5.000,00
Vale refeição	R\$ 1.503,36
Transporte	R\$ 493,50
Impostos sobre folha de pagamento	R\$ 3.425,81
IPTU sede tabapuã / sede augusta	R\$ 570,00
TWW serviço de sms	R\$ 207,09
Advogado	R\$ 2.033,72
Home page manutenção e atualização	R\$ 2.400,00
Fanpage	R\$ 1.800,00
SBU SP Informa	R\$ 1.800,00
Total geral	R\$ 28.406,40

SBU - SECÇÃO SÃO PAULO - 01/01/2016

SALDOS BANCÁRIOS		
Conta BIU	68.524-4	R\$ 2.493,35
Conta Eventos	68.525-1	R\$ 6.995,71
Conta Administrativa	71.322-8	R\$ 18.942,44
Saldo Atual		R\$ 28.431,50
APLICAÇÕES		
Aplicação (Eventos)	MAX DI/ Compromissada DI	R\$ 195.800,62
Aplicação (SBU-SP)	Fundos	R\$ -
Total		R\$ 224.232,12



(Da esquerda para direita) - Gilberto Saber, André Farinhas Tomé, Francisco Kanasiro, João Luiz Amaro, Fernando Nestor Fácio Junior, Flávio Eduardo Trigo, Geraldo Faria, Iderpol Toscano, Leonardo Reis e José Carlos Truzzi.



DIRETORIA SBU-SP GESTÃO 2016/2017

A Solenidade de Posse do Presidente e da Diretoria Executiva da Gestão 2016/2017 da SBU-SP ficou agendada para o dia 03/03/2016, no Gran Estanplaza Berrini. A organização do evento ficou a cargo da empresa RV Mais.

Texto: Secretaria SBU-SP

CARTA DA SECRETARIA DA SBU-SP AO ASSOCIADO FIQUE POR DENTRO DOS PRIMEIROS PASSOS DA NOVA GESTÃO SBU-SP

No dia 13 de janeiro foi realizada a primeira reunião da gestão 2016/2017 na sede da SBU-SP, onde foram definidas a data e o local do Proteus, sendo de 07 a 09 de abril, no Hotel Maksoud Plaza, em São Paulo/SP. Na ocasião também foi escolhida a data do Congresso Paulista de Urologia: de 07 a 10 de setembro, no Sheraton WTC, em São Paulo/SP.

A RV Mais Promoção e Eventos será a organizadora dos eventos. Nesta reunião foram firmados os contratos entre a SBU-SP e a RV Mais, referente aos custos e as participações percentuais na obtenção de patrocinadores para o Proteus e o Congresso Paulista de Urologia, sendo obrigatória a apresentação de três orçamentos para as despesas operacionais.

Nesta mesma data foi acordado que a RV Mais fará o atendimento dos serviços de mídias digitais (Fanpage, Instagram, Home Page, e SBU-SP Informa) até que a SBU-SP faça a contratação de uma nova empresa para a realização destes serviços.

Não haverá as edições 05 e 06 da gestão 2014/2015 do Boletim de Informações Urológicas (BIU), por vencimento no prazo para editoração de ambas. Foi definido que a diagramação e fechamento das edições 01 e 02 do BIU, da Gestão 2016/2017, será realizada sem custo

pela RV Mais. Para gráfica e postagem, a SBU-SP é a responsável por fazer três orçamentos e finalizar o processo de impressão da revista.

Na reunião da Presidência e Diretoria Executiva da SBU-SP ocorrida no dia 30 de janeiro, foi apresentado o Programa Preliminar do Congresso Paulista de Urologia pelo Presidente da Comissão Científica, Dr. Flávio Eduardo Trigo Rocha. Na ocasião foi estabelecido o novo formato de Sessão Plenária, Cursos Pré-Congresso e agenda junto às instituições AUA (American Urological Association) e ICS (International Continence Society), que terão participação conjunta nesta edição do evento.

Foi apresentado o sumário da reunião entre SBU-SP e empresas da área médica. O Presidente João Amaro recebeu as empresas e laboratórios no dia 29 de janeiro, onde foram traçadas as diretrizes de projetos conjuntos para o biênio 2016/2017, que atendam não somente os interesses destas empresas, mas principalmente, os interesses dos associados, seja na defesa profissional, ou na educação continuada.

Foi consenso o entendimento do papel da SBU-SP de acolher o urologista do Estado de São Paulo e com isto, auxiliá-lo no exercício de suas atividades. O ponto fundamental para a

divulgação de qualquer serviço ou produto é a ética e o comprometimento dos envolvidos com a urologia paulista. As solicitações de divulgação deverão ser encaminhadas à Secretaria da SBU-SP, para que possa ser avaliada por uma comissão de membros da Diretoria e pelo Editor do BIU.

Foram discutidas propostas para redução dos custos e otimização dos serviços prestados pela SBU-SP. Decidiu-se pela unificação da conta administrativa e conta do BIU em uma única conta, para evitar despesas bancárias adicionais e por compreender que ambas pertencem à esfera da administração da SBU-SP.

Na linha de redução dos custos da SBU-SP, as despesas com hospedagem de membros da Diretoria Executiva para as reuniões ordinárias e extraordinárias da SBU-SP, foram renegociadas com a administração da rede hoteleira, e assim, obtido um pacote com valores de diárias mais econômicas. As solicitações de passagens aéreas deverão ser encaminhadas à Secretária da SBU-SP com antecedência para obtenção de valores promocionais.

A próxima reunião da Diretoria ficou agendada para o dia 03/03, no Sheraton WTC, onde nos foi disponibilizada, sem custos, uma Sala de Reunião, pela Comissão Organizadora do VII Congresso Internacional de Uro-Oncologia.

UROLOGIA

EM DEBATE

NESTA SEÇÃO, TRÊS MÉDICOS ESCREVEM
ARTIGOS SOBRE TEMAS DA ÁREA UROLÓGICA

Texto: Vanessa Silva

S seja bem-vindo ao primeiro exemplar do BIU 2016! A partir de agora, você, estimado associado, terá em cada exemplar da nossa revista uma ampla discussão sobre assuntos ligados ao mundo da urologia. Isso acontecerá sempre de forma opinativa, com três médicos escrevendo artigos sobre um determinado assunto.

Todos os textos serão de responsabilidades dos autores e nenhum deles representará a opinião da Sociedade. O objetivo desta seção é enriquecer a reflexão e a discussão sobre os assuntos que fazem parte da nossa especialidade, por meio de conteúdos produzidos por quem vive a urologia no seu dia a dia de trabalho.

Os médicos serão convidados pela Sociedade Brasileira de Urologia, Seccional São Paulo, e cada um deverá expressar a sua visão sobre o tema escolhido. Para cada profissional será concedido um espaço na revista para a publicação do artigo. “Esta Seção tem o objetivo de levar ao urologista a opinião de três experts a respeito de determinado tema controverso. É fundamental que tenhamos ciência dos diferentes pontos de vista em tópicos polêmicos com impacto direto, ou indireto na nossa especialidade. Os autores têm total liberdade para expressar suas ideias, o seu modo de enxergar o assunto, o

que não necessariamente representa a opinião do Corpo Editorial do BIU e Diretoria da SBU-SP”, destacou José Carlos Truzzi, editor do BIU.

Nesta primeira edição, o assunto escolhido para a discussão nos artigos foi o “Rastreamento do Câncer de Próstata”. Os médicos convidados para falar sobre o tema são: Dr. Florentino de Araújo Cardoso Filho, Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Dr. Fernando Cotait Maluf, Chefe do Departamento de Oncologia Clínica do Centro Oncológico Antônio Ermírio de Moraes - Beneficência Portuguesa e Médico do Comitê Gestor do Centro de Oncologia Hospital Israelita Albert Einstein, e também, o Dr. Antonio Carlos Lima Pompeo, urologista, Prof. Titular – Disciplina de Urologia, FM-ABC e Chefe do Departamento de Uro-Oncologia – SBU.

Sobre o Câncer de Próstata

Dados do INCA apontam que por ano, 69 mil novos casos de câncer de próstata são diagnosticados no Brasil. Isso significa um caso a cada 7,6 minutos. Sabemos também que este tipo de câncer é o segundo tumor mais frequente nos homens, atrás apenas dos tumores de pele, o que mostra a importância de discutirmos as formas de rastreamento da doença.



Dr. Fernando Cotait Maluf - Chefe do Departamento de Oncologia Clínica do Centro Oncológico Antônio Ermírio de Moraes - Beneficência Portuguesa; Médico do Comitê Gestor do Centro de Oncologia Hospital Israelita Albert Einstein

RASTREAMENTO E TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE PRÓSTATA DEVEMOS E PODEMOS FAZER MELHOR

Texto: Fernando Cotait Maluf

A incidência do câncer de próstata aumentava até 1995, período depois do qual se estabilizou. Notadamente desde o início dos anos 90, a mortalidade por câncer de próstata diminuiu em até 40%, particularmente nos países que passaram a utilizar o PSA como parte da estratégia de rastreamento. O aumento de casos na década passada deveu-se, em boa parte, aos métodos de diagnóstico precoce: toque retal, ultrassonografia da próstata e checagem do PSA. De acordo com estatísticas americanas, um em cada 6 homens desenvolverá câncer de próstata no decorrer da vida. Mas, somente um em cada 35 homens morrerá da doença. Pela sua elevada incidência, torna-se intuitivo que a detecção precoce do tumor deva associar-se a maior chance de cura, a minimizar tratamentos complexos e a manter em alta escala a qualidade de vida dos homens com a doença. Vários estudos têm colocado em questionamento o valor do rastreamento. Dois dos mais importantes (um Europeu e outro Americano) incluíram aproximadamente 240.000 homens divididos em dois grupos: no primeiro, os homens não faziam de forma rotineira o PSA e o toque retal; no segundo, os homens faziam de forma rotineira o PSA e o toque retal e, caso alterados, prosseguia-se com a biópsia.

Em homens cuja biópsia demonstrasse tumor maligno, seguia-se com o tratamento

imediatamente: em particular a cirurgia radical. O estudo Europeu (162.243 homens) demonstrou que era necessário fazer o rastreamento para 1.410 homens e tratar 48 homens com diagnóstico de câncer de próstata, para que somente uma vida fosse salva. O estudo Americano (76.693 homens) não demonstrou diminuição da mortalidade entre os submetidos ao rastreamento. Além disso, um número expressivo de homens foi submetido a biópsias que não mostraram tumor, causando graus várias de angústia, além de altos custos para o sistema de saúde. Baseado nestes dados, alguns autores, países e sociedades passaram a não preconizar o rastreamento pelo seu impacto positivo longe do desejável. A exemplo, a American Urological Association (AUA), em 2013, recomendou uma discussão entre médico e homens entre 55 e 69 anos, sobre os potenciais benefícios e malefícios do rastreamento anual (40-50% pacientes seriam candidatos a vigilância ativa). Para homens de idade inferior a 55 anos ou superior a 70 anos, os dados seriam insuficientes para a recomendação do rastreamento, segundo a AUA.

Porém, esta questão merece pontos de discussão e reflexão. Este cenário deve melhorar muito nos próximos anos no sentido de aprimorar os diagnósticos e refinar o tratamento, particularizando-o para cada situação. Novos biomarcadores sanguíneos e urinários, exames de imagem (ressonância mag-



O fato do rastreamento não ser perfeito para saber quais homens realmente têm a doença, aliado ao seu pequeno impacto na cura quando o tratamento precoce é realizado, indicam somente que precisamos melhorar tanto nossas ferramentas diagnósticas, quanto nossas ferramentas de seleção para escolher quais homens realmente precisam ser tratados em detrimento daqueles com tumores pouco agressivos, cujos riscos do tratamento se sobrepõem aos da própria da doença.

nética multiparamétrica ou não) e moleculares (painel de genes) estão sendo estudados na tentativa de suplantarem o PSA e orientar com maior especificidade a necessidade de biópsias.

Do mesmo modo, novos painéis com características clínicas, da própria patologia (microscopia) e moleculares estão sendo avaliados com o intuito de, caso confirmado o diagnóstico de câncer de próstata, escolher o melhor tratamento que pode variar desde a simples observação com exames clínicos, PSA, e eventuais biópsias nos tumores pouco agressivos, até a cirurgia radical (acoplada em alguns casos até a radioterapia e hormonioterapia) em pacientes com tumores mais agressivos.

Por hora, parece mais seguro recomendar o rastreamento anual ou a cada 2 anos, em homens dos 50 aos 70 anos, e a partir dos 40-45 anos em homens cujos parentes de primeiro grau apresentaram a doença. O tratamento imediato deve ser considerado para os homens com grande expectativa de vida devido à idade mais jovem e a ausência de outras doenças graves, em particular se apresentarem tumores com maior agressividade, como os mais volumosos, mais indiferenciados e com elevados valores de PSA. Nossos avanços vão magnificar de forma mais sólida os benefícios do rastreamento e da seleção dos tratamentos que contemple o paciente levando em consideração sua doença, seus desejos e angústias.



Antonio Carlos Lima Pompeo
Prof. Titular – Disciplina de Urologia, FM-ABC
Chefe do Departamento de Uro-Oncologia - SBU

A POLÊMICA NO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA

CONHEÇA INFORMAÇÕES SOBRE O RASTREAMENTO DE TRÊS TRABALHOS MAIS CITADOS NA LITERATURA

Texto: Antonio Carlos Lima Pompeo

O câncer da próstata (CaP) constitui tema relevante no cenário médico mundial pela alta prevalência, morbi-mortalidade e controvérsias em todos os aspectos relacionados à conduta.

No Brasil, dados do Ministério da Saúde-INCA estimaram, em 2014, 68.800 casos novos (70:100.000 homens), constituindo-se no tumor maligno mais frequente (excetuando-se as neoplasias cutâneas não melanomas), além de ser a segunda causa de óbito por neoplasia. Em nosso meio, por inúmeras razões, existem diferenças marcantes de incidência, sendo mais significativas nas regiões Sul-Sudeste. Fatores de risco bem definidos para o CaP são idade, história familiar e raça negra; outras causas são consideradas, porém com menor relevância.

São fatos reconhecidos que esses tumores, quando diagnosticados em fases iniciais e tratados adequadamente têm altas chances de cura. Porém, quando avançados, e principalmente os metastáticos, constituem desafio terapêutico para o controle e, raramente, a cura é obtida. Esses conceitos deixam clara a importância do diagnóstico precoce, objetivando cura e qualidade de vida. Neste cenário, o rastreamento populacional tem lugar de destaque. Claro

que programas deste tipo apresentam problemas conhecidos e que devem ser equacionados: diagnóstico de tumores de baixa agressividade, que muitas vezes não necessitam de tratamento específico e que, quando tratados, podem apresentar efeitos adversos da terapia (DE, incontinência, etc.). Destaca-se, ainda, o custo das avaliações e a potencial morbidade da propeleu-tica (biópsia).

Observe-se, porém, que nos últimos anos ocorreu redução significativa na mortalidade câncer-específica nos EUA (40%) e em outros países, ou seja, na fase em que os programas de rastreamento foram amplamente difundidos. Apesar da justificativa de que houve melhora no tratamento, esta é discutível, pois o câncer localizado (curável) não teve alterações significativas quanto à terapia (cirúrgica / radioterápica).

Destacamos informações sobre rastreamento de três trabalhos mais citados na literatura - o *Prostate, lung, colorectal and ovarian cancer trial (PLCO)*, o *European randomized study of screening for PCa (ERSPC)* e o *Gotenborg study (braço do ERSPC)*.

• **Prostate, lung, colorectal and ovarian cancer trial (PLCO)** – considerações: a) não representa uma comparação entre grupos

rastreados e não rastreados, mas sim avaliação entre um grupo com rastreamento sistemático (intervalos fixos) e outro com rastreamento oportunista (frequência definida pelo paciente/médico); b) a “contaminação” entre os grupos foi elevada, pois 44% dos pacientes já haviam sido avaliados (PSA ou toque retal - 40% no grupo controle). Relevante ainda é o fato de 52% dos pacientes do grupo de controle realizarem dosagem do PSA durante o estudo; c) não há referência sobre diretrizes do tratamento dos portadores de CaP. Muitos foram apenas observados; d) na população rastreada apenas 40% dos pacientes com indicação foram submetidos a biópsia (PSA >4 ou toque alterado). A análise superficial deste trabalho mostra claramente sua baixa evidência para orientar condutas.

• **European randomized study of screening for PCa (ERSPC)** – este estudo multi-institucional avaliou número expressivo de homens (162.388) por mais de uma década (N Engl J Med 266:981-990). CaP foi diagnosticado em 5.990 (8,2%) no grupo rastreado e 4.307 (4,8%) no controle. Doença avançada (mets. ósseas ou PSA >100 ng/ml) foi mais comum no grupo controle ($p < 0,001$). Houve também diferenças em relação a tumores de

alto grau (Gleason 7-10) - 27% no grupo rastreado e 45,2% no grupo controle. Após seguimento de 9 anos ocorreram 540 óbitos (0,003%), sendo 214 no grupo rastreado e 326 no grupo controle ($p=0,04$). Destaque-se a redução relativa da mortalidade CaP-específica (21%). Apesar da importância desse trabalho, algumas questões metodológicas necessitam considerações: procedimentos de recrutamento, randomização, limiares de PSA para indicação de biópsia e seguimento não uniforme entre os países participantes.

• **Göteborg study** – esse estudo randomizado envolveu 20.000 homens em seguimento de 14 anos e corresponde a um subgrupo do ERSPC. No grupo rastreado houve aumento de 4,5% de diagnóstico de CaP e redução relativa (44%) na mortalidade CaP-específica. A diferença absoluta entre os grupos foi de 0,4%, traduzindo em 12 o número necessário de portadores de CaP tratados para prevenir um óbito pelo tumor. Não houve diferença significativa entre os grupos quando consideradas todas as causas de óbito.

• **Posicionamento das entidades médicas** – não existe consenso entre as organizações de saúde a respeito do rastreamento do CaP. Aquelas

contrárias argumentam que não existem evidências de que a detecção e o tratamento precoces tenham influência na mortalidade, além da exposição dos pacientes rastreados às complicações da propedêutica e de tratamentos desnecessários. Aquelas a favor da prática argumentam enfaticamente que existem evidências de que o rastreamento diminui o número de óbitos por CaP e de ser o principal responsável pelo declínio da mortalidade pela neoplasia observado.

A US Preventive Services Task Force, com vínculo governamental, emitiu parecer em 2011, que abalou a classe médica, criticando o valor do screening relacionado à sobrevida câncer-específica, assim como os efeitos secundários da terapia empregada em larga escala. Defende que a avaliação clínica deve ser realizada apenas quando solicitada pelo paciente, após discussão dos riscos e benefícios. Os conceitos emitidos por esta entidade apresentam inúmeras controvérsias relacionadas não apenas aos aspectos médicos, mas também aos sociais, econômicos e das instituições de saúde que atuam em regiões com características heterogêneas.

A European Association of Urology (Guidelines 2015) recomenda (após discussão com o paciente sobre os riscos e benefícios) “screening” (PSA) para homens com risco elevado de CaP definidos como: idade >50 a ou 45 a se tiverem antecedentes familiares de CaP ou etnia negra. Destaca ainda a necessidade de avaliação pra indivíduos que já tiverem PSA dosados >1



Em nossa visão, os programas de rastreamento não são estáticos e devem ser adaptados periodicamente, segundo inúmeras variáveis envolvidas. Assim, o programa da SBU não pode e não deve ser uma simples “tradução” daqueles de países mais desenvolvidos.

ng/ml aos 40 anos. A periodicidade dos exames deve ser adaptada segundo os riscos da avaliação inicial. A interrupção do programa leva em conta a expectativa de vida (<15 anos).

A American Urological Association (Guidelines 2013) introduziu alterações nas recomendações anteriores recebendo notória influência da entidade governamental US Task Force. Estas levam em consideração o conceito de decisão compartilhada com homens entre 55-69 anos, grupo etário em que o rastreamento teoricamente tem maiores benefícios. Sugere, ainda, que o intervalo entre as avaliações deixem de ser anuais para 2-4 anos, dependendo de fatores de risco. Conduta semelhante é adotada para indivíduos <55 anos e maior risco de CaP (história familiar/negros). Não recomenda screening para homens com idade >70 anos ou <10-15 anos de expectativa de vida.

A Sociedade Brasileira de Urologia (2013) recomenda rastreamento (PSA/toque) para homens com idade >50 anos e a partir dos 45 anos para aqueles com maior risco (parentes portadores de CaP / etnia negra). O limite aceito para início do rastreamento é 70 anos, na expectativa de vida >10 anos. Para pacientes sintomáticos ou que desejam avaliação voluntária do seu status prostático (comum na prática diária), esta pode ser realizada em qualquer idade. Biópsia é recomendável para homens com “anormalidades” ao toque e/ou elevação do PSA, cujos limites sugeridos são: 2,5 ng/ml para indivíduos “mais jovens” e 4,0 ng/ml para aqueles com mais de 60

anos. Os conceitos de velocidade e densidade do PSA, relação PSA livre/total devem ser considerados. A participação do paciente, após exposição dos riscos/benefícios, é mandatória. A justificativa desse posicionamento da SBU baseia-se, principalmente, na heterogeneidade cultural da nossa população com diferenças significativas comparadas aos EUA/países europeus. Aguardar a iniciativa pessoal para procura de atendimento médico, apenas quando há sintomatologia, é voltar ao passado, à era pré-PSA (anos 80), quando 25%-30% dos diagnósticos eram tumores localmente avançados/metastáticos contra 5%-10% atuais. Acreditamos que esta redução é justificada principalmente pelas campanhas de esclarecimento e de avaliações precoces.

Em nossa visão, os programas de rastreamento não são estáticos e devem ser adaptados periodicamente, segundo inúmeras variáveis envolvidas. Ex.: melhor conhecimento da história natural da doença, evolução dos métodos diagnósticos/terapêuticos, diferenças culturais, custos, recursos médicos, etc. Assim, o programa da SBU não pode e não deve ser uma simples “tradução” daqueles de países mais desenvolvidos. Finalizando, dentre as inúmeras controvérsias, o maior problema do rastreamento não é o aumento do diagnóstico de CaP, e sim o tratamento de tumores sem agressividade biológica. Aguardamos, com grande expectativa, o resultado do desenvolvimento dos novos marcadores que facilitem o diagnóstico e a melhor caracterização tumoral.



Florentino Cardoso
Presidente da Associação Médica Brasileira (AMB)

A SAÚDE DO HOMEM

O HOMEM AINDA É RELAPSO COM A SUA SAÚDE, MAS É POSSÍVEL MUDAR ESSE CENÁRIO

Texto: Florentino Cardoso

As mulheres procuram mais os médicos do que homens. Morrem mais homens do que mulheres e assim, são as mulheres que vivem mais. Só que é possível melhorar esse cenário.

No Brasil, o número de casos anuais de câncer de próstata é maior do que os casos de câncer de mama na mulher. Quanto mais vivemos, e a expectativa de vida cresce, maior a chance de o homem ter câncer de próstata. Além disso, melhorou o aparato diagnóstico, temos mais informação e buscamos, cada vez mais, acesso com qualidade aos serviços de saúde.

Campanhas direcionadas à população são importantes para que tenhamos educação em saúde, façamos promoção da saúde, prevenção e detecção precoce de doenças. O Novembro Azul chama a atenção da população masculina, no que diz respeito ao câncer de próstata.

Quando se incentiva o homem, especialmente após os 50 anos, a procurar um médico, com certeza nós iremos diagnosticar mais hipertensão arterial, diabetes



Devemos sim incentivar a população masculina a buscar mais os serviços de saúde, e tendo acesso com qualidade, teremos mais homens saudáveis, mais prevenção de doenças e diagnóstico precoce de hipertensão arterial, diabetes e também de câncer de próstata. Podemos e devemos diminuir a mortalidade por câncer de próstata.

mellitus e outras doenças, como o câncer de próstata. O câncer de próstata tem alto índice de cura, quando diagnosticado precocemente. No Brasil ainda temos elevado número de casos com diagnóstico em estágio avançado da doença, com menor índice de cura, mais sofrimento para o paciente e família, e com certeza, ainda mais elevados os custos para o sistema de saúde, seja público ou privado.

Existem populações que se beneficiam de rastreamentos, screening. No caso do câncer de próstata, são os negros, obesos e aqueles com antecedentes familiares da doença. A ida ao médico, com adequada anamnese e exame físico (incluído o toque retal) e a solicitação do PSA, traz benefícios a essa população alvo. Não há indicação para screening de massa, em relação ao câncer de próstata. Todavia, desde que se disseminou a importância do toque retal e PSA para o homem, tem-se diagnosticado mais câncer de próstata em estágio precoce e elevado o número

de homens curados pela doença.

O câncer de próstata em estágio inicial não costuma dar sintomas, diferente do câncer avançado. Querer chamar atenção dos homens para somente procurar o médico com sintomas relacionados ao câncer de próstata, é querer andar na contramão do diagnóstico precoce.

Sabedores da importância das equipes de saúde, da atenção básica como principal porta de acesso aos serviços de saúde, torna-se imperativo a educação de todos os profissionais, especialmente dos agentes comunitários de saúde, educando-os para as populações de maior risco a determinadas doenças.

Devemos sim incentivar a população masculina a buscar mais os serviços de saúde, e tendo acesso com qualidade, teremos mais homens saudáveis, mais prevenção de doenças e diagnóstico precoce de hipertensão arterial, diabetes e também de câncer de próstata. Podemos e devemos diminuir a mortalidade por câncer de próstata.



VAGAS PARA RESIDENTES


O OBJETIVO DA SEÇÃO É O MAPEAMENTO DE RESIDÊNCIA EM TODO O ESTADO DE SÃO PAULO

A seção “Residência Médica” chega ao BIU com a proposta de promover o serviço de divulgação de vagas e perfil de residência em todo o Estado de São Paulo. As informações publicadas nesta edição foram enviadas pela Comissão Nacional de Residência Médica e a Sociedade Brasileira de Urologia, em Fevereiro de 2016. Os dados serão atualizados periodicamente. Confira as oportunidades!

Texto: Redação

HOSPITAL	VAGAS			SITUAÇÃO DO CREDENCIAMENTO	VALIDADE
	R1	R2	R3		
HOSPITAL SANTA MARCELINA	2	2	2	PLENO	21/11/2017
HOSPITAL DR. MÁRIO GATTI / CASA DE SAÚDE DE CAMPINAS	2	2	2	PLENO	04/07/2017
HOSPITAL SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL FRANCISCO MORATO OLIVEIRA	4	4	4	PLENO	04/07/2017
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E SAÚDE DA PUCSP - CCMB	2	2	2	PLENO	21/11/2017
HOSPITAL DE BASE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO - HB - FUNFARME	3	3	3	PLENO	30/10/2018
HOSPITAL ANA COSTA	1	1	1	PLENO	18/11/2016
HOSPITAL DE TRANSPLANTES EURYCLIDES DE JESUS ZERBINI (HOSPITAL BRIGADEIRO)	3	3	3	PLENO	18/11/2016
HOSPITAL SÃO PAULO (UNIFESP/EPM)	2	2	2	PLENO	15/11/2017
FUNDAÇÃO CENTRO MÉDICO CAMPINAS	1	1	1	PLENO	30/10/2018
HOSPITAL IPIRANGA	2	2	2	PLENO	04/07/2017
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP	4	4	4	PLENO	18/11/2018
HOSPITAL E MATERNIDADE CELSO PIERRO - PUCAMP	2	2	2	PLENO	18/11/2016
FACULDADE DE MEDICINA ABC	4	4	4	PLENO	18/11/2018
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA	1	1	1	PLENO	18/11/2016
HOSPITAL PROF. EDMUNDO VASCONCELOS	1	1	1	PLENO	12/06/2018
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	8	8	8	PLENO	15/11/2017
HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP	2	2	2	PLENO	04/07/2019
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO	3	3	3	CONDICIONAL	12/12/2015
HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNICAMP	2	2	2	PROVISÓRIO	30/04/2016
HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SÃO PAULO	2	2	2	PLENO	30/10/2018
INSTITUTO DE UROLOGIA E NEFROLOGIA DE SJRP	1	1	1	PLENO	01/03/2016
HOSPITAL AMARAL CARVALHO	2	2	2	PLENO	01/03/2016
HOSPITAL SÃO LUIZ JABAQUARA - LITHOCENTER	1	1	1	PLENO	30/10/2018
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE RIBEIRÃO PRETO	3	3	3	PLENO	21/11/2017
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE TAUBATÉ	2	2	2	PLENO	18/11/2016
HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE	1	1	1	PLENO	30/10/2018

OS NOVOS VÍRUS QUE CHEGARAM AO



DOENÇAS TRANSMITIDAS PELO MOSQUITO AEDES AEGYPTI SÃO GRAVES E ESTÃO CAUSANDO EPIDEMIAS

Texto: * Prof. Dr. Celso Granato e Dra. Carolina dos Santos Lazari

Diante da dificuldade para mitigar a proliferação do vetor, a imunização é um elemento essencial para o controle da doença. Recentemente, foi lançada uma vacina que, embora tenha eficácia menor que a ideal (proteção média de 60%), reduz significativamente a proporção de casos graves.

Concomitante à expansão da dengue, circula no Brasil desde 2014 outro vírus transmitido por mosquitos do gênero Aedes, o Chikungunya. Além da

síndrome febril inespecífica, esse vírus causa poliartrite, principalmente na fase aguda, mas podendo cursar com reações recorrentes de evolução subaguda ou crônica. As complicações sistêmicas graves são incomuns.

Para o diagnóstico diferencial, podem ser utilizados testes sorológicos e moleculares. Nos primeiros 5 a 7 dias da doença, a técnica deve pesquisar diretamente os vírus: antígeno NS1 no soro, para dengue, ou reação de polimerização em cadeia em tempo real

(RT-PCR), para Chikungunya. Após o 6º dia, é possível pesquisar anticorpos IgM e IgG para ambos os agentes.

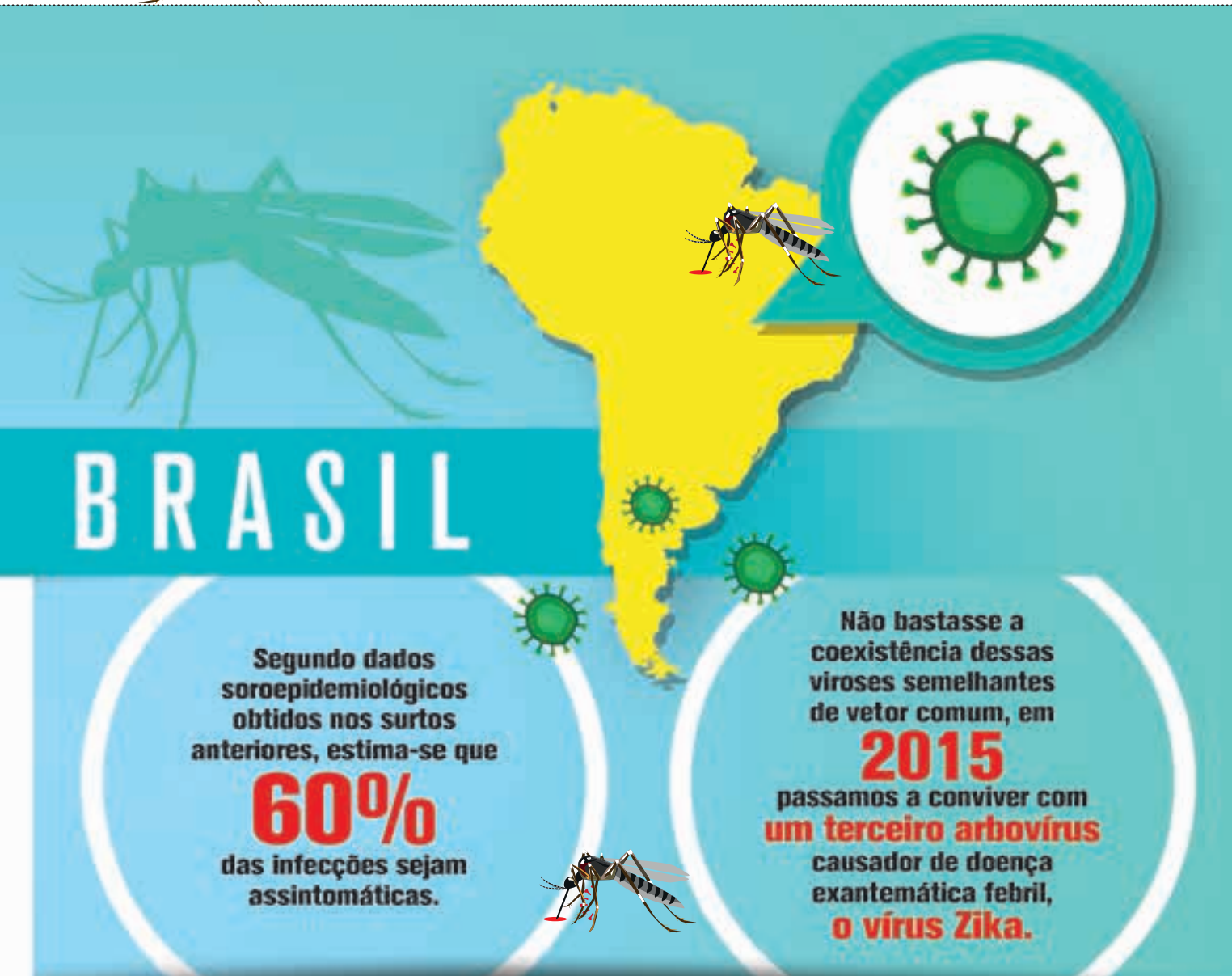
O vírus Zika

O Zika (ZIKAV) pertence à mesma família dos vírus dengue, da febre amarela, e do Nilo Ocidental. Embora seja conhecido desde o final da década de 1940, até recentemente era considerado apenas causador de quadros exantemáticos esporádicos, benignos e curtos. Surto de grandes proporções



Desde que a dengue foi introduzida no Brasil, no final dos anos **1980**, temos testemunhado **aumento progressivo** do número de casos e, conseqüentemente, da frequência de complicações e óbitos.

Em **2015**, foram notificados mais de **1.500.000** de casos, uma epidemia de proporções nunca antes vistas, e as **perspectivas não são melhores** para 2016.



só foram descritos a partir 2007.

Já foi descrita a presença do vírus em quantidades infectantes na saliva e outros fluidos corporais, e casos de provável transmissão sexual. Não se sabe, porém, se essas vias contribuem substancialmente para expansão de surtos, ou para a circulação do vírus em áreas onde não existem os vetores.

Nos casos em que há sintomas, após um período de incubação de 3 a 7 dias, surgem febre baixa e exantema maculopapular pruriginoso, às vezes com conjuntivite, que duram cerca de 3

dias. Houve, entretanto, casos associados de síndrome de Guillain-Barré, embora a frequência dessa complicação ainda não esteja definida.

O grande alarme com a infecção pelo ZIKAV resultou com a sua introdução no Brasil. Além da grande expressividade numérica, com 500 mil casos estimados, foram registrado, em associação temporal e geográfica com o surto, um aumento do número de casos de microcefalia: um acometimento grave e incomum do desenvolvimento intrauterino do sistema nervoso central.

A possível relação causal está sendo investigada pelo Ministério da Saúde brasileiro, que já divulgou resultados bastante consistentes relacionados à detecção do vírus no líquido amniótico (LA) de gestantes cujos bebês receberam o diagnóstico ultrassonográfico de microcefalia, no sangue e tecidos de fetos com malformações e de recém-nascidos com microcefalia que faleceram precocemente. Tão logo surgiu essa suspeita, o Brasil fez um comunicado formal à Organização Mundial de Saúde que, por sua vez, declarou a provável re-





VEJA COMO PREVENIR A PROLIFERAÇÃO DO MOSQUITO Aedes Aegypti:

- *Evite o acúmulo de água parada em pneus, garrafas, baldes, caixas de água e poças de água no quintal.*
- *Não deixe água parada nos pratos de vasos de plantas. Para isso, coloque areia e troque pelo menos a cada 7 dias.*
- *Atenção redobrada para as piscinas. Faça a troca de água e limpeza com frequência e não esqueça do cloro que é utilizado para o tratamento de piscinas.*



A transmissão do Zika Vírus se dá principalmente pela picada dos mosquitos *Aedes aegypti* e *A. albopictus*, portanto, os mesmos vetores da dengue, da febre amarela e do vírus Chikungunya.



No Brasil, somente em 2015, foram estimados cerca de 500 mil casos de pessoas contaminadas pelo Zika Vírus.



lação uma emergência de saúde pública de interesse internacional.

Até que se conheça detalhadamente a dinâmica da infecção na gestação e suas consequências sobre o desenvolvimento fetal, as autoridades de saúde pública têm recomendado, além da intensificação das medidas de contenção à proliferação do mosquito vetor, que as gestantes procurem evitar serem picadas através de medidas como o uso contínuo de repelentes, roupas que deixem o míni-

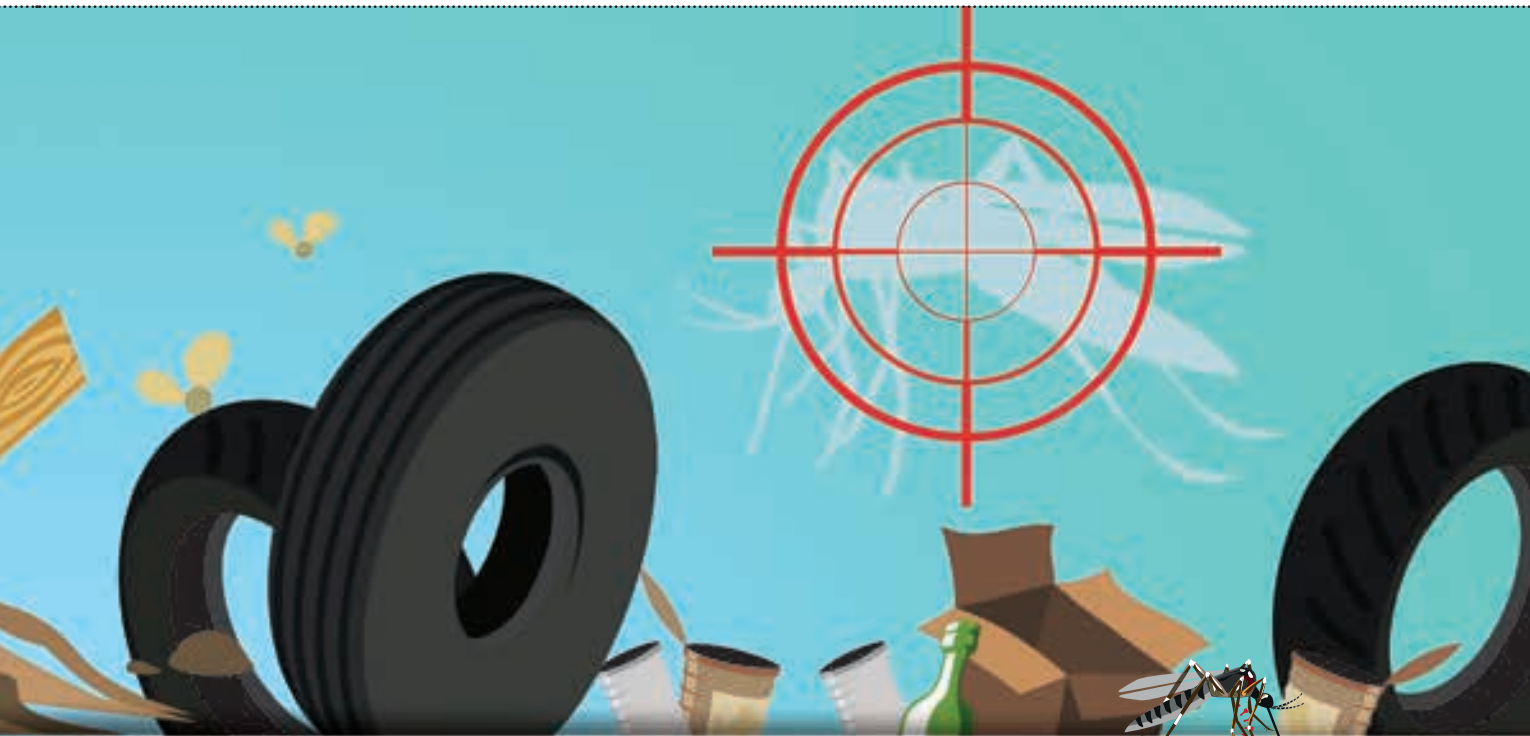
mo possível de pele exposta e adoção de telas e cortinados nas residências.

Do ponto de vista urológico, foram reportados casos com sintomas prostáticos e hemospemia, alguns deles em que se detectou o vírus no esperma por PCR, e/ou evidências de transmissão sexual. Ainda há poucas informações sobre a natureza do envolvimento do trato genitourinário masculino, o tempo de eliminação viral por essa via, e as recomendações relacionadas à segurança reprodutiva.

Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo Vírus Zika

Considerando a similaridade das apresentações clínicas da dengue, da febre Chikungunya e da Zika, e as diferenças prognósticas dessas doenças, o diagnóstico laboratorial pode ser importante, pelo menos em alguns casos, a exemplo das mulheres grávidas e seus contatos.

Os exames laboratoriais gerais contribuem pouco para o diagnóstico diferencial, uma vez que as alterações são



discretas e de frequência variável. Os testes específicos começam a ser disponibilizados no Brasil. Na primeira semana da doença, a viremia pode ser detectada por PCR, cuja sensibilidade é máxima entre 3 e 5 dias após o início dos sintomas, podendo ser detectável por, no máximo, 7 dias. Na urina, o vírus é eliminado por 2 a 3 semanas. A partir do 5º dia, surgem anticorpos IgM específicos contra o vírus. Contudo, a interpretação isolada desse resultado requer cuidado, tendo em vista a possibilidade de reatividade cruzada com outros vírus, como dengue, EBV e CMV.

Por sua vez, a presença de anticorpos IgG, que aparecem cerca de 2 a 4 dias

depois da IgM, aumenta o valor preditivo positivo da sorologia, ainda que a reatividade cruzada com outros arbovírus não possa ser imediatamente descartada.

Por outro lado, a pesquisa isolada de IgG em busca de confirmar uma infecção pregressa pode ser realizada a qualquer tempo.

Não há dados sobre a frequência de transmissão vertical em gestantes com infecção confirmada, e nem em que proporção os fetos infectados apresentam transtornos do desenvolvimento. Pode ser realizada PCR no LA, cujo resultado positivo, embora confirme a transmissão transplacentária, ainda tem valor prediti-

vo desconhecido em relação à ocorrência de malformações. Quando há suspeita ultrassonográfica de microcefalia ou outras afecções morfológicas, entretanto, o resultado positivo, além de tornar a relação causal com ZIKAV mais provável, pode complementar a investigação de outras infecções congênitas.

Há inúmeras perguntas que precisam ser respondidas ao longo dos próximos meses ou anos, inclusive no que se refere a tratamentos específicos ou vacinação, que devem ser prontamente abordadas para que se possa disponibilizar para a infecção por Zika vírus a mesma assistência que hoje é possível dar a outras doenças.

Em suspeita de infecção aguda pelo Zika Vírus, convém colher a amostra para sorologia a partir do 7º dia, a fim de flagrar a presença de ambas as classes de anticorpos.



É importante considerar repetir o teste em nova amostra em 7 a 14 dias, para verificar a soro conversão ou aumento dos títulos de IgG

وب عائلة الله مكتوب

LIBERDADE DE EXPRESSÃO E O ISLAMISMO

CONSIDERAÇÕES SOBRE O TEMA
CAUSA DISCORDÂNCIA

Texto : Helio Begliomini

L i com interesse e atenção o artigo "Limites da Liberdade de Expressão", do Sheik Muhammad Ragip Al-Jerrahi. O pano de fundo do artigo foi motivado pelas charges – quaisquer que sejam –, alusivas ao profeta árabe Maomé (570-632 d.C.), ou aos valores islâmicos, que se tem tornado intoleráveis aos seus representantes fundamentalistas. Ações violentas materializaram-se com forte repercussão mundial, por ocasião do atentado à sede parisiense do jornal satírico francês Charlie Hebdo, em 7 de janeiro de 2015, causando mais de 10 mortos.

Não há dúvida de que a liberdade de expressão deva ter limites, os quais devem sempre se situar respeitosamente na fronteira da mesma liberdade de ex-

pressão de outrem, de uma grei, instituição, valores ou crença. Contudo, não se tem visto por parte dos líderes religiosos e representantes governamentais de países muçulmanos o combate explícito, efetivo e veemente de radicais encastelados em grupos bárbaros – extremamente belicosos e agressivos – como Al-Qaeda, Talibã, Boko Haram e Estado Islâmico. Essa omissão pode sugerir que alguns deles ficam aliviados ou até felizes intimamente quando ocorrem baixas de "infiéis" ou de agressores à fé com a selvageria produzida pelos radicais, comportando-se tais quais lobos disfarçados de cordeiros.

Ainda em seu artigo, em referência aos preceitos de Maomé, Sheik Muhammad Ragip Al-Jerrahi assinala: "O profeta também nos ensinou, conforme consta no Sagrado Corão, que não pode haver coação ou constrangimento em religião, e cada ser humano deve ter o livre direito de escolher sua crença. Na religião islâmica, portanto, o direito à liberdade é fundamental: a liberdade de crença, de pensamento e de expressão". Ora, mediante estas palavras tão belas e sensatas – dentro do contexto da "liberdade de expressão" – sem querer defender, abonar ou estimular, como entender em alguns países muçulmanos o enforcamento e a humilhação pelo apedrejamento até a morte, respectivamente de homossexuais e de mulheres que tenham cometido adultério?



O profeta também nos ensinou, conforme consta no Sagrado Corão, que não pode haver coação ou constrangimento em religião, e cada ser humano deve ter o livre direito de escolher sua crença. Na religião islâmica, portanto, o direito à liberdade é fundamental: a liberdade de crença, de pensamento e de expressão”.

Sheik Muhammad Ragip Al-Jerrahi

Como entender a “liberdade de crença” no islamismo quando existem países nos quais é restringido, coibido e até proibido a prática de outras religiões além da muçulmana? Onde se entende a “liberdade de crença” no islamismo quando se constata em diversas nações que muçulmanos convertidos a outras crenças tornam-se juntamente com suas famílias discriminados, perseguidos e até mortos, caso não mudem de cidade, estado ou país? Como se entende a “liberdade de crença, de pensamento e de expressão” no islamismo, quando a escolha para o matrimônio não é livre, mas uma oferta, arranjo ou imposição dos pais, particularmente do lado da mulher?

Neste quesito, conheço uma muçulmana libanesa radicada em São Paulo e já ocidentalizada, mas sem perder sua origem e fé, que se permite até praticar natação em academia juntamente com alunos masculinos. Apesar das aparências de emancipação, ela expressou algumas vezes à minha esposa que suas filhas só poderiam se casar com muçulmanos e de seu grupo – “druso”, pois caso contrário, seriam fria e sumariamente deserdadas e não mais consideradas membros de sua família, de sua afetividade e de seu convívio. Se isso pode acontecer com tais imigrantes em São Paulo, a maior metrópole da América do Sul, torna-se temeroso imaginar o que poderia ocorrer em sua cidade ou aldeia de origem.

Atendi, em meu consultório, um adulto jovem, de aproximadamente 35 anos, que de pastor batista havia se convertido há uns três anos ao islamismo. Com surpresa observei como ele agora considerava a mulher, um ser, ao menos, num patamar mais baixo que o homem.

Outro paciente meu, também muçulmano e contando com uns 35 anos, mais liberal e falando-me da fé muçulmana que

professava, disse-me que se um homem, ao se casar, descobre que sua mulher não era virgem, teria todo o direito pela religião de se separar dela. Falando-lhe da equiparação dos gêneros, indaguei-lhe se ocorresse o contrário – a mulher descobrisse que seu marido ao casar não era mais casto – ela teria o mesmo direito religioso de dele se separar? Ele, surpreso com minha pergunta e sem jeito, percebe a inferioridade dissimulada que a mulher era tida no islamismo, pois, a contragosto me confirmou que esse preceito só valia para o homem.

Contudo, este é um pormenor no que concerne ao tratamento secundário ou quaternário que se dá à mulher em vários países islâmicos, para não dizer da barbárie impetrada por radicais na mutilação de parte do genital feminino externo; do sequestro de mulheres no Iraque pelo Estado Islâmico (agosto de 2014) ou na Nigéria pelo grupo Boko Haram (maio de 2014) para servirem de escravas sexuais; da proibição ao trabalho fora do lar; ou mesmo de ter acesso ao ensino, como ficou conhecido o emblemático caso de Malala Yousafzai, paquistanesa de 14 anos que, em outubro de 2012, foi alvo de um atentado do Talibã com um tiro no pescoço e outro na cabeça, por defender a educação de meninas. A fim de que não morresse, ela teve que se mudar de país e aí, com certeza, não somente por falta de “liberdade de expressão”, como também por insegurança e pela ausência dos mais básicos e elementares direitos humanos.

Por fim, deve-se salientar a bestialidade dos fundamentalistas talibãs na destruição das imagens de Buda no Vale de Bamiyan, no Afeganistão, em 2001, de mais de 1.500 anos de existência. Em 2015, o mundo novamente ficou estarrecido com a destruição jihadista por asseclas do Estado Islâmico de estátuas e artefatos

milenarios (algumas do século VII a.C.), no Museu Ninevah, em Mossul, no Iraque. Nesses e noutros insensatos, inqualificáveis e injustificáveis crimes contra a humanidade, cometidos em nome da fé islâmica, perdeu-se parte da história da civilização.

Nesses breves contextos deve-se perguntar: quantos “islamismos” existem? Será que sua doutrina é genuinamente compreendida? Será que é compatível com o conhecimento, a ciência e a sociedade atual que deixou a pré-história há milênios?

Com certeza, constata-se hodiernamente que atos bárbaros, assassinos injustificáveis e cruéisíssimos; homens, mulheres e crianças-bomba; destruições de patrimônios da humanidade são cometidas em nome de sectários da crença islâmica, fatos horrendos e chocantes não vistos em outras religiões. Nesse cenário tétrico e apavorante são bem-vindas as palavras de Flora Tristan (1803-1844), escritora, pensadora, socialista e feminista francesa: “Duas coisas me surpreendem: A inteligência dos animais e a bestialidade dos homens”.

Ademais, há décadas muçulmanos tem paulatinamente emigrado para diversos países da Europa e da América onde se encontra realmente a “liberdade de expressão”, pois na imensa maioria desses países existe estado democrático de direito, e não tiranias, anarquias, transmissão familiar de poder, califados. Nesses países do ocidente, os muçulmanos se radicam; trabalham e prosperam; multiplicam-se rapidamente; silenciosa e camufladamente conquistam e convertem neoadaptos, premissas essas não vistas com as mesmas cores, tons e intensidades na maior parte de seus países de origem, quer sejam da África quer do Oriente Médio.

Portanto, entre o Oriente muçulmano e o Ocidente cristão, a “liberdade de crença, de pensamento e de expressão” salientada pelo sheik Muhammad Ragip Al-Jerrahi possui visivelmente dois pesos e duas medidas, infelizmente.

A JUDICIALIZAÇÃO DA MEDICINA

O QUE O UROLOGISTA PODE AJUDAR?

A SAÚDE É UM DIREITO MULTIFACETÁRIO, QUE ABRANGE O ATENDIMENTO MÉDICO E TAMBÉM O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS

Texto: José Antonio Tedeschi

A saúde (vocábulo derivado do latim *salute*, que significa salvação) é direito reconhecida a todos os cidadãos pela Constituição Federal de 1988 na condição de direito fundamental (art. 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”), sendo dever do Estado *latu sensu* (obrigação solidária – isto é, que pode ser exigido de qualquer dos obrigados, isolada ou conjuntamente – dos entes de Direito Público Interno: União, Estados e Municípios).

Assim é desde a Magna Charta Libertatum de João sem Terra (1215) e, também, na Virginia Bill of Rights (1776) e na Déclaration des Droits de l’Homme et du Citoyen (1789).

Trata-se de direito multifacetário, que abrange não só o direito de acesso

da população ao atendimento médico e hospitalar, mas também aos medicamentos e seu fornecimento .

O fornecimento de medicamentos abrange da mesma forma, o acesso aos recursos terapêuticos disponibilizados pela ciência médica, que podem ser exigidos do Estado (como visto) ou das empresas operadoras de planos de saúde, ainda que não diretamente relacionados com o tratamento realizado, mas com ele relacionados, para preservação da saúde e da qualidade de vida do paciente.

Nesse sentido, precedente do Superior Tribunal de Justiça:

Plano de saúde. Prostatectomia Radical. Incontinência Urinária. Colocação de Prótese. Esfíncter Urinário Artificial.

1. Se a prótese, no caso o esfíncter urinário artificial, decorre de ato cirúrgico coberto pelo plano, sendo consequência possível da cirurgia de extirpação radical

da próstata, diante de diagnóstico de câncer localizado, não pode valer a cláusula que proíbe a cobertura. Como se sabe, a prostatectomia radical em diagnóstico de câncer localizado tem finalidade curativa e o tratamento da incontinência urinária, que dela pode decorrer, inclui-se no tratamento coberto porque ligado ao ato cirúrgico principal.

2. Recurso especial conhecido e desprovido. Some-se a isso o maior acesso a informações (p. ex., nos Estados Unidos, as Universidades de Harvard, MIT, Columbia, Illinois, Berkeley e Standford uniram-se para criar um portal modelo de saúde para o grande público: www.medpedia.com) e a formação de uma geração de consumidores (pacientes) mais conscientes de seus direitos e está completa a equação da chamada judicialização da medicina, ou melhor, do direito à saúde, com o crescente número de demandas judiciais que visam compelir o Estado ou as operadoras de planos de saúde à prestação do servi-



ção médico, mediante acesso integral a consulta, diagnóstico e tratamentos terapêuticos e medicamentosos.

Verdade que todo sistema de saúde, seja público ou privado, parte do princípio da mutualidade, ou seja, a divisão do custo pelo universo de usuários, seja pelo cálculo atuarial no caso dos planos de saúde, seja pelo pagamento de impostos no caso do SUS. Daí a necessidade de cautela do Poder Judiciário na concessão de medidas judiciais (liminares), para que os recursos disponíveis, de fonte pública ou privada, sejam dirigidos à disponibilização de medicamentos ou tratamentos que efetivamente tragam benefícios à saúde do paciente.

Uma ferramenta bastante útil ao Judiciário – na inviabilidade de ter o juiz auxílio de pessoas isentas com conhecimento técnico para elaborar avaliações técnicas preliminares sobre os casos postos à análise da Justiça – tem se revelado nas técnicas de MBE (Medicina Baseada em Evidências), derivadas do movimento deflagrado no Canadá em 1990 para que as decisões médicas fossem tomadas com bases mais científicas e técnicas que as até então usadas (WILSON, K. Evidence-based medicine. The good, the bad and the ugly. A clinician's perspective. J. Eval Clin Pract, 16 Apr (2): 398-400), com a vantagem de fornecer ao julgador elementos seguros, afastando-se as figuras de possível formação médica deficiente (decorrente da proliferação de escolas médicas no Brasil) e de eventuais conflitos de interesse (ante a possibilidade de existência de incentivo econômico para o uso de alguns materiais), malgrado a vedação da prática de co-



“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visam à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”

*José Antonio Tedeschi
Juiz de Direito da 3ª Vara Cível de Botucatu
Juiz Presidente do Colégio
Recursal de Botucatu
Coordenador da APAMAGIS – Associação
Paulista de Magistrados em Botucatu
Ingressou na Magistratura Paulista em
1993 (concurso 163º)*

mércio de materiais e medicamentos por médicos, por parte do Código de Ética Médica. Nessa linha de raciocínio, de grande valia pode se mostrar a conduta do médico que, ao prescrever determinado medicamento ou procedimento terapêutico para o paciente, antevendo a possibilidade de necessitar este de recorrer à Justiça para ver assegurada a realização de seu direito à saúde, dedique algumas linhas a indicar a existência de evidências de que aquela determinada conduta/droga vai beneficiar o doente, qual o benefício clínico esperado, de acordo com os estudos que amparam aquelas evidências se comparado com outras alternativas de tratamento, e se possível, qual o custo da conduta solicitada e o das alternativas existentes .

Não é demais lembrar que a pessoa doente se encontra em situação de vulnerabilidade. Talvez não por outra razão, escreveu Arnaldo Amado Ferreira Filho, Médico, Doutor em Ortopedia e Traumatologia pela FMUSP, que “o paciente é o grande esquecido da medicina e que os médicos se preocupam em demasia com as doenças e esquecem o ser humano” .

Toda e qualquer conduta médica em prol do doente, até mesmo aquela que poderá fornecer subsídios técnicos ao Juiz para proporcionar mais célere e efetivo acesso ao tratamento, será de suma importância. O ganho tecnológico havido na ciência médica nos últimos anos, com a elaboração de exames cada vez mais minuciosos e o diagnóstico mais preciso são recursos que podem, também no caso de propositura de medidas judiciais que visam assegurar o direito à saúde, virem à bem do paciente.

Bibliografia recomendada

- SILVA, Júlio César Ballerini. Direito à saúde – Aspectos práticos e doutrinários no Direito Público e no Direito Privado. Leme: Habermann. 2009, p. 130.
- STJ, 3ª Turma, REsp 519940/SP, rel. Min. Carlos Alberto Menezes Direito, in DJU 01.09.2003.
- NALINI, José Renato. Os direitos turbinados do paciente (artigo), apud AZEVEDO, Álvaro Villaça, LIGIERA, Wilson Ricardo, et alii. Direitos do paciente. São Paulo: Saraiva. 2012, p. 84.
- DEL NERO C. R., CLARK Otávio et VIANNA, Denizar. Medicina baseada em evidências como ferramenta para as decisões judiciais, artigo, apud BLACHERIENE, Ana Carla; SANTOS, José Sebastião dos, et alii. Direito à vida e à saúde. Impactos Orçamentário e Judicial. São Paulo: Atlas. 2010, p. 219 et seq..
- Medicina e Humanismo (artigo) in Suplemento Cultural da Revista da Associação Paulista de Medicina, abril 2010, p. 04.

ALTERAÇÕES CLÍNICAS EM OBRAS DE ARTE

PEÇAS DESPERTAM INTERESSE PELO FATO DE MESCLAREM RELIGIÃO E CIÊNCIA

Texto: Texto: Flavius Deliberalli e Luiz Antonio Lima Resende - Prof. Titular de Neurologia da Faculdade de Medicina de Botucatu

OS PINTORES HOLANDESES

Grandes pintores como Rembrandt Harmenszoon (1606-1669), Frans Hals (1580-1666) e Johannes Vermeer (1632-1675).

O Conde João Maurício de Nassau Siegen trouxe para Recife e Olinda os artistas Frans Post e Albert Eckhout, que por sua vez documentaram, na pintura, belíssimas paisagens e tipos físicos do Brasil colonial.



A cansativa rotina dos médicos é recheada de desafios. Para dar conta e manter a mente sadia, muitos doutores buscam realizar tarefas prazerosas e divertidas, sejam elas relacionadas ao esporte, cultura ou simplesmente lazer. A partir desta edição, médicos convidados compartilharão as atividades que realizam para se distrair

Na época deste autorretrato, Rembrandt estava doente, e provavelmente deprimido (1,2). Observa-se proeminência acima do epicanto palpebral esquerdo, compatível com o diagnóstico de arterite temporal.

Ainda, neste autorretrato, é possível observar pequenas lesões cutâneas compatíveis com o diagnóstico de acne rosácea (1,2).





No “Retrato de Gerard de Lairese” (Museu Casa Maurício, em Haia), há manchas cutâneas na hemiface esquerda, o queixo está elevado, as pálpebras estão assimétricas, sobrancelha elevada à esquerda, e prováveis atrofias perilabiais à esquerda. São elementos clínicos da rara Síndrome de Romberg (ou hemiatrofia facial progressiva - 3).

e ocupar o pouco tempo que têm livre no dia a dia.

O professor Titular de Neurologia da Faculdade de Medicina de Botucatu (SP), Luiz Antonio Lima Resende, tem na pintura um de seus passatempos prediletos. No caso, o Dr. Resende aprecia um pouco mais do que a plasticidade das obras, já que prefere se concentrar também em aspectos clínicos. De acordo com o Dr. Resende, as obras de arte chamam sua atenção pelo fato de mesclarem religião com ciência. Já a apreciação das obras com viés clínico vem de longa data. “Desde que eu era residente, há cerca de 30 anos”, explica.

Para o Dr. Resende, os pintores holandeses merecem destaque. “Eles buscam a perfeição e em alguns casos, eles atingem”, relata. Nesta vasta galeria, Rembrandt Harmenszoon figura entre os mais admirados pelo Dr. Resende. “Rembrandt conseguiu reproduzir com perfeição as propriedades físicas da luz”, relata.

Nesta matéria o Dr. Resende destaca algumas alterações clínicas que podem ser diagnosticadas nas obras de Rembrandt Harmenszoon.



Na obra “Osias atacado pela lepra”, há uma típica representação de lepra no território do nervo facial esquerdo, com dismorfismo facial e ectrópio da pálpebra inferior. Esta obra poderia ser utilizada em uma aula de dermatologia, para exemplificar manifestação frequente da lepra (comprometimento unilateral no território do nervo facial).

**NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XVII,
A HOLANDA ATINGIU GRANDE
DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, QUE POR
SUA VEZ POSSIBILITOU EFERVESCÊNCIA
ARTÍSTICA E CULTURAL.**

Neste autorretrato (museu de Liverpool, Inglaterra), em minha opinião, há desvio da comissura labial para a esquerda, e assimetria das sobrancelhas, com abaixamento à direita (sinal de Charcot), compatíveis com o diagnóstico de paralisia facial periférica à direita. Trata-se do único autorretrato de Rembrandt (dentre os mais de 70), em que ele se retrata com assimetria facial.



Referências bibliográficas

1. Espinel CH. A medical evaluation of Rembrandt. His self-portrait: ageing, disease, and the language of the skin. Lancet. 1997; 350:1835-7; 2. Espinel CH. Depression, physical illness, and the faces of Rembrandt. Lancet. 1999; 354:262-3; 3. Resende LAL. Contribuição ao estudo da Síndrome de Romberg. Tese de Livre-Docência, Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, 1998.

Presidente

João Luiz Amaro

Coordenadores

Pedro Cortado
Gilberto Saber
André Luiz Farinhas Tomé

Comissão

Organizadora - SBU/SP

João Luiz Amaro
Flávio Trigo Rocha
Pedro Cortado
Gilberto Saber
Geraldo Faria
Iderpol Toscano
Fernando Nestor Facio Júnior
Leonardo Reis
André Luiz Farinhas Tomé
Francisco Kanashiro
Gilberto Chavarria

PROTEUS

INTENSIVÃO

7 A 9 DE ABRIL DE 2016

EVENTO ACONTECE
DE 7 A 9 DE ABRIL.
CONFIRA A
PROGRAMAÇÃO

Texto: Redação

Hotel Maksoud Plaza - São Paulo-SP

PROTEUS

INTENSIVÃO

7 A 9 DE ABRIL DE 2016

07 de Abril - Quinta-feira

12:00 *Inscrições*

13:00 *Abertura*

LITÍASE

13:10 - 13:30 *Fisiopatologia e Tratamento Clínico da Litíase*

13:30 - 13:50 *LECO*

13:50 - 14:10 *Tratamento Cirúrgico do Cálculo Renal*

14:10 - 14:30 *Tratamento Cirúrgico do Cálculo Ureteral*

LAPAROSCOPIA E ROBÓTICA

14:30 - 14:50 *Princípios Básicos da Laparoscopia Urológica*

14:50 - 15:10 *Princípios da Cirurgia Robótica e Aplicações Futuras*

15:10 - 15:30 *Complicações*

15:30 - 15:50 *Coffee-break*

ANDROLOGIA

15:50 - 16:10 *Hipogonadismo, Testosterona, Controvérsias*

16:10 - 16:30 *Disfunção Erétil: fisiopatologia, avaliação e tratamento*

16:30 - 16:50 *Doença de Peyronie: fisiopatologia, avaliação e tratamento*

16:50 - 17:10 *Infertilidade Masculina*

UROLOGIA GERAL

17:10 - 17:30 *Urgências Urológicas Não Traumáticas*

17:30 - 17:50 *Estenose de Uretra*

17:50 - 18:10 *Trauma Urogenital*

18:10 - 18:30 *Transplante Renal*

PROTEUS

INTENSIVÃO

7 A 9 DE ABRIL DE 2016

08 de Abril - Sexta-feira

UROLOGIA GERAL

08:00 - 08:30	<i>Embriologia</i>
08:30 - 09:00	<i>Anatomia Cirúrgica</i>
09:00 - 09:20	<i>Imagenologia</i>
09:20 - 09:40	<i>Hematúria</i>
09:40 - 10:00	<i>Coffee-break</i>
10:00 - 10:20	<i>Sarcomas Retroperitoneais</i>
10:20 - 10:40	<i>Infecção Urinária</i>
10:40 - 11:00	<i>Tuberculose Urogenital</i>
11:00 - 11:20	<i>Síndrome da Dor Pélvica Crônica</i>
11:20 - 11:40	<i>Doenças Sexualmente Transmissíveis</i>
12:00 - 13:00	<i>SIMPÓSIO SATÉLITE</i>
13:00 - 14:00	<i>Intervalo</i>

CÂNCER - PRÓSTATA

14:00 - 14:20	<i>Diagnóstico e Rastreamento</i>
14:20 - 14:40	<i>PSA, Imagem, Biópsia</i>
14:40 - 15:00	<i>Tratamento da Doença Localizada</i>
15:00 - 15:20	<i>Vigilância Ativa</i>
15:20 - 15:40	<i>Tratamento da Doença Localmente Avançada</i>
15:40 - 16:00	<i>Tratamento da Doença Metastática e Resistente à Castração</i>
16:00 - 16:20	<i>Papel da Linfadenectomia: Local x Ampliada</i>
16:20 - 16:40	<i>Coffee-break</i>

PEDIATRIA

16:40 - 17:00	<i>Estenose JUP e Válvula de Uretra Posterior</i>
17:20 - 17:40	<i>Megaureter e RVU</i>
17:40 - 18:00	<i>Complexo Extrofia-Epispádia e Hipospádias</i>
18:00 - 18:20	<i>Distopias Testiculares e Malformações Genitais</i>
18:20 - 18:40	<i>Tumores Urológicos na Infância</i>

PROTEUS INTENSIVÃO

7 A 9 DE ABRIL DE 2016

09 de Abril – Sábado

NEUROUROLOGIA, DISFUNÇÃO MICCIONAL E HPB

- 08:00 - 08:20 *Anatomia e Fisiologia da Micção*
08:20 - 08:40 *Urodinâmica*
08:40 - 09:00 *Bexiga Neurogênica*
09:00 - 09:20 *Bexiga Hiperativa*
09:20 - 09:40 *Fistulas Urogenitais*
09:40 - 10:00 *Prolapsos de Órgãos Pélvicos*
10:00 - 10:20 *Coffee-break*
10:20 - 10:40 *Incontinência Urinária de Esforço Feminina*
10:40 - 11:00 *Incontinência Urinária Masculina*
11:00 - 11:20 *HPB: Anatomia, epidemiologia, diagnóstico e tratamento clínico*
11:20 - 11:40 *HPB: Tratamento Cirúrgico*
12:00 - 13:00 *SIMPÓSIO SATÉLITE*
13:00 - 14:00 *Intervalo*

CÂNCER DE RIM

- 14:00 - 14:20 *Diagnóstico, Escore, Biópsia Percutânea*
14:20 - 14:40 *Câncer de Rim Localizado: massas pequenas, tratamentos cirúrgicos, terapias ablativas*
14:40 - 15:00 *Câncer de Rim Avançado: terapia citoreduativa, terapias alvo, metastasectomia*
15:00 - 15:20 *Carcinoma da Pelve Renal e Ureter*
15:20 - 15:40 *Doenças Cirúrgicas da Adrenal*
15:40 - 16:00 *Coffee-break*

CÂNCER DE BEXIGA, TESTÍCULO E PÊNIS

- 16:00 - 16:20 *Câncer de Bexiga Não-invasivo: diagnóstico, terapias intravesicais e terapias cirúrgicas*
16:20 - 16:40 *Câncer de Bexiga Invasivo e Doença Metastática: cirurgia, quimioterapia e linfadenectomia*
16:40 - 17:00 *Derivações Urinárias: técnicas cirúrgicas e complicações*
17:00 - 17:20 *Câncer de Testículo*
17:20 - 17:40 *Câncer de Pênis*

CALENDÁRIO DE EVENTOS 2016

NACIONAIS

MARÇO

3 a 5

VII CONGRESSO INTERNACIONAL DE URO-ONCOLOGIA

São Paulo-SP

Site: www.congressourooncologia.com.br

ABRIL

7 a 9

PROTEUS

São Paulo – SP

Site: www.proteusintensivao.com.br

SETEMBRO

7 a 10

CONGRESSO PAULISTA DE UROLOGIA

São Paulo - SP

Site: em breve

INTERNACIONAIS

MARÇO

11 a 15

31ST ANNUAL EAU CONGRESS

Munich – Alemanha

Site: www.eau16.org

MAIO

6 a 10

AUA ANNUAL MEETING: AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION

San Diego – EUA

Site: www.aua2016.org

JUNHO

9 a 11

CHALLENGES 2016 IN LAPAROSCOPY ROBOTICS

Lisboa – Portugal

Site: www.challengesinlaparoscopy.it

AGOSTO

2 a 6

IUGA – INTERNATIONAL UROGYNECOLOGICAL ASSOCIATION

Cidade do Cabo, África do Sul

Site: www.iuga.org

SETEMBRO

13 a 16

ICS - INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY

Tóquio – Japão

Site: www.ics.org/2016

OUTUBRO

4 a 8

CAU - CONFEDERACIÓN AMERICANA DE UROLOGÍA (CAU)

Cidade do Panamá - Panamá

Site: www.caupanama2016.org

20 a 23

SIU - SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'UROLOGIE

Buenos Aires – Argentina

Site: www.siu-urology.org/congress-2016



CONSERVAMOS ÓTICAS RÍGIDAS, URETEROS FLEXÍVEIS E SEMI-RÍGIDOS, NEFROSCÓPIOS PERCUTÂNEOS, RESECTORES E PINÇAS UROLÓGICAS



FRONTEIRAS DA UROLOGIA

PRINCIPAIS DESTAQUES

CONVIDADOS INTERNACIONAIS

PHILIP

VAN KERREBROECK

Professor of Urology at the
University of Maastricht,
Holanda

PETER

WIKLUND

Professor of Urology,
Karolinska University Hospital,
Estocolmo Suécia

MOHAMAD

E. ALLAF

Associate Professor of Urology, Oncology,
and Biomedical Engineering Director,
Minimally Invasive and Robotic Surgery
Johns Hopkins Hospital

WARREN

SNODGRASS

Medical City Dallas Hospital
and Medical City Children's
Hospital - Dallas Texas

BARY

BERGHMANS

Pelvic care Center
Maastricht University
Hospital Maastricht

WORKSHOPS

Urologia pediátrica
Uro-oncologia
Cirurgia robótica e laparoscopia em urologia
Medicina sexual
Litíase e endourologia
Disfunção miccional e incontinência urinária masculina
Hiperplasia prostática benigna

PRÉ-CONGRESSO ICS
(INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY)

SBU ENCONTRO
FISIOTERAPEUTAS E ENFERMAGEM
(EM UROLOGIA)

SAVE THE DATE

SHERATON WTC SÃO PAULO

7 a 10 SET 2016

CONTAMOS COM A SUA VALIOSA PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO!

Presidente da Comissão Científica

**FLAVIO
TRIGO ROCHA**

Presidente da SBU São Paulo

**JOÃO
LUIZ AMARO**

Iniciativa e Realização



Organização e Secretaria Executiva



Tel.: +55 (11) 3888-2233
secretaria@rvmais.com.br
www.rvmais.com.br

** As informações são preliminares e todas as atualizações serão informadas na próxima edição do BIU

LITHOCENTER

Completo Centro de Tratamento Urológico

O Lithocenter ao completar seu 22º ano de existência realizou mais de 64.000 litotripsias extra corpóreas com excepcionais resultados. Moderno centro de tratamento urológico, dispõe de um completo instrumental endoscópico rígido e flexível que possibilita o acesso a qualquer parte do sistema urinário. O paciente pode ser acompanhado por seu médico durante todas as fases do tratamento.

O Lithocenter conta com mais uma unidade no Tatuapé, localizada dentro do Hospital Sílvio Romero.

- **Litotripsia Extracorpórea**

Possui toda infra-estrutura necessária para fragmentação de cálculos renais e ureterais com três Litotriptores DORNIER modelos DOLI, COMPACT SIGMA e DELTA

- **Endourologia - Centro Cirúrgico Especializado**

Novas salas cirúrgicas semi-inteligentes STRYKER, completo material endoscópico, novo arco cirúrgico integrado GE, uretero flexível digital GYRUS ACMI, Laser DORNIER, conjunto de imagem com gravador de DVD e equipe de enfermagem e instrumentadoras especializadas.

- **Estudo Urodinâmico**

Equipamento Promedon Urobyte 5000 para diagnósticos das disfunções miccionais de qualquer origem, operado por urodinamicistas experientes.

- **Fisioterapia de Trato Urinário Inferior**

Indicada para tratamento da incontinência urinária mista e de esforço, bexiga hiperativa idiopática, terapia coadjuvante de prolapso uterino, cistocele e retocele, enurese noturna, pré e pós parto, pré e pós prostatectomia radical e treinamento em pós operatório de Neobexiga.

- **Recursos de Última Geração**



 LITHOCENTER
JABAQUARA

Rua das Perobas, 344 - 2º andar - Jabaquara - São Paulo

Tel.: 11 5011-1717 / 4266 / 9710

e-mail: lithocenter@lithocenter.com.br ou lithocenter@uol.com.br

www.lithocenter.com.br

 LITHOCENTER
HOSPITAL NIPO-BRASILEIRO

Rua Pistoia, 100 - Parque Novo Mundo - São Paulo - SP

Tel.: 11 2633-2327 - e-mail: lithocenter1@lithocenter.com.br

www.lithocenter.com.br