



PRIMEIROS DIAS DA NOVA GESTÃO DA SBU-SP

DIMINUIÇÃO DE GASTOS, O SUCESSO DO PROTEUS E A APROXIMAÇÃO JUNTO AO PODER PÚBLICO



DIREITO MÉDICO
Consentimento Informado



RESIDÊNCIA MÉDICA
O perfil do Hospital Ipiranga e do IUN



SEM ESTRESSE
Esportes na neve



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

Informações para o público em geral

[Conheça o Projeto](#)

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



OS PRIMEIROS CEM DIAS

O período conhecido como os “Cem dias de governo” é crítico para avaliação das ações que servirão de diretrizes nos anos que se sucedem. Os primeiros cem dias da atual Gestão da SBU-SP foram marcados por uma série de medidas importantes para nossa sociedade. Projetos elaborados nos primeiros meses ganharam corpo. O PROTEUS teve número recorde de inscritos. Contou com vários Simpósios Satélites denotando o reconhecimento pela indústria farmacêutica e de materiais da importância do evento e da SBU-SP. O Congresso Paulista de Urologia está com a Programação Científica concluída e já conta com o aceite de participação dos palestrantes internacionais.

Neste número do BIU, na seção Ponto de Vista, o tema é o uso de telas no tratamento dos prolapsos genitais femininos, tendo como base a visão de um Urologista e um Ginecologista, especialistas em urologia feminina, e da Câmara Técnica de Urologia do Conselho Regional de Medicina. Expandimos a seção Residência em Urologia para que sejam abordados temas relacionados à Pós-Graduação. O objetivo é proporcionar ao Urologista do Estado de São Paulo um panorama das opções de aprimoramento na sua formação. Os pontos fortes e o que precisa ser melhorado nos diversos serviços de Residência Médica e Pós-Graduação lato sensu e stricto sensu.

O aumento da expectativa de vida da população brasileira e mundial nos arremete à importância que devemos ter com nossos pacientes, assim como o nosso próprio envelhecimento. Em um texto dinâmico, os principais cuidados

que devemos ter sempre em mente são abordados pelo Geriatra e Cardiologista Roberto Miranda.

Os aspectos médico-legais do Termo de Consentimento discutidos pelo médico e advogado Marcello Reicher e pelas advogadas Regina Maria Reicher e Fernanda Massad Aguiar, especializadas em direito médico, nos trazem informações relevantes para a realidade de relacionamentos interpessoais cercados de “desconfianças”. E um cenário complementa este tema: a Ética na Medicina Moderna. Ainda que abordada com frequência em todos os momentos de nossa vida e guia mestra de nossa atividade profissional, muitas vezes nos vemos diante de situações que colocam em cheque nossas convicções.

No calendário deste bimestre, o Congresso da Associação Americana de Urologia em San Diego. O que o maior evento científico de Urologia nos reserva para este ano e o que não podemos deixar de conhecer na californiana cidade sede do evento.

Você já pensou em esquiar? Snowboard? Esportes de inverno cada vez mais têm despertado a curiosidade e interesse no nosso meio. Quer seja em uma viagem de férias, quer seja pela oportunidade gerada por um evento no exterior, quais as dicas para aproveitarmos ou nos aventurarmos em atividades na neve?

Mantemos nosso compromisso em fazer do BIU o instrumento de comunicação em mão-dupla entre o Urologista Paulista e a SBU-SP. Seja parte atuante da nossa Sociedade!

José Carlos Truzzi
Editor do BIU



EXPEDIENTE

Diretoria da Sociedade Brasileira de Urologia • Secção 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 – 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.



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

Jornalista Responsável:
Flavio 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 – Secção 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

18

DIREITO MÉDICO
Consentimento Informado



20

ALÉM DA UROLOGIA

Ética, um Princípio que Não Pode ter Fim

22

SEM ESTRESSE
Esportes na neve



24

FIQUE SABENDO

Dicas para envelhecer bem

7

ENTREVISTA
José Carlos Truzzi, o novo editor do BIU

8

SBU E VOCÊ
Os primeiros passos da nova gestão da SBU-SP

10

PONTO DE VISTA
Telas sintéticas em prolapso genitais femininos

16

RESIDÊNCIA MÉDICA
O perfil do Hospital Ipiranga e do IUN

29

AUA 2016 SAN DIEGO
Atualização profissional e lazer

30

AGENDA
Prepare-se para os próximos eventos



Idade? 48 anos

Onde trabalha atualmente?

Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e Fleury

O que faz nas horas vagas como lazer ou hobby?

Procuro utilizar os momentos de lazer e folga para estar com minha família. Vamos ao cinema e restaurantes. E como atividade esportiva, eu gosto de correr.

Time do coração?

São Paulo

O que o fez se interessar pela Urologia?

A Urologia me atraiu por ser uma especialidade muito ampla, que abrange a medicina como um todo.

Desde quando atua como Urologista?

Conclui minha residência em 1995 e, desde então, eu atuo como urologista.

CONHEÇA O NOVO EDITOR DO BIU

EDITOR FALA DA RESPONSABILIDADE DE PRODUZIR O BIU E DA IMPORTÂNCIA DA PUBLICAÇÃO COMO ELO DE COMUNICAÇÃO COM OS UROLOGISTAS

Texto: Flavius Deliberalli

BIU: Como o senhor avalia o interesse dos urologistas paulistas na busca por informação e atualização profissional? Eles são proativos ou gostam mais de receber as informações?

José Carlos Truzzi: Temos os dois perfis, muitas vezes compartilhados: o Urologista paulista que vai atrás da informação, mas que também não abre mão de receber as notícias. Notícias não apenas do meio urológico, mas de medicina em geral, de cultura, do nosso dia a dia.

BIU: Este seria o papel do BIU no contexto do urologista buscar informação?

José Carlos Truzzi: Esta é exatamente a proposta do BIU: proporcionar ao Urologista acesso a essa informação. O BIU não está voltado à abordagem científica que temos nos periódicos nacionais e internacionais. A ideia é fazer com que o BIU seja uma fonte de informação urológica, onde terá diferentes pontos de vista e opiniões. Vamos além, proporcionando informações gerais, de cultura, voltadas aos urologistas que as buscam de modo proativo, assim como para aqueles que preferem recebê-las de modo mais direto.

BIU: E sobre o desafio de ser editor do BIU? É uma grande responsabilidade, não é?

José Carlos Truzzi: Primeiro, a responsabilidade de oferecer informações precisas, a escolha dos temas que serão apresentados, quem serão os convidados e, obviamente, o teor das matérias. Segundo, e mais desafiador, é fazer com que o Urologista Paulista tenha no BIU um verdadeiro canal de comunicação com a SBU-SP, para que ele possa se informar e se expressar.

BIU: E como o urologista pode participar mais do BIU? Ele pode sugerir matérias, artigos ou assuntos para serem abordados no BIU?

José Carlos Truzzi: Com certeza! O e-mail biu@sbu-sp.org.br é uma das formas. Além dele, temos o site da Sociedade e a Fanpage no Facebook. O associado pode e deve sugerir matérias, enviar críticas, fazer questionamentos e expor seu ponto de vista. Isto é o mais importante para nós! O propósito é fazer um trabalho voltado para o urologista e que ele se sinta motivado a nos mostrar o que realmente é importante, quais são suas necessidades em relação à Sociedade. O urologista tem que reconhecer que é parte da Sociedade. A SBU-SP só existe por causa dele. Ela não é uma estrutura física. Ele tem que entender que a Sociedade é ele.

BIU: Apesar da força da internet, os urologistas paulistas ainda preferem o meio impresso para se informar ou já migraram para a mídia digital?

José Carlos Truzzi: Cada vez mais os meios digitais terão um papel importante na comunicação. O BIU tende a acompanhar este processo. A ideia é que ele seja mantido, em um primeiro momento, no formato físico e que exista também um formato digital. Os urologistas já podem acessar o BIU através do site da SBU-SP. A tendência ainda é ampliar e facilitar esse acesso. Agora, quanto à preferência pela leitura em formato físico ou não, isso varia muito com a geração e com o hábito. Urologistas que vivenciaram durante muito tempo apenas o formato impresso, talvez não se sintam à vontade de ter apenas a versão digital.



Fazer com que o urologista Paulista tenha no BIU um verdadeiro canal de comunicação com a SBU-SP, para que ele possa se informar e se expressar

REDUÇÃO DE CUSTOS MARCA INÍCIO DA NOVA GESTÃO

CONHEÇA AS AÇÕES
TOMADAS NOS PRIMEIROS
TRÊS MESES DO MANDATO

Texto: Tesouraria SBU-SP

Prezados (as) colegas,

As primeiras ações da nova gestão da Sociedade tiveram como foco a redução de gastos administrativos. Entre os pontos que merecem destaque estão a alteração de operadora e modificações no gerenciamento das ligações telefônicas que geraram uma economia mensal de R\$ 300,00; a troca da empresa responsável pelo site da SBU com redução de custo e economia mensal de R\$ 1.835,00; a readequação do contrato com a empresa terceirizada responsável pela limpeza da sede, com redução do valor de R\$ 919,00, para R\$ 518,00 mensais, sem perda da qualidade no serviço prestado; a adequação do pacote de serviços da conta do Banco Itaú com redução das tarifas de R\$ 340,50 para R\$ 135,00 mensais e a adequação dos boletos de inscrição gerados pela RV Mais Promoção e Eventos, segundo as normas bancárias, reduzindo o custo unitário do boleto de R\$ 10,00 para R\$ 3,00.

Estamos à disposição para prestar esclarecimentos ou sanar dúvidas a respeito.

**Atenciosamente,
Tesouraria da SBU-SP**

BALANÇO GERAL DE DESPESAS SEDE SBU-SP

ITEM	VALOR
CONDOMÍNIO SEDE AUGUSTA	R\$ 881,00
CONDOMÍNIO SEDE TABAPUÃ 3 CONJUNTOS 101,102,103	R\$ 1.572,00
ELETRICIDADE (AES ELETROPAULO) SEDE TABAPUÃ + TAXA MIN. AUGUSTA	R\$ 489,00
CÓPIAS FECHAMENTO (CÓPI SERVICE)	R\$ 79,70
TI MANUTENÇÃO COMPUTADORES IMPRESSORAS (TECTRAY)	R\$ 950,00
SERVIÇO DE LIMPEZA (LIMPIDUS)+ ISS + FGTS	R\$ 945,12
SERVIÇO DE MOTO BOY (SW MOTO BOY'S)	R\$ 490,00
TELEFONIA SEDE	R\$ 502,60
TELEFONE COORPORATIVO PRESIDENTE	R\$ 105,60
DESPESAS CORREIO	R\$ 300,00
DESPESAS ADM SEDE (PAPELARIA, BEBIDAS, LANCHES E ETC...)	R\$ 500,00
CONVÊNIO MÉDICO QUALICORP SECRETÁRIAS	R\$ 1.383,80
SALÁRIO SECRETÁRIAS	R\$ 5.160,00
VALE REFEIÇÃO	R\$ 1.524,24
TRANSPORTE	R\$ 528,00
IMPOSTOS SOBRE FOLHA DE PAGAMENTO	R\$ 3.425,81
IPTU SEDE TABAPUÃ / SEDE AUGUSTA	R\$ 570,00
TWW SERVIÇO DE SMS	R\$ 207,09
PEPPE BONAVITA ADVOGADOS	R\$ 2.033,72
TWW SERVIÇO DE SMS	R\$ 207,09
UNIMAGEM MANUTENÇÃO SITE SBU-SP	R\$ 4.514,19
UNIMAGEM CONFECÇÃO DA NOVA PAGINA ELETRONICA 2/4	R\$ 938,50
TOTAL GERAL	R\$ 27.307,46

SBU - SECÇÃO SÃO PAULO - 31/03/2016

SALDOS BANCÁRIOS

Conta BIU	68.524-4	R\$ 9,58
Conta Eventos	68.525-1	R\$ 452.261,42
Conta Administrativa	71.322-8	R\$ 3.168,44
Saldo Atual		R\$ 455.439,44

APLICAÇÕES

Aplicação (Eventos)	MAX DI/Compromis- sada DI	R\$ 160.873,64
Aplicação (SBU-SP)	Fundos	R\$ -
Total		R\$ 616.313,08

POSSE DA NOVA DIRETORIA

JOÃO LUIZ AMARO REFORÇA COMPROMISSO DE APROXIMAÇÃO DA SOCIEDADE COM OS UROLOGISTAS PAULISTAS

Texto: Secretaria SBU-SP



(DA ESQ. PARA DIR.); PEDRO CORTADO (1º Secretário da SBU-SP); DR. JOÃO AMARO (Presidente da SBU-SP); GERALDO ALCKMIN (Governador do Estado de São Paulo); DR. FLÁVIO EDUARDO TRIGO ROCHA (Vice-presidente da SBU-SP); ALEXANDRE DE MORAES (Secretário de Segurança Pública do Estado de São Paulo) e PEDRO TOBIAS (Deputado Estadual).

A Cerimônia de Posse do Presidente João Luiz Amaro e da Diretoria da SBU-SP Gestão 2016-2017 ocorreu no último dia 03 de março, no Salão Nobre do Gran Estampaza Hotel. O atual Presidente da Sociedade Brasileira de Urologia, Dr. Archimedes Nardozza Júnior ressaltou no seu discurso a grandiosidade da Seccional São Paulo (SBU-SP) e a importância do trabalho conjunto que será realizado neste biênio voltado para o Urologista brasileiro. No seu discurso de transmissão do cargo o ex-Presidente da SBU-SP, Roni de Carvalho Fernandes, enalteceu a importância da SBU-SP no âmbito urológico nacional e internacional, bem como agradeceu a oportunidade de ter atuado em diversos cargos na SBU-SP. O discurso do Presidente João Luiz Amaro acentuou o compromisso assumido durante a campanha, de aproximar o Urologista do Estado de São Paulo da SBU-SP. Amaro ressaltou que a SBU-SP tem um papel crítico como entidade representativa do Urologista nas questões profissionais e de atualização científica. As conquistas obtidas ao longo de décadas serão mantidas e atualizadas para que o Urologista tenha orgulho de pertencer à SBU-SP. O novo Presidente concluiu o discurso com um agradecimento à Diretoria, a todos os Urologistas que depositaram sua confiança na atual Gestão e em especial à sua família. Diversas autoridades compareceram ao evento, dentre as quais, o ex-Presidente da SBU-SP, Prof. Dr. Antônio Marmo Lucon, e o ex-Presidente da SBU e SBU-SP, Dr. Aquinaldo C. Nardi.

No mesmo dia 03 de março, houve ainda reunião ordinária da Diretoria da SBU-SP, onde foram discutidos aspectos finais do PROTEUS. A programação principal, bem como os workshops e Simpósios Satélites foram concluídos.

Já o Congresso Paulista de Urologia está com o Programa definido e os palestrantes internacionais confirmados. Os Tutoriais e Cursos estão sendo programados pelos respectivos coordenadores. Um dos objetivos desta edição do Congresso é a inclusão de jovens urologistas na Programação do evento, com o objetivo de manter ativa a reciclagem de lideranças na Urologia de São Paulo.

Vários projetos que estão sendo elaborados pela SBU-SP foram apresentados na reunião e definidos os Coordenadores. Foi apresentada também à Diretoria a Carta com determinações da SBU Nacional quanto ao gerenciamento de eventos oficiais das Seccionais, bem como definido o modelo de repasse de lucros de tais eventos à mesma. Também foram discutidas e estabelecidas as Normas de Apoio da SBU-SP a eventos.

No dia 12 de abril, o Presidente, João Amaro; o Vice-presidente, Flávio Trigo Rocha, e o Secretário, Pedro Cortado, acompanhados pelo Deputado Estadual, Pedro Tobias, foram recebidos no Palácio dos Bandeirantes pelo Governador do Estado de São Paulo, Geraldo Alckmin, e pelo Secretário de Segurança Pública, Alexandre de Moraes. Na ocasião, foram discutidas medidas de aproximação da Sociedade e o Poder Público e oficializado o convite para que o Governador participe do XIV Congresso Paulista de Urologia.

DIVULGAÇÃO DE EVENTOS CIENTÍFICOS PELA SBU-SP

ATENTE PARA AS NOVAS NORMAS

Texto: Secretaria SBU-SP

A SBU-SP poderá oferecer apoio na divulgação de eventos (cursos, jornadas, congressos, etc.) promovidos por sociedades ou entidades médicas de acordo com as seguintes normas:

1—As sociedades ou entidades médicas que solicitarem a SBU-SP o apoio na divulgação dos seus eventos deverão atender as normas de regularidade e representatividade exigidas pela legislação e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo;

2—A solicitação de apoio na divulgação deve ser encaminhada a secretaria da SBU-SP através do preenchimento do “Formulário de Solicitação de Apoio da SBU-SP para Divulgação de Eventos”, que será analisado pela diretoria da SBU-SP;

3—Aprovado o apoio, a instituição solicitante deverá inserir a logomarca da SBU-SP em todo material de divulgação do evento, em seus diversos formatos (folders, malas diretas, e-mail, home page, etc.);

4—A entidade promotora do evento oferecerá gratuitamente a SBU-SP cinco inscrições (cortesias);

5—O associado da SBU-SP que desejar se inscrever no evento pagará o mesmo valor praticado para os associados da entidade promotora do evento. Se as taxas forem diferenciadas para diferentes categorias de associados, será utilizada a de menor valor;

6—A divulgação pela SBU-SP será feita através da inclusão do evento e programação no portal da SBU-SP e em outras mídias, se assim julgar do interesse de seus associados;

7—Não será fornecido o cadastro dos associados da SBU-SP para divulgação de eventos;

8—As entidades solicitantes assumirão o compromisso de reciprocidade no apoio de divulgação de eventos promovidos pela SBU-SP.

Formulário solicitando apoio na divulgação de eventos científicos

1—O “Formulário de Solicitação de Apoio da SBU-SP para Divulgação de Eventos” deverá ser preenchido pelas sociedades ou entidades que desejam ter a chancela da SBU-SP em seus eventos médicos-científicos;

2—O Formulário deve ser totalmente preenchido e enviado para o e-mail sbu.sp@uol.com.br a fim de ser analisado pela Diretoria. Após análise, a secretaria da SBU-SP entrará em contato com o requisitante informando da aprovação ou recusa da solicitação;

3—A solicitação e envio do Formulário devem ser feitos com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data de início do evento.

UROLOGIA

EM DEBATE

CONHEÇA TRÊS OPINIÕES SOBRE O USO DE TELAS NO TRATAMENTO DOS PROLAPSOS GENITAIS FEMININOS

Texto: Flavius Deliberalli

Nesta edição do BIU, o tema de seção Ponto de Vista é o uso de telas sintéticas no tratamento dos Prolapsos Genitais Femininos. Seguindo a proposta da seção, serão expostas três opiniões diferentes (de um Urologista e de um Ginecologista, ambos especialistas em Urologia Feminina, e da Câmara Técnica de Urologia do Conselho Regional de Medicina - Cremesp), que não necessariamente

representam a visão da Sociedade.

O Prolapso Genital é um problema que atinge metade das mulheres com mais de 50 anos. A representatividade de sua ocorrência, o comprometimento que causa na qualidade de vida das mulheres, a frequente recorrência após intervenções cirúrgicas e as implicações médico-legais envolvidas no uso de telas são algumas das polêmicas que circundam este tema.

O USO DE TELAS SINTÉTICAS NA CORREÇÃO DE PROLAPSOS GENITAIS FEMININOS

Texto: Câmara Técnica de Urologia

É fundamental que o médico mantenha-se atualizado nos diferentes tipos de prolapsos para que possa fazer o diagnóstico adequado e indicar a melhor possibilidade de correção do problema.

No que pese os prós e contras sobre o uso de telas sintéticas na correção de prolapsos genitais femininos é sempre bom lembrar que a perfeita correção anatômica do prolapso nem sempre se correlaciona com a satisfação do paciente.

Cabe ao cirurgião a escolha do tratamento que achar mais adequado ao paciente em questão, levando em consideração todo conhecimento científico a respeito dos tratamentos disponíveis. Isto implica que o paciente deve ser informado das opções de tratamento e decidir com o médico a melhor delas.

Segundo o Código de Ética Médica, é vedado ao médico:

Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Existem quatro passos básicos a serem seguidos:

1-Seleção do paciente:

É fundamental que o médico mantenha-se atualizado nos diferentes tipos de prolapsos para que possa fazer o diagnóstico adequado e indicar a melhor possibilidade de correção do problema, uma vez que não existe um procedimento padronizado para todas as alterações. Neste momento, devem ser levados em conta as expectativas e o perfil psicológico do paciente.

2-Seleção da prótese:

Uma vez que existe uma grande variedade de modelos de próteses produzidas por diferentes fornecedores, é fundamental que o médico leve em consideração a eficácia, a segurança do paciente, custo benefício e jamais aceitar assédios e/ou benefícios que a indústria de materiais médicos possa oferecer.

De acordo com o Código de Ética Médica, é vedado ao médico:

Art. 20. Permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade.



É sempre bom lembrar que a perfeita correção anatômica do prolapso nem sempre se correlaciona com a satisfação do paciente .”

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 68. Exercer a profissão com interação ou dependência de farmácia, indústria farmacêutica, óptica ou qualquer organização destinada à fabricação, manipulação, promoção ou comercialização de produtos de prescrição médica, qualquer que seja sua natureza.

Devemos ressaltar também o papel da indústria de materiais, destacando-se em não procurar aliciar profissionais de saúde oferecendo benefícios indevidos e também agir de forma responsável, visando garantir a qualidade e segurança do produto oferecido e ras-

trear complicações a médio e longo prazo dos pacientes que se utilizaram deste produto.

3-Experiência do cirurgião:

É de fundamental importância que o cirurgião mantenha-se atualizado e domine completamente as técnicas de correção de prolapso com o uso ou não de telas sintéticas. Antes do profissional utilizar um novo material para correção de prolapso, ele deve informar-se com sua sociedade de especialidade se este material tem homologação para ser utilizado e também quanto a locais disponibilizados para treinamento adequado para sua utilização e inclusive orientação por tutores previamente treinados.

4-Consentimento do paciente:

O Consentimento Informado deve ter forma clara e acessível ao paciente, público leigo, contendo explicação detalhada do diagnóstico e das possíveis formas de tratamento, além dos riscos e complicações inerentes ao procedimento, amparado em literatura pertinente a este assunto. A fim de assegurar que os direitos dos pacientes foram preservados, o Consentimento Informado deve ser assinado pelo paciente, ratificando assim o método de tratamento proposto e confirmando que ele recebeu as explicações e está ciente dos riscos e complicações descritos, bem como teve todas as dúvidas esclarecidas.



Cássio L. Z. Ricetto - Professor Livre Docente em Urologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

O USO DE TELAS SINTÉTICAS NA CORREÇÃO DE PROLAPSOS GENITAIS FEMININOS, SEGUNDO UM UROLOGISTA

Texto: Cássio L. Z. Ricetto

No momento, observa-se súbita retração do emprego de telas em cirurgia pélvica reconstrutiva, com os raros novos produtos centrando-se, prioritariamente, em variações técnicas e aperfeiçoamentos dos kits já em uso, mas mantendo as composições que obtiveram melhores respostas clínicas.

Aspectos gerais

Estima-se que até 50% das mulheres após os 50 anos apresentarão algum grau de Prolapso de Órgãos Pélvicos (POP). Nos próximos 40 anos, o número de cirurgias para tratamento de POP deverá crescer em até 50%, em virtude do aumento da expectativa de vida da população feminina.

A recorrência relacionada aos procedimentos descritos como “colporrafia anterior” varia de 20 a 50%, dependendo dos critérios empregados. Além disso, estima-se que o tecido cicatricial formado a partir da plicatura dos tecidos nativos é capaz de recompor, no máximo, até 50% da tensão originalmente atribuída aos tecidos de sustentação das vísceras pélvicas. De maneira geral, as taxas de recorrência são maiores nas seguintes situações: história familiar de POP; prolapsos

acentuados; pacientes com contratilidade inadequada do assoalho pélvico; antecedente de histerectomia e/ou cirurgia prévia para POP; alto índice de massa corporal e para aqueles com lesão do levador do ânus associada a hiato genital largo e excessivamente distensível.

O uso de telas sintéticas nas cirurgias anti-incontinência teve início na década de 90, após a publicação de conceitos morfofuncionais sintetizados na Teoria Integral da Continência. Seu emprego no tratamento dos POPs difundiu-se de forma acelerada no início do presente século, de maneira que, recentemente, um estudo europeu estimou que cerca de 70% dos cirurgiões utilizam com frequência telas sintéticas em cirurgia vaginal reconstrutiva. Tal fato teve a contribuição do investimento significativo das empresas produtoras de implantes, seja no desenvolvimento de kits para a padronização dos procedimentos, como também na promoção do aprendizado das técnicas cirúrgicas. Infelizmente, a interferência da indústria determinou, também, a adoção dos implantes por cirurgiões pouco dedicados à cirurgia pélvica reconstrutiva e com

baixo volume cirúrgico, seguindo-se relatos frequentes de complicações envolvendo implantes sintéticos vaginais, notadamente relacionados à dor crônica, dispareunia, exposição vaginal e erosões viscerais. Tais relatos determinaram a emissão de comunicados por agências reguladoras em saúde, como o Food and Drug Administration, e por sociedades médicas, no sentido de disciplinar as indicações das telas sintéticas nas cirurgias para tratamento dos POPs.

No momento, observa-se súbita retração do emprego de telas em cirurgia pélvica reconstrutiva, com os raros novos produtos centrando-se, prioritariamente, em variações técnicas e aperfeiçoamentos dos kits já em uso, mas mantendo as composições que obtiveram melhores respostas clínicas, ou seja, compostos de polipropileno monofilamentar com baixa densidade.

Fisiopatologia das complicações relacionadas às telas para POP

Atualmente são descritos dois mecanismos principais para justificar as complicações relacionadas às telas empregadas em cirurgia vaginal reconstrutiva: infecção do sítio cirúrgico e processo infla-

matório crônico com degradação do implante mediada por radicais livres.

Num estudo sobre o perfil microbiológico de 16 explantes de telas de diferentes composições, foi encontrada infecção polimicrobiana em 31% dos casos. *Proteus mirabilis* foi o micro-organismo mais frequentemente isolado, seguido por *Staphylococcus coagulase-negativo*, *Escherichia coli* e *Streptococcus agalactiae*. Apesar disso, em 43% dos casos a contagem de bactérias foi inferior a 10.000 UFC/mL. Considera-se que a virulência desses micro-organismos relacionados à contaminação de implantes decorre não da sua capacidade replicativa, mas na habilidade de formar um biofilme (camada de polissacarídeos) que os protege da ação das células de defesa do hospedeiro e ainda auxilia a aderência do micro-organismo ao material da tela. Em outro estudo, no qual foram analisadas as características morfológicas, histológicas e químicas de cem explantes humanos, concluiu-se que as lesões oxidativas mediadas por radicais livres na área do implante podem contribuir para a degradação do material e para a perpetuação de uma resposta inflama-

tória inadequada local, que justificariam os sintomas e sinais clínicos que habitualmente levam ao explante. Tais eventos podem estender-se até períodos tardios após o implante, permitindo que a oxidação modifique significativamente a estrutura do implante, sendo tanto mais frequentes quanto mais hidrofóbica for a interface implante-hospedeiro, como ocorre com o polipropileno, que corresponde ao material mais empregado atualmente.

Quais as indicações atuais para emprego de telas?

Os POPs tem etiologia multifatorial. De maneira geral, os tecidos das pacientes com POP são pobres em colágeno maduro e fibras elásticas, ricos em colágeno imaturo, ricos de enzimas de degradação do colágeno e pouco resistentes à tensão. Essas anormalidades culminam por determinar distensões e roturas do tecido conjuntivo pélvico, notadamente na região pericervical. Acometem mais frequentemente a parede anterior e o ápice da vagina, em detrimento da parede vaginal posterior. O objetivo do implante da tela é servir como uma matriz no interior da qual o tecido nativo irá se proliferar e aumentar sua resistência à tensão.

As telas apresentam vantagens inequívocas nos prolapso da cúpula vaginal pós histerectomia e nos prolapso uterinos (quando se planeja a manutenção do órgão e reali-



Consideramos que variações na composição, gramatura, porosidade e filamentação dos materiais empregados na confecção das próteses empregadas nos POPs deverão evoluir, paralelamente às novas alternativas de recobrimento de biomateriais, visando minimizar sua degradação, formação de biofilme, otimização de sua hidrofiliabilidade e a deposição adequada de colágeno maduro local.”

zação de histeropexia). Nesse sentido, a abordagem vaginal, por meio da colpoptexia ou histeropexia sacroespinal se contrapõe à sacropromontopexia sacral, cada qual com suas vantagens e desvantagens específicas. As evidências disponíveis na literatura em favor da sacropromontopexia são mais expressivas, embora trate-se de procedimento relacionado à distorção do eixo vaginal natural, de maior custo (sobretudo se executado por via laparoscópica ou robótica) e morbidade potencial, relacionada às eventuais complicações intraperitoneais. Contra as colpoptexias são referidos o maior risco de exposição vaginal do implante e de dispareunia, além de recorrência anatômica levemente mais frequente. No nosso serviço, realizamos rotineiramente o tratamento dos prolapso apicais por meio de colpo/histeropexia sacroespinal, reservando-se a sacropromontopexia para situações selecionadas.

Quanto ao prolapso vaginal anterior, a indicação do emprego de telas sintéticas está condicionada ao estágio do prolapso (estágio 3 ou 4, segundo o Pelvic Organ Prolapse Quantification System – POPQ), e a má qualidade da “fascia” pubocervical, sobretudo em se tratando de recidiva. A idade avançada, ausência de atividade sexual, bem como condições que determinem aumento crônico da pressão abdominal são consideradas indicações relativas para o emprego de próteses

no tratamento dos prolapso anteriores.

Nos prolapso posteriores, até o presente momento, não há evidências na literatura que justifiquem o emprego de próteses sintéticas, sendo nossa preferência a correção por meio da reconstrução do septo retovaginal, com sua sutura à porção posterior do anel pericervical e, quando possível, à extremidade justacervical dos ligamentos sacrouterinos bilateralmente.

Perspectivas futuras

No futuro próximo, consideramos que variações na composição, gramatura, porosidade e filamentação dos materiais empregados na confecção das próteses empregadas nos POPs deverão evoluir, paralelamente às novas alternativas de recobrimento de biomateriais, visando minimizar sua degradação, formação de biofilme, otimização de sua hidrofiliabilidade e a deposição adequada de colágeno maduro local. Apesar de conceitualmente interessantes, o emprego de matrizes acelulares, células tronco, bem como a manipulação genética de enzimas responsáveis pela degradação do colágeno ainda são absolutamente experimentais.

O aumento da expectativa de vida, bem como das demandas relacionadas à qualidade de vida na população idosa, determina aumento crescente dos POPs. Nesse sentido, as pesquisas e discussões acerca dos implantes na cirurgia pélvica reconstitutiva continuarão em evidência.



Jorge Milhem Haddad - Chefe do Setor de Uroginecologia e Assoalho Pélvico da Disciplina de Ginecologia da FMUSP; Presidente da Comissão Especializada de Uroginecologia da FEBRASGO e representante Latino-americano da IUGA

O USO DE TELAS SINTÉTICAS NA CORREÇÃO DE PROLAPSOS GENITAIS FEMININOS, SEGUNDO UM GINECOLOGISTA

Texto: Jorge Milhem Haddad

O tratamento do Prolapso Genital deve ser individualizado. Vários fatores influenciam na decisão do tipo de tratamento dos Prolapsos Genitais, entre eles a presença de sintomas urinários ou intestinais, o desejo de restaurar a anatomia vaginal, as condições clínicas da paciente e a atividade sexual.

Introdução

O Prolapso Genital é um problema de saúde pública mundial, por conta de sua frequência e comprometimento da qualidade de vida das pacientes. Estima-se que 15% a 30% das mulheres com mais de 50 anos apresentem o problema e que até os 80 anos, aproximadamente 11% necessitarão de correção cirúrgica. Em 30% dos casos, ocorre a recorrência do prolapso. As chances de recidiva são mais relacionadas a idade, paridade, má qualidade tecidual, imunossupressão e condições clínicas, como tosse crônica e constipação.

O importante comprometimento da qualidade de vida das mulheres com prolapso genital, o aumento de sua prevalência em decorrência da maior expectativa

de vida da população e a frequência com que se observa recidiva do prolapso após tentativas cirúrgicas prévias, têm motivado interesse na revisão dos métodos terapêuticos disponíveis para o tratamento dessa afecção, em particular o tratamento cirúrgico.

Entretanto, foram constatados nos estudos, altas taxas de recidiva com a utilização de cirurgia convencional, tanto em casos de defeitos da parede vaginal anterior, como da posterior. Por essa razão, foi introduzido o uso de telas, sintéticas ou biológicas, objetivando aumento dos índices de sucesso cirúrgico. Ressalte-se, porém, que sua utilização é controversa, o que enseja o questionamento de sua indicação, técnica, eficácia e segurança.

Tratamento Cirúrgico Obliterativo

O tratamento do Prolapso Genital deve ser individualizado. Vários fatores influenciam na decisão do tipo de tratamento dos Prolapsos Genitais, entre eles a presença de sintomas urinários ou intestinais, o de-

sejo de restaurar a anatomia vaginal, as condições clínicas da paciente e a atividade sexual. Uma cirurgia para reconstrução total da pelve pode ter duração muito longa, com perda sanguínea e aumento da morbidade. Para mulheres idosas, debilitadas e sem desejo de manter a funcionalidade da vagina, os tratamentos obstrutivos são uma boa opção.

Os estudos na literatura são limitados com relação a sua qualidade científica, porém permitem concluir que a Colpocleise é um tratamento eficaz e duradouro para o Prolapso Genital, com taxas de sucesso de 91% a 100%. Pode-se realizar este procedimento com e sem histerectomia associada. Quanto às complicações desse procedimento, muitas são decorrentes da idade, tais como complicações cardíacas, pulmonares e vasculares, ocorrendo em aproximadamente 2% dos casos.

Tratamento Cirúrgico Reconstrutivo

As pacientes devem ser minuciosamente examinadas para que se possa constatar quais compartimentos (anterior, posterior e apical) estão comprometidos e, todos,

mesmo os menos proeminentes, devem ser tratados conjuntamente.

Atualmente, o Prolapso do compartimento anterior da vagina pode ser tratado cirurgicamente pela colporrafia anterior, correção sitio específica ou pelo uso de telas. Preferimos sempre a correção sitio específica e, quando não existe fascia, optamos por uma tela sintética.

As telas são classificadas como sintéticas ou biológicas. As primeiras podem ser compostas de material absorvível (poligalactina, ácido poliglicólico) ou inabsorvível (polipropileno Tipo I, polietileno). No compartimento anterior da vagina, telas podem apresentar resultados superiores às correções sem seu uso, bem como melhorar o resultado anatômico. Entretanto, quando a avaliação dos resultados é realizada por meio de Questionários de Qualidade de Vida, não se observa diferença significativa em qualquer estudo randomizado, tal como ocorre com relação às incidências de dispareunia “de novo” e incontinência urinária.

Com relação à função sexual, a literatura é controversa e carente de estudos controlados para adequada avalia-

ção dos resultados. Estudo envolvendo 125 mulheres que se submeteram à correção de distopia da parede vaginal anterior evidenciou melhora significativa da função sexual apenas naquelas submetidas à correção pela técnica da colpoptasia anterior, não havendo diferença expressiva nas submetidas à correção com utilização de telas. As principais complicações são erosão vaginal, infecções, granulomas, dispareunia, fístula vesico-vaginais e dor pélvica crônica.

Em 2008, o FDA fez a primeira notificação sobre complicações associadas ao uso de telas sintéticas, após receber muitos relatos de complicações e, em 2011, fez duas publicações sobre as indicações e complicações do uso de telas. Fizemos uma revisão publicada pela Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de São Paulo (SOGESP), recomendando o uso de telas sintéticas na parede anterior em casos de cistocele recorrente com Prolapso Genital estágio 3 e 4 e tecido autólogo de má qualidade. Deve-se ressaltar também que os defeitos da parede anterior em estágios avançados estão frequentemente associados a defeito do ápice vaginal e isso pode explicar a grande taxa de recidivas da cirurgia da cistocele. Assim, devemos sempre corrigi-los conjuntamente.

O tratamento cirúrgico do Prolapso posterior pode ser feito por via vaginal ou transanal. Maher e colab, numa metanálise, concluiu que a via

vaginal é melhor que a transanal, quanto à eficácia. Em relação ao emprego de telas sintéticas, Sokol et al, através de estudo prospectivo randomizado que comparou a correção do Prolapso com e sem tela sintética de polipropileno Tipo I, reportaram resultados da parede vaginal posterior semelhantes entre os grupos após um ano de seguimento. O que se deve ressaltar é que a taxa de erosão com o uso de telas foi de 16,9%. Assim, não recomendamos o uso de telas no compartimento posterior.

Já a correção do defeito apical (compartimento apical) inclui o tratamento do Prolapso de cúpula ou do útero e pode ser realizada por via abdominal (laparotomia ou laparoscopia) ou vaginal. A maioria dos estudos concluíram que a cirurgia abdominal implica menor taxa de recorrência, menos dispareunia e menor tempo cirúrgico, porém recuperação mais longa e maior custo.

A colpopexia abdominal pode ser aberta ou por laparoscopia com resultados semelhantes. A via laparoscópica permite recuperação mais rápida, porém, requer mais longa curva de aprendizado.

Com relação à preservação do útero, várias técnicas cirúrgicas podem ser realizadas, como a fixação no ligamento útero-sacro ou no ligamento sacro-espinhoso pela via vaginal ou a histeropexia sacral pela via abdominal.

Um estudo comparou a



As pacientes devem ser minuciosamente examinadas para que se possa constatar quais compartimentos (anterior, posterior e apical) estão comprometidos e, todos, mesmo os menos proeminentes, devem ser tratados conjuntamente.”

preservação uterina pela técnica de fixação sacral por via abdominal com a realização de histerectomia vaginal e fixação no ligamento útero-sacro, observando que, após um ano e, no seguimento de longo prazo, após oito anos, houve taxa de recidiva maior no grupo com preservação do útero e fixação sacral por via abdominal.

Com relação à comparação da preservação uterina pela via vaginal, um estudo comparou a histeropexia no ligamento sacro-espinhoso com a histerectomia vaginal, e observou ter havido mais efeitos adversos no grupo da histeropexia, principalmente com relação à dor em região glútea.

A fixação alta nos ligamentos útero-sacros, também conhecida como High McCall, é outra boa opção, principalmente para os Prolapsos uterinos ou de cúpula vaginal em estágios avançados. Porém, a cistoscopia para comprovar a permeabilidade ureteral é obrigatória, pois apresenta 1 a 11% de risco de injúria do ureter.

No final de 2015, após revisões sistemáticas e metanálises associadas as opiniões de um grupo de experts, a Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal da FEBRASGO publicou em seu site as recomendações para diversas afecções uroginecológicas.

O PERFIL DO HOSPITAL IPIRANGA E DO IUN DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO



Dando continuidade à proposta de promover a Residência Médica em Urologia no Estado de São Paulo, nesta edição o BIU apresenta os pontos fortes e o que necessita ser melhorado no Hospital Ipiranga e no Instituto de Urologia e Nefrologia de São José do Rio Preto (IUN), de acordo com a opinião dos Chefes de Residências Médicas e seus Residentes mais graduados.

Representando o Hospital Ipiranga temos o depoimento do Chefe do Serviço de Urologia, Dr. Sandro Nassar Cardoso, e os Médicos Residentes Dr. Lucas Meira Abrahão e Dr. Luis Fernando Bastos Ribeiro. Do Instituto de Urologia e Nefrologia de São José do Rio Preto (IUN), colaboraram o Chefe do Serviço de Urologia, Dr. Miguel Zerati Filho, e o Médico Residente, Dr. Martim Bottene.

De acordo com o Dr. Sandro, neste ano, o Serviço de Urologia do Hospital Ipiranga completa 20 anos, data comemorativa que é motivo de muito orgulho. O Chefe do Serviço de Urologia do Hospital Ipiranga ressalta ainda a importância e a dedicação dos Doutores Sidney Glina e Luiz Figueiredo Mello, a quem reverencia.

O Hospital Ipiranga possui servi-

ço de Urologia bem estruturado, que permite ao residente vivenciar todas as áreas do conhecimento urológico, além de realizar treinamento em ultrassonografia do trato urinário e biópsias prostáticas guiadas por ultrassom. É um serviço público que enfrenta diariamente carências de suprimentos, em geral temporárias, principalmente para a realização de procedimentos endo-urológicos e laparoscópicos. Um ponto a ser destacado é a pesquisa científica. Durante os três anos de preparação, o residente participa de modo intenso na elaboração dos trabalhos. “Apesar de não ser essencial, é um diferencial importante na formação do residente”, afirma o Dr. Sandro.

Dr. Zerati lembra que o Serviço de Residência de Urologia do Instituto de Urologia e Nefrologia de São José do Rio Preto (IUN) foi credenciado pela Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) em 1979, e em 2000, pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). O IUN já formou mais de 70 especialistas, de modo que hoje, alguns são Doutores e Chefes de Serviço, além de um Professor Titular. O IUN destaca-se por ter uma sólida atividade científica (atividades acadêmicas semanais, com participação direta dos residentes), sendo que em



REPRESENTANTES
DAS DUAS
TRADICIONAIS
INSTITUIÇÕES
DESTACAM PONTOS
FORTES E OS QUE
NECESSITAM DE
MELHORIAS

Texto: SBU-SP



duas ocasiões os residentes obtiveram o primeiro lugar na Prova para o Título de Especialista da SBU (TISBU). “Abrangemos todas as subespecialidades urológicas, inclusive algumas que nem todos os serviços dispõem, como transplante renal e uropediatria”, afirma o Dr. Zerati. Outra característica do IUN é que se trata de um serviço particular que atua em vários hospitais, de diferentes níveis, atendendo SUS, saúde suplementar e medicina privada. Desse modo, o residente tem uma preparação muito sólida da realidade que irá encontrar ao término da residência. O movimento de laparoscopia no IUN ainda é deficitário, embora haja um intenso trabalho para aumentá-lo, segundo o Dr. Zerati.

Quanto aos pontos a serem destacados no seu serviço, os Doutores Luis Ribeiro e Lucas Abrahão, do Hospital Ipiranga, destacam o número adequado e presente dos assistentes, bem como um volume satisfatório de pacientes e patologias variadas. Pode-se realizar cirurgias de complexidade, como: videolaparoscopia, cirurgias reconstrutivas de uretra e de incontinência masculina. Segundo os residentes, alguns pontos precisam ser melhorados no Hospital Ipiranga. “Trata-se de um serviço de urologia em um hospital público,

que apresenta algumas deficiências, como por exemplo, a dificuldade na aquisição de algum tipo de material cirúrgico, principalmente na área de endo-urologia e videolaparoscopia, além de um déficit de colegas anestesistas para suprir a demanda cirúrgica, considerando a disponibilidade de salas no bloco cirúrgico”.

O IUN apresenta como pontos positivos em seu serviço de residência a oportunidade de acesso às mais diversas patologias, suas complexidades e exames acessórios nas áreas de domínio geral, como uro-patologia, imagem, uro-oncologia, endo-urologia e andrologia. Destaca como excelência as subespecialidades de uro-ginecologia, uro-pediatria e transplante renal. “Porém nossa fragilidade é a carência de cirurgias videolaparoscópicas”, afirma Dr. Bottene.

Por fim, o BIU perguntou aos residentes se eles se julgam preparados para exercer a urologia, na sua forma plena, em qualquer Estado do Brasil, ao final da residência médica. Todos foram uníssonos em dizer que sim. Vale ressaltar que os Doutores Bottene (IUN) e Luis Ribeiro (Hospital Ipiranga) pretendem fazer especialização ou pós-graduação na área de videolaparoscopia, após finalizarem a residência médica.



DEFESAS DE TESES

CONHEÇA NOVOS
DOCTORES E MESTRES
EM UROLOGIA

Texto: SBU-SP

A partir desta edição, o BIU amplia a seção Residência Médica e passa a dar espaço também à Pós-Graduação. Seguem Defesas de Tese que ocorreram neste bimestre:



DEFESA DE TESE DE DOUTORADO NA FACULDADE DE MEDICINA DA USP

Aluno: Eduardo de Paula Miranda

Data: 04/03/2016

Título: Avaliação dos Biomarcadores Urinários no Controle do Tratamento de Estenose de Junção Ureteropélvica em Adultos

Banca examinadora:
Prof. Dr. Ricardo Jordão Duarte Banca (Orientador)
Prof. Dra. Kátia Ramos Moreira Leite
Prof. Dr. Marcelo Lopes de Lima
Dr. Roberto Iglesias Lopes

DEFESA DE TESE DE MESTRADO NA UNICAMP

Aluno: Walker W. Laranja

Data: 14/02/2016

Título: Fatores biopsicosociais na indicação, procedimento e resultado da biópsia de próstata

Banca examinadora:
Dr. Leonardo Reis (Orientador)
Dr. Cláudio Coy
Dr. Sidney gлина



CONSENTIMENTO INFORMADO NA RELAÇÃO MÉDICO/PACIENTE

DOCUMENTO DEVE SEMPRE SER OBTIDO ANTES DA INTERVENÇÃO MÉDICA

A bordaremos hoje sobre um dos mais importantes temas envolvendo o dia a dia da relação médico/paciente, o Consentimento Informado e seus possíveis desdobramentos.

O Consentimento Informado deve sempre ser obtido antes da intervenção médica. Quando uma pessoa não é capaz de dar consentimento livre e esclarecido, a autorização deve partir de um representante legalmente autorizado. O Consentimento Informado deve ser documentado em um formulário de consentimento escrito e bem esclarecido, lido, assinado e datado pelo paciente, ou por seu representante legal.

O Consentimento Informado se baseia no princípio de que as pessoas têm o direito de escolher livremente se querem se submeter ao tratamento médico oferecido, ou não, enaltecendo, assim, o aperfeiçoamento da ética biomédica. Visa, assim, proteger a liberdade individual de escolha, em respeito à

autonomia da vontade do indivíduo.

Nesse sentido, é direito de todo paciente ser informado pelo médico de todo e qualquer procedimento que afete sua integridade física e/ou moral, para que seja alertado dos riscos e benefícios envolvidos, denotando a liberdade de ação do paciente, a ausência de coerção e o direito de recusar ou interromper o tratamento, em obediência ao princípio maior da dignidade da pessoa humana previsto no artigo 1º, III, da Constituição Federal de 1988. Ou seja, o paciente que antes era reduzido a uma posição de objeto no tratamento, alienado do processo de cura, passa a ter participação na decisão de se submeter às exigências médicas ou não.

O dever de informação no Código de Defesa do Consumidor

A lei protetiva do consumidor trouxe várias manifestações do dever de informar, seguindo os mandamentos de nossa Lei Magna, que em seus artigos

5º, XXXII, e 170, V, preveem uma tutela especial ao consumidor.

A doutrina e a jurisprudência pátria entendem que a relação médico/paciente é uma relação consumerista. Baseiam tal afirmação no artigo 2º do Código de Defesa do Consumidor, o qual coloca o paciente na condição de consumidor e ainda, no artigo 3º do mesmo Código, que inclui as atividades vinculadas à prestação de serviços como umas das abarcadas pela relação de consumo (Lei 8078/90).

O Código de Defesa do Consumidor é um microsistema legislativo especial, estruturado no princípio maior da vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo (artigo 4º, inciso I, da Lei nº 8078/90), que deverá sempre ser interpretado de forma teleológica, sendo que os seus dispositivos somente serão aplicados para proteger a parte mais fraca da relação jurídica, no caso, o paciente.

Pautando-se pelo princípio da trans-



Texto: Marcello Erich Reicher, médico, mestre e doutor em Cirurgia Vasculare e advogado; Fernanda Massad Aguiar, advogada, especialista em Direito Processual Civil e mestre em Direito Político e Econômico; Regina Maria Reicher, advogada, especialista em Direito de Família e Sucessões e mestre em Direito das Relações Sociais



Marcello Erich Reicher



Fernanda M. Aguiar



Regina Maria Reicher

parência, trazido pelo artigo 4º do Código de Defesa do Consumidor, a relação de consumo deve constituir-se de forma que o consumidor tenha plena ciência de seus deveres e direitos obrigacionais, devendo o prestador dos serviços, no caso o médico, cumprir com seu dever de informar sobre todas as condições do tratamento.

A possibilidade de dano em razão da atividade médica jamais poderá ser afastada. Sendo o paciente leigo, não podemos esperar que tenha o devido grau de compreensão de sua patologia, menos ainda da problemática envolvida em seu tratamento. Logo, necessário se faz que o esculápio sempre alerte seu paciente quanto ao risco potencial de insucesso, como também quanto à eventuais complicações que possam decorrer do tratamento ao qual será submetido, mesmo quanto à necessidade de tratamentos posteriores, dando-lhe ciência que, em caso de intercorrência durante a

cirurgia, o médico poderá optar por realizar outro procedimento anteriormente não previsto ou alterar a técnica original, e de usar todos os meios disponíveis que estão ao seu alcance, especialmente em caso de iminente risco de morte.

Isso quer significar que o dever de informar diz respeito à necessidade de esclarecer ao paciente sobre a patologia que lhe aflige, sobre a probabilidade de se curar, e ainda, sobre as complicações e riscos mais frequentes, bem como de se salientar que o rol de possibilidades e complicações elencados pelo médico não é exaustivo, mas meramente elucidativo. Nesse contexto, os artigos 22 e 101 do Código de Ética Médica (Resolução CFM 1931/2009) disciplinam que é vedado ao médico:

- *“Art. 22 Deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte”.*

- *“Art. 101. Deixar de obter do paciente ou de seu representante legal o termo de consentimento livre e esclarecido para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, após as devidas explicações sobre a natureza e as consequências da pesquisa”.*

Dessa forma, a responsabilização civil e penal do profissional diante da ausência da informação ao paciente é, atualmente, aquiescida pelos tribunais e pela doutrina pátria majoritária, o que corresponde ao respeito aos direitos e garantias fundamentais estabelecidas pela Constituição Federal e pela legislação infraconstitucional. Assim sendo, o Consentimento Informado, como direito de todo aquele submetido a tratamento médico, está em consonância com os princípios da boa-fé objetiva e da solidariedade, que exige de todos os profissionais médicos o dever de zelar pela saúde e bem-estar dos seus pacientes.

ÉTICA, UM PRINCÍPIO QUE NÃO PODE TER FIM

“A ÉTICA CAMINHA NA
CONTRAMÃO DO
DESCALABRO, DA
ANARQUIA, DO
VALE-TUDO, DO
ESCAMBO DE VALORES,
DA BARGANHA DE
PRINCÍPIOS E DA
COISIFICAÇÃO DO
SER HUMANO”

Texto: Helio Begliomini, assistente do Serviço de Urologia do Hospital do Servidor Público do Estado de São Paulo (HSPE) e urologista do Instituto Humanae Vitae (Imuvi)

Aprende-se em Rotary International que seus membros devem primar por serem líderes em seus misteres e os desempenhar com a mais esmerada conduta ética.

Não é difícil definir o que vem a ser líder, palavra que tem como sinônimo aquele que comanda; que dirige; que coordena; que predomina ou se sobressai; e, particularmente, aquele que exerce influência sobre o pensamento e comportamento de outras pessoas. Entretanto, não é fácil explicitar o que vem a ser ético hodiernamente, uma vez que este vocábulo, a exemplo de outros como honra, reverência, decoro, probidade, pudor, civismo e até mesmo respeito e honestidade passaram, não somente a não constar mais no ensino e nos dicionários da vida prática de muitos jovens e adultos, mas, o que é pior, se tornaram até

motivo de chacotas àqueles que heroicamente tentam vivê-los e transmiti-los.

Como entender o que vem a ser ético vivendo-se na filosofia de Gerson, onde o importante é “levar vantagem”? Quando o tráfico de influência entre pessoas e empresas é desmedidamente ambicionado!? Quando se patrocina carreiras de homens públicos em troca de regalias!? Quando se institucionaliza e se paga por um departamento lobista em empresas e partidos políticos em troca da primazia do conhecimento, do favorecimento, do poder ou do lucro!? Quando informações privilegiadas valem mais do que um quilo de ouro!? Quando se prioriza cortesãos e os camarilhas das cortes reinantes!? Quando a falta de lisura não reside no recebimento de propina camuflada, mas sim numa percentagem maior do que aquela que foi “acordada” entre “cavalheiros” numa negociata?!

Parece que as palavras do grande jurisconsulto e tribuno Rui Barbosa (1849-1923), em seu discurso no Senado da República, em 1914, mais se adequam, paradoxalmente, ao descabro e à situação calamitosa dos dias de hoje do que à contemporaneidade dele: “De tanto ver triunfar as nulidades; de tanto ver prosperar a desonra, de tanto ver crescer a injustiça; de tanto ver agigantarem-se os poderes nas mãos dos maus, o homem chega a desanimar-se da virtude, a rir-se da honra e a ter vergonha de ser honesto”.

Peremptoriamente, a ética não se associa com a desfaçatez; não venera a sem-vergonhice; não se coaduna com o menoscabo ou mesmo o desrespeito a pessoas e instituições idôneas; não se conluía com a mentira e a

falsidade; não se mancomunam com a injustiça; não se alinha com competições desleais no mercado de trabalho; não denigrem outrem; não se presta a calúnias ou propagações de infâmias.

Ademais, o exercício da ética não pode exultar a filosofia “robin woodiana” de roubar dos ricos para dar aos pobres, o que aparenta ser uma ação nobre mas não ética e nem honesta. Ao contrário, trabalha para proporcionar melhores condições aos menos favorecidos na alimentação, educação, higiene, vestuário, saúde e trabalho, a fim de que eles possam ter acesso a uma vida digna e com menor desnivelamento social. Tampouco a prática da ética pode se compactuar com o maquiavelismo, onde os fins justificam os meios para obtê-los. Se assim fosse, dever-se-ia, em nome da liberdade de cada um, legitimar o aborto em detrimento da vida do nascituro, indiscutivelmente sempre inocente; legalizar a prostituição, a fim de se ampliar o mercado de trabalho; abonar o tráfico de drogas, largando à própria sorte seus contumazes dependentes; descriminalizar o roubo e o crime, visto que não somente abundam em nossa sociedade,

como parece não terem fim; estimular o tráfico de pessoas, tencionando reduzir a pobreza ou o índice populacional; favorecer o comércio de órgãos, objetivando vencer as intermináveis filas de transplantes; dissimular a escravidão, almejando a obtenção de uma produção mais barata; regulamentar o caixa dois, pois assim como existe malversação do dinheiro público arrecadado de múltiplos tributos, julga-se no direito de não dar ainda mais ao governo, o que lhe é legal e, infelizmente, de direito; legitimar o fisiologismo entre políticos, a ladroagem entre empresas e membros dos governos, os impostos escorchantes, a fim de se ter melhorias na educação, transporte, saúde e segurança pública; ocultar a prática do sequestro de crianças de pais pobres a pretexto de darem a eles lares melhores no primeiro mundo... E certamente a lista destes maquiavélicos sofismas se tornaria interminável! Não se pode negar que o

“

Como entender
o que vem a ser
ético vivendo-se
na filosofia de
Gerson, onde
o importante
é “levar
vantagem”!?

lado pernóstico do jeitinho brasileiro autoriza lograr pessoas e instituições, tornando-se até motivo de orgulho quando deveria ser de desonra a muitos incautos e pobres de espírito e de formação.

A ética, por sua vez, poderia ser simplesmente definida como a prática dos bons costumes ou o exercício da boa conduta. Inexoravelmente se vincula com a moral. Tem como predicados fulcrais o respeito ao próximo, a honestidade e a retidão de caráter; e necessariamente como limite, o reconhecimento da liberdade alheia.

Ninguém pode, coerentemente e em sua consciência, “dar de si antes de pensar em si”, sem que seja ético em sua ação ou empreendimento. A prática da ética é um princípio interminável. Dentre os fatores que a atrapalham encontram-se a inveja, a ganância, o poder pelo poder, a vaidade desmesurada, a arrogância, a sovinice, a ira, a impetuosidade, a rudeza, a intolerância e a cabotinagem... Por sua vez, dentre as virtudes que colaboram no seu aprimoramento têm-se o despreendimento, a magnanimidade, a temperança, a caridade, a humildade, a paciência, a pacificidade, a mansidão, a coerência, a prudência, a tolerância, a solidariedade e o bom senso...

Apesar dos desmandos, dos contra valores e da ausência de limites entre o certo e o errado que grassam na Babilônia e no contubémio atual, a busca da ética é um bem em si mesmo que não pode ser preterido, pois ela forja, beneficentemente, não apenas a têmpera do indivíduo, mas contribui na estruturação familiar e na construção de um povo, de uma nação.



ESPORTES NA NEVE

PAISAGENS E EXPERIÊNCIAS DIFERENTES TORNAM ATIVIDADES MAIS PRAZEROSAS E DIVERTIDAS

Texto: Dr. Alexandre Pompeo, Assistente do Grupo de Uro-Oncologia da Faculdade de Medicina do ABC

A neve sempre exerce uma enorme sedução sobre a maioria das pessoas – principalmente sobre nós, brasileiros, acostumados a vê-la apenas nos filmes ou em fotos. As sensações que temos ao entrar em contato com a neve são muitas e completamente diferentes do que estamos acostumados por vivermos em um país tropical: o frio seco; as paisagens que misturam o verde das florestas com o branco intenso; a fauna e a vegetação tão dis-

tintas da nossa; os cheiros das lareiras e das comidas típicas dos lugares de frio; a possibilidade de fazer um grande número de atividades, sejam estas os esportes de neve como o esqui e o snowboard, sejam as caminhadas (trekkings), entre outros, e o desfrute dos resorts de montanha, que costumam oferecer a seus hóspedes um grande número de atividades de lazer e descanso, através de instalações aconchegantes. Enfim, estar na neve é algo que, por si só, faz de uma temporada de férias algo muito especial, divertido e diferente. Os lugares de turismo de neve são fáceis

de chegar, pois são sempre construídos perto de grandes cidades e seus aeroportos, e contam sempre com uma estrutura preparada para viabilizar o acesso, seja através de ônibus regulares, transfers em vans ou em automóveis, táxis e transportes fornecidos, muitas vezes, pelos próprios hotéis. Os lugares mais procurados para curtir as temporadas de neve são nos nossos países vizinhos, como Argentina (com seus conhecidos centros de esqui de Bariloche, Chapelco, Las Leñas, Ushuaia e Villa Angostura) e Chile (Valle Nevado, El Colorado, Farellones, Portillo, Pucon e Termas de Chillan), além das centenas de centros de neve encontrados nos EUA, Canadá e Europa.

Esqui

Onde há neve e necessidade de deslo-



camento, há – e sempre houve – o esqui. A arqueologia determina o início do esqui na neve na pré-história dos povos do norte da Europa e Ásia.

Quando o terreno apresenta alguma declividade, aquele que se desloca com os esquis, caminhando, necessita fazer determinados movimentos para não cair. Quanto maior esta declividade, mais difíceis serão estes movimentos. Está criado um esporte!

O esqui sempre foi praticado como esporte nos países de clima frio, mas exigia muita coragem, habilidade e resistência física, pois a forma de fixação tornava cada queda um provável ferimento. Além disso, os esquis de madeira eram muito difíceis de manejar e controlar. Também não haviam teleféricos e a subida consumia a maior parte do tempo e da energia do esquiador, que só dispunha de uma descida para sentir o prazer e tentar melhorar sua performance.

O século XX trouxe a comodidade da cadeirinha, as pistas preparadas pelos tratores de neve (verdadeiros carpetes de neve em pó) e esquis com formatos determinados por computadores e fixados às botas por peças de alta tecnologia de segurança. As botas, também desenhadas e construídas com tecnologia espacial, são um espetáculo à parte. As roupas, longe do desconforto e do peso de antigamente, esbanjam leveza, proteção térmica, isolamento de água e umidade. Com isso, os esquiadores passaram a se multiplicar, pois a tecnologia tornou esta antiga prova de hombridade em diversão para todas as idades.

Snowboard

O snowboard, um esporte de neve cada vez mais popular, nasceu no final dos anos 80, começando com o uso de pranchas de madeira parecidas com trenós, em que o esportista se segurava com uma corda presa na extremidade. Em pouco tempo, a evolução tecnológica modificou radicalmente o formato das pranchas e passou a incluir fixações na própria prancha, onde o praticante prendia suas botas, a exemplo do esqui.

Por sua semelhança com o skate e o surf, o snowboard passou a ser cada vez mais procurado por crianças e adolescentes.

Esqui e Urologia

Parece inimaginável tentar unir um esporte na neve e a urologia. Este ano foi celebrado o 36th Annual Ralph E. Hopkins Urology Seminar, em Jackson Hole, Wyoming, Estados Unidos. Um congresso bastante pitoresco e único, organizado pelo Dr. Fernando Kim, da Universidade do Colorado. Ainda pouco frequentado pelos brasileiros e com o intuito de unir o esporte e o conhecimento urológico, os organizadores dividem o congresso em cinco dias bastante intensos e interessantes.

O congresso é realizado em um resort de esqui em Jackson Hole (Snake River Resort) e conta com a participação de convidados internacionais de altíssimo gabarito. Pela manhã e concomitantemente ao café da manhã aulas teóricas são ministradas até as 10h, quando o congresso sofre uma pausa para os congressistas poderem desfrutar de um dos melhores lugares do mundo para se fazer esportes na neve. Na parte final da tarde, os congressistas retornam para a última parte do congresso, onde discussões sobre as aulas apresentadas na parte da manhã são realizadas no melhor “estilo americano”. À noite, há sempre confraternização no salão do hotel, sendo uma oportunidade ímpar para conhecer experts e aproveitar o resort.

QUANDO IR:

AMÉRICA DO SUL		HEMISFÉRIO NORTE	
Período	Temporada	Período	Temporada
15/06 a 01/07	Baixa	15/11 a 20/12	Baixa
01/07 a 15/07	Media	20/12 a 05/01	Altíssima
15/07/ a 31/07	Alta	05/01 a 01/02	Media
31/07 a 31/08	Media	01/02 a 20/03	Alta
31/08 a 01/10	Baixa	20/03 a 01/05	Baixa

PARA ENVELHECER BEM

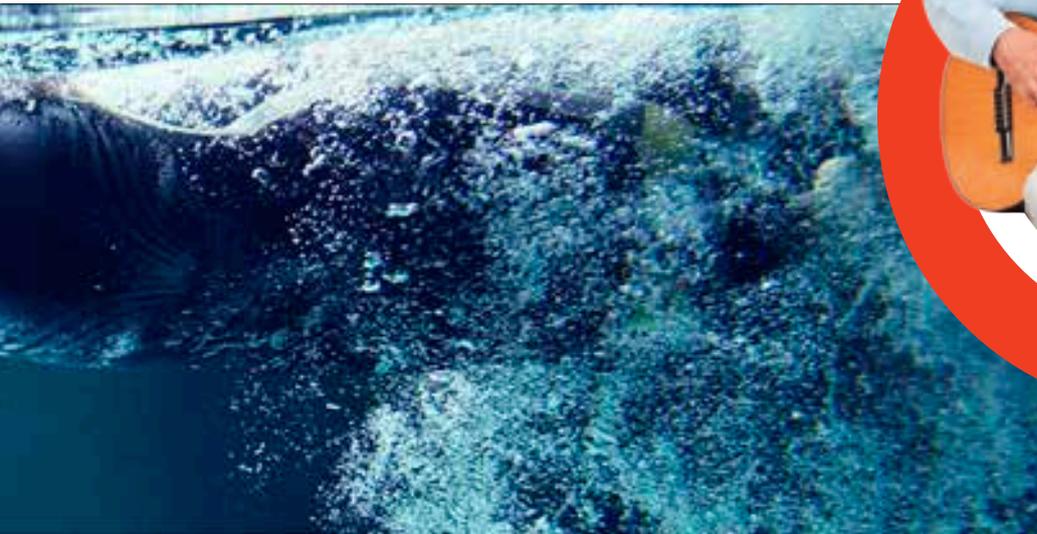
Texto: Roberto Miranda; Doutor em Cardiologia pela Escola Paulista de Medicina e Chefe do serviço de Cardiologia da disciplina de Geriatria da UNIFESP



Nas últimas décadas a população brasileira vem passando por um importante processo de envelhecimento, caracterizado pela diminuição da taxa de fecundidade e aumento da expectativa de vida. Dados do IBGE mostram que a expectativa de vida ao nascer no Brasil já passa dos 75 anos. Existem diferenças entre os Estados, sendo 77,5 anos no Estado de São Paulo, e entre os sexos – a mulher tem de 5 a 9 anos a mais de expectativa de vida ao nascer. A expectativa de vida em vida é outra, ou seja, quem já atingiu os 75 anos tem em média mais 8 a 10 anos de sobrevida.

Se por um lado vive-se mais tempo e com mais saúde, por outro lado há um aumento das doenças associadas à idade. Podemos destacar o diabetes, a hipertensão arterial, os eventos aterotrombóticos (IAM, AVC), os distúrbios gastrointestinais, doenças osteoarticulares, as síndromes demenciais (como a doença de Alzheimer), neoplasias, dores crônicas, além é claro, de todos os quadros urológicos.

As doenças cardiovasculares (CVs) são as principais causas de sequelas, com limitação da qualidade de vida e de morte na população adulta e idosa. Há uma tendência hoje a avaliar o risco CV de muito longo prazo e não apenas por uma



década, como no escore clássico de Framingham. Desta forma, fica mais fácil enxergar que a necessidade de prevenção é de muito longo prazo.

As síndromes demenciais comprometem de forma significativa a qualidade de vida tanto do paciente como de seus familiares. Geralmente, as alterações iniciais são discretas e os familiares comumente acham que são “normais” da idade, atrasando o atendimento médico e o diagnóstico. As demências mais comuns são a doença de Alzheimer e a demência vascular, mas existem muitas outras, cujo diagnóstico diferencial depende de uma avaliação minuciosa, que deve incluir além da avaliação médica, uma bateria neuropsicológica, exames de imagem cerebral e laboratoriais com pesquisa de sífilis e deficiência de B12. A doença de Alzheimer é degenerativa, ocorrendo uma perda progressiva de neurônios, iniciando-se em geral pelo hipocampo – responsável pela memória recente. Ao longo dos anos, o paciente vai ficando progressivamente menos capaz de executar tarefas cada vez mais simples do dia a dia, perdendo sua autonomia. Em número muito baixo de casos a doença de Alzheimer pode ser de origem genética, sendo responsável por surgimento precoce até mesmo antes dos 60 anos. A demência vascular é causada por lesões isquêmicas cerebrais, em geral, múltiplas pe-

quenos infartos, cuja manifestação e evolução clínicas dependem da(s) área(s) afetada(s) no cérebro. Apesar de serem descritas como entidades distintas, uma parcela expressiva de pacientes possui doença mista, podendo haver predomínio de uma outra patologia. Mais recentemente, tem sido demonstrado um importante componente vascular na doença de Alzheimer. Desta forma, o controle dos fatores de risco CV é fundamental na prevenção dos quadros demenciais, mas é fundamental que este seja feito o mais precoce possível, ainda na fase adulta.

Nas últimas décadas, houve também uma grande evolução na disponibilidade de medicamentos para as diversas doenças que acometem os adultos e idosos. Esta, é claro, é uma excelente notícia. Por outro lado, levam a um inevitável aumento do consumo de medicamentos. O uso de 5 ou mais fármacos simultaneamente é chamada de polifarmácia. Nestes casos, deve-se ter um cuidado adicional com as interações entre os fármacos ou de algum medicamento com outras morbidades.

Viver mais ou viver melhor?

Os avanços obtidos permitem associar as duas coisas, como diz a máxima: Ir longe é bom. Ir bem é ótimo! Idosos de

ATÉ O MOMENTO, O QUE ESTÁ CIENTIFICAMENTE COMPROVADO PARA A PREVENÇÃO DE DEMÊNCIAS É:

- *Controle dos fatores de risco cardiovascular para prevenir a demência vascular (provavelmente também Alzheimer), tais como hipertensão arterial, dislipidemia, obesidade, sedentarismo, diabetes e tabagismo, entre outros;*
- *A prática regular de atividade física está associada a melhora da saúde mental e é benéfica até mesmo para os indivíduos que já são portadores de demência;*
- *Manter a saúde mental e o cérebro ativo com atividades intelectuais frequentes, criar novos desafios para o cérebro de acordo com a capacidade individual, como por exemplo, aprender um idioma ou instrumento musical, usar o computador, artes, etc, são fundamentais tanto para a prevenção como para o tratamento das demências.*

PRÁTICA REGULAR DE ATIVIDADES FÍSICAS, BOA ALIMENTAÇÃO E MANUTENÇÃO DA SAÚDE MENTAL SÃO IMPORTANTES PARA UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL



RECOMENDAÇÕES PARA REALIZAÇÃO DE EXERCÍCIO FÍSICO:

- Realizar exercício somente quando houver bem-estar físico;
- Usar roupas e calçados adequados;
- Evitar o fumo e o uso de sedativos;
- Não se exercitar em jejum e usar carboidratos antes do exercício;
- Respeitar os limites pessoais, interrompendo se houver dor ou desconforto;
- Evitar extremos de temperatura e umidade;
- Iniciar a atividade lenta e gradativamente para permitir adaptação;
- Hidratação adequada antes, durante e após a atividade física.

saúde comprometida por múltiplas doenças complexas e dependência funcional precisam de assistência de diferentes níveis, necessitando de cuidadores familiares ou contratados, ou até mesmo de residir em instituições de longa permanência. Mas, o objetivo aqui é o de como evitar este quadro. É possível incorporar hábitos relativamente simples ao longo da vida adulta, que podem prolongar o tempo de vida com saúde, sem dependência física ou cognitiva. Seja pela prevenção ou pelo controle precoce e adequado das co-morbidades.

Os hábitos que estão associados a um envelhecimento bem sucedido são:

Alimentação: A dieta deve ser equilibrada e incluir os grandes grupos de nutrientes. Os estudos têm demonstrado que alguns padrões dietéticos saudáveis para o coração, como a dieta DASH e a mediterrânea, tem se mostrado benéfica também para o cérebro, evitando o declínio cognitivo e os quadros demenciais. Em linhas gerais, a dieta deve ser pobre em gorduras saturadas e sal, e rica em fibras, frutas, verduras, laticínios magros. Além disso, mantenha sempre uma ótima hidratação. A dieta equilibrada ajudará também na manutenção do peso, evitan-

do a obesidade, que está relacionada a várias doenças, como a hipertensão e o diabetes. Mensagem final: Não seja obeso e evite dietas da moda!

Atividade Física: Atividades físicas ajudam em qualquer idade. A atividade física (AF) regular pode contribuir muito para evitar as incapacidades associadas ao envelhecimento. Seu enfoque principal deve ser na promoção de saúde, mas em indivíduos com patologias já instaladas, a prática de exercícios orientados pode ser muito importante para controlar a doença, evitar sua progressão, e/ou reabilitar o paciente. A atividade física melhora o perfil lipídico, composição corporal, pressão arterial, glicemia, capacidade funcional, imunidade e função autonômica. Também pode trazer alguns riscos, como lesões ortopédicas, arritmias cardíacas, broncoespasmo e desidratação. Eventos mais graves, como infarto do miocárdio e morte súbita, são raros e associados a exercício vigoroso em pessoas não treinadas.

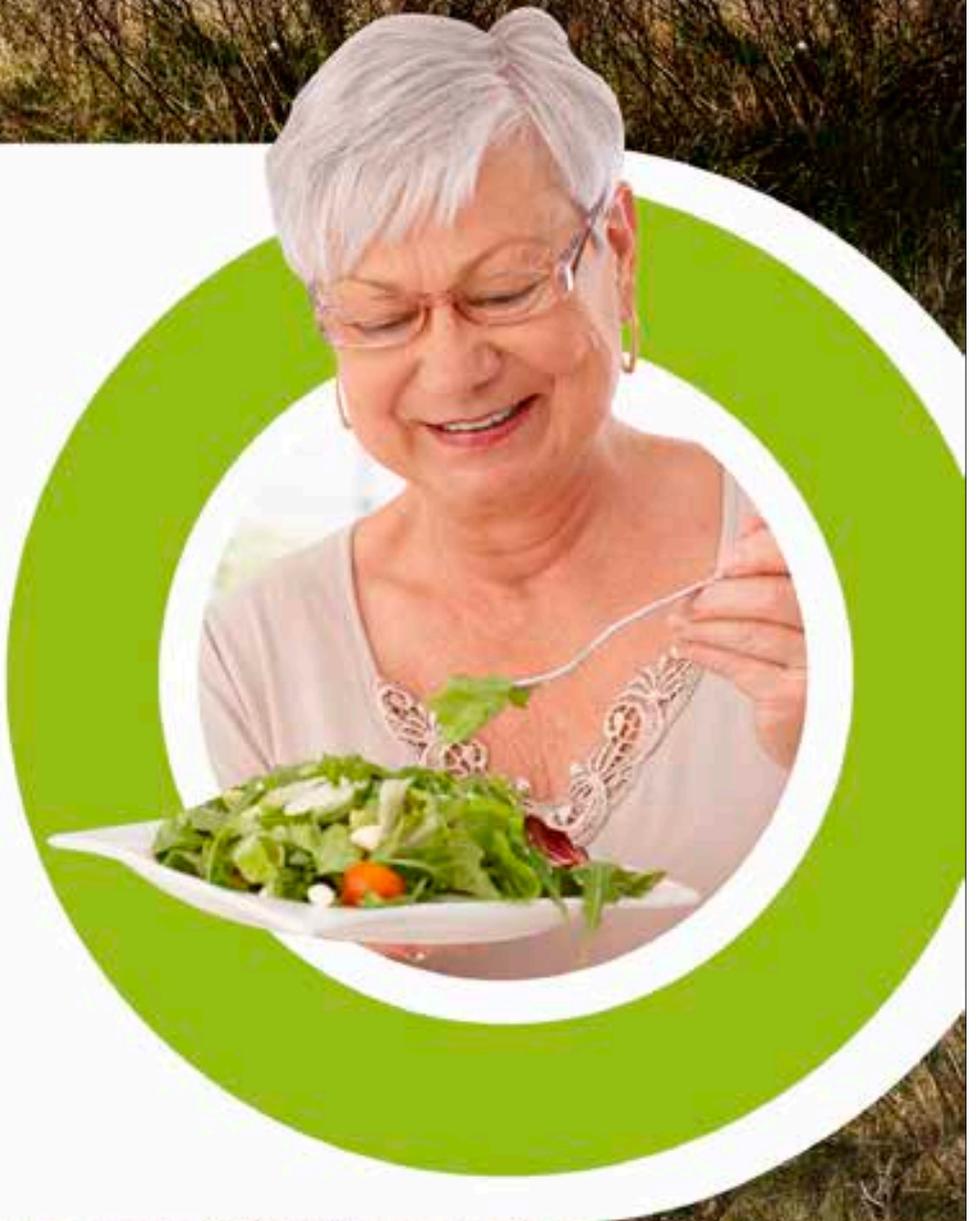
O mais importante não é fazer exercícios competitivos, que tem maior risco de lesões e imunossupressão, mas sim sair do sedentarismo e realizar atividades que podem ser tanto recreativas como as programadas. É considerado exercício quando se faz uma atividade física programada, devendo idealmente incluir atividades ae-

róbicas, resistidas, de flexibilidade e equilíbrio. Importante respeitar as fases de aquecimento, exercício, desaquecimento e alongamento. Evidências demonstram que ambos diminuem o risco de morbidades, prolongando a sobrevida. Atividades de baixa intensidade, como a caminhada, por exemplo, devem ser realizadas por pelo menos 30 minutos, de 5 a 7 vezes por semana; as de maior intensidade, como a corrida, 3 vezes por semana.

Check-up periódico e outros cuidados

Check-up também pode ser chamado de avaliação periódica de saúde. Desnecessário descrever porque a detecção precoce de doenças ou de seus fatores de risco fazem muita diferença para um futuro saudável. Costumamos recomendar com veemência aos nossos pacientes, mas nós médicos temos a forte tendência a não valorizar essa necessidade quando se trata da nossa própria saúde.

As alterações nos diversos sistemas orgânicos, típicas do envelhecimento, se tornam visíveis e nítidas após os 60 anos, porém o início deste processo ocorre entre os 25 e 30 anos de idade. Um exemplo comum no nosso cotidiano é a aposentadoria de jogadores profissionais de futebol, pela perda da capacidade física máxima, que





envolve o envelhecimento cardíaco, pulmonar e musculoesquelético.

Através de anamnese, exame físico completo e exames complementares baseados em evidências epidemiológicas, de acordo com o sexo, idade, hábitos, antecedentes individuais, familiares, ambientais e profissionais, o screening de neoplasias (por exemplo: próstata, colo retal, mama), de doenças ou fatores de risco cardiovascular (por exemplo: hipertensão, dislipidemias, aterosclerose coronariana ou periférica), do diabetes, distúrbios oftalmológicos, entre outros, colaboram para uma abordagem precoce e prevenção de complicações.

A PARTIR DOS 30 ANOS, CONSULTE SEU MÉDICO, MESMO SEM SINTOMAS, PELO MENOS UMA VEZ POR ANO!

- **Tabagismo:** Está bem demonstrado que a interrupção do tabagismo diminui o risco das diversas doenças associadas ao seu uso, como o risco cardiovascular, diferentes tipos de câncer, doenças pulmonares, etc. Os benefícios ocorrem em qualquer idade, até mesmo acima dos 80 anos. Medidas de suporte psicológico e medicamentoso facilitam o sucesso.
- **Imunização:** Não pense que é apenas para crianças. Várias doenças, como tétano, difteria, doença pneumocócica, herpes zoster e influenza, entre outras, podem ser prevenidas por vacinas. Deve-se seguir as recomendações dos órgãos de saúde e sociedades de especialidade, sendo que o calendário vacinal varia conforme a idade e pode ser modificado periodicamente conforme a vigilância epidemiológica. Mensagem final: Informe-se e mantenha sua carteira de vacinação sempre em dia.
- **Álcool:** Um percentual significativo dos indivíduos consome uma quantidade acima de níveis aceitáveis, trazendo riscos de lesão do pâncreas, fígado, coração e sistema nervoso. Apesar de algumas evidências sugerirem que o álcool pode diminuir o risco cardiovascular, não se deve nunca recomendar seu uso com esta finalidade.
- **Tabagismo:** É recomendado para homens consumir menos de 30 g de etanol ao dia e para mulheres no máximo 15 g. Deve-se encorajar todos a manterem-se abaixo destes níveis.
- **Saúde Mental:** Todos podemos experimentar pequenos aborrecimentos diários, podendo levar a graus variados de ansiedade e depressão, que estão associadas a complicações cardiovasculares e cognitivas. Coloque as coisas em perspectiva, quebre a rotina, faça exercícios, tenha momentos de lazer, tire férias e evite se irritar por pequenas coisas!
- **Participação Social:** Tenha um bom relacionamento com amigos e familiares. Participar de grupos sociais também é muito importante, como por exemplo grupos de atividades físicas, hobby, trabalho voluntário, religioso, etc. Sua rede de suporte social faz muita diferença na sensação de segurança e bem-estar.
- **Atividades Intelectuais:** Associado a boa saúde emocional e a atividade física é fundamental para retardar o declínio cognitivo e as demências. Mais do que apenas leitura passiva, novos desafios são importantes para o funcionamento cerebral, como por exemplo aprender uma língua ou tocar um instrumento musical.





AUA 2016

SAN DIEGO

CALIFORNIA

CIDADE NORTE-AMERICANA É UM ÓTIMO DESTINO PARA ATUALIZAÇÃO PROFISSIONAL E LAZER

Texto: Hamilton de Campos Zampolli

Entre 6 e 10 de maio de 2016, a AUA (American Urological Association) estará, mais uma vez, recepcionando os urologistas de todo o mundo na ensolarada cidade californiana de San Diego (EUA), para o 111th AUA Annual Meeting.

Com mudanças importantes, o consagrado evento da Urologia mundial espera reunir cerca de 18 mil congressistas no enorme e moderno San Diego Convention Center. É bom ficar atento, para não perder nada desta bem elaborada programação científica.

Destaques do Evento

As plenárias terão início na manhã de sábado, 7 de maio, seguindo até a terça-feira, 10 de maio, quando ocorrerá o encerramento com discussão de casos complexos e as esperadas "Take-Home Messages". O disputado encontro da AUA / CAU, capitaneado pelo Prof. Shlomo Raz, passará a ter lugar na sexta-feira, 6 de maio, das 8h às 16h45. Já o "Crossfire" (Controvérsias em Urologia) foi expandido para duas sessões: Patologias Malignas na sexta-feira, 6 de maio, das 14h às 17h, e Patologias Benignas no domingo, 8 de maio, das 13h às 15h.

S.O.S. - Setbacks and Operative Solutions:

Este novo programa apresentará uma visão crítica sobre os desafios e complicações cirúrgicas, buscando identificar estratégias para otimizar resultados nestas situações. Duas sessões estão programadas: sexta-feira e sábado, das 13h às 14h.

Surgical Techniques: Three Surgeries, Three Ways, Three Days:

Neste programa novo e interativo, três renomados cirurgiões apresentarão, através de vídeos, três maneiras diferentes de realizar o mesmo procedimento. Ao final, os presentes votarão na melhor tática cirúrgica e no cirurgião preferido pela audiência. No sábado, das 11h às 12h, o tema é Prostatectomia Radical Robótica; domingo, das 11h às 12h, será abordada a Nefrectomia Parcial, e segunda-feira, também das 11h às 12h, o tema é Nefrolitotripsia Percutânea.

Evento tradicional para encontrar e fazer novos amigos em um clima de descontração e fraternidade, a AUA Grand Reception merece uma atenção especial neste ano. Será realizada na noite de domingo, 8 de maio, no mundialmente famoso Sea World San Diego, um aquário e zoológico marinhos de 9 hectares, que abrirá suas portas para um jantar com muito entretenimento e descobertas. Vale a pena reservar US\$ 95 para a festa!

San Diego

Considerado o berço da Califórnia, San Diego foi descoberta em 1542, quando o explorador Juan Cabrillo desembarcou em sua costa. Com 112 Km de um lindo litoral e clima privilegiado por belos dias ensolarados, praias movimentadas e lazer quase interminável, a cidade, segunda maior da Califórnia, também chama a atenção pelas ruas limpas, arborizadas, seguras e tranquilas. Se não bastasse, a cidade também abriga o zoológico mais reverenciado do mundo, museus, parques temáticos, e uma infinidade de campos de golfe, assim como uma ótima culinária, lojas e vida noturna pulsante. Há uma longa lista

de coisas que você pode fazer, tanto na água (natação, surfe, mergulho), sobre a água (turismo pela costa, velejar, pesca desportiva), na praia (skate, patins) ou nos arredores (caminhar, pedalar).

No coração da cidade, o Balboa Park oferece trilhas para caminhadas e mountain bike, além de ser um bom destino de compras. Conhecido como o Smithsonian do Oeste, o parque abriga 15 museus importantes, famosas casas de artes performáticas, belos jardins, uma réplica do teatro de Shakespeare e o San Diego Zoo. A rica herança latina da cidade ganha vida na Old Town San Diego, com pontos históricos, teatros, galerias de arte, lojas e algumas das melhores opções de comida mexicana do mundo.

No centro de San Diego, arranha-céus modernos dividem o espaço com edifícios históricos da era Vitoriana, boutiques elegantes, cafés, galerias e museus. Debruçada sobre a baía de San Diego, a cintilante orla do centro abriga o Seaport Village, o estádio de beisebol do San Diego Padres, o PETCO Park, e o imperdível USS Midway Museum, um dos maiores porta-aviões norte-americanos, utilizado na Guerra do Vietnã e do Golfo, entre outras, que foi transformado em museu. Mas a verdadeira diversão acontece depois do anoitecer, quando o Gaslamp Quarter, histórico distrito com iluminação a gás, com uma infinidade de bares, restaurantes e boates, transforma-se em um playground cosmopolita. E não deixe de conferir as variedades de cervejas artesanais locais, uma vez que a cidade é conhecida como a "Capital das cervejas artesanais da América".

Do outro lado da baía de San Diego encontra-se a belíssima Ilha de Coronado. Ali, o charme de mansões do velho mundo, os elegantes jardins, lojas, galerias, restaurantes e teatros da Orange Ave somam-se a melhor visão do skyline de San Diego e ao fascinante pôr do Sol no pacífico, cenário de filmes memoráveis. A dica é passar o dia relaxando na praia ou alugar uma bicicleta e fazer um tour pela ilha. Jantar nos salões envidraçados do Peohe's ou do Il Fornaio, tendo a baía e a vista estonteante de San Diego como pano de fundo é também, sem dúvida, uma ótima pedida. Outra sugestão é o brunch do refinado Crown Room at Hotel Del Coronado. Construído em 1888, Hotel Del Coronado destaca-se como testemunha da passagem do tempo e, assim como a vila de Coronado, bem ao lado, merece uma visita. Outra ótima sugestão é passar uma tarde em La Jolla. Campos de golfe de primeira, galerias de arte, restaurantes sofisticados ao longo da Prospect Street e uma impressionante paisagem litorânea, com falésias, rochedos, cavernas e arrecifes fazem de La Jolla, uma próspera comunidade a 15 minutos do centro de San Diego, uma verdadeira joia. Quem gosta de nadar, de mergulho livre e de remar em caiaques pode cair na Enseada de La Jolla, onde as águas protegidas guardam uma abundância de peixes Garibaldi cor de laranja e cavernas marinhas cortam os rochedos. Em La Jolla Cove, os leões marinhos e focas são um espetáculo à parte. Vá preparado, pois La Jolla é considerado um dos lugares mais caros da Califórnia, embora a fascinante beleza local, que certamente ficará na memória, é totalmente gratuita.

Prepare as malas! A AUA, San Diego e os colegas da SBU-SP estarão esperando por vocês! Nos vemos em San Diego!

CALENDÁRIO DE EVENTOS 2016

NACIONAIS

JUNHO

23 a 25

XIII CONGRESSO SUL BRASILEIRO DE UROLOGIA

Curitiba-PR

Site: www.sulbrasileirodeuro2016.com.br

SETEMBRO

7 a 10

CONGRESSO PAULISTA DE UROLOGIA

São Paulo – SP

Site: www.congressopaulistaurologia.com.br

INTERNACIONAIS

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**

Cidade do Panamá – Panamá

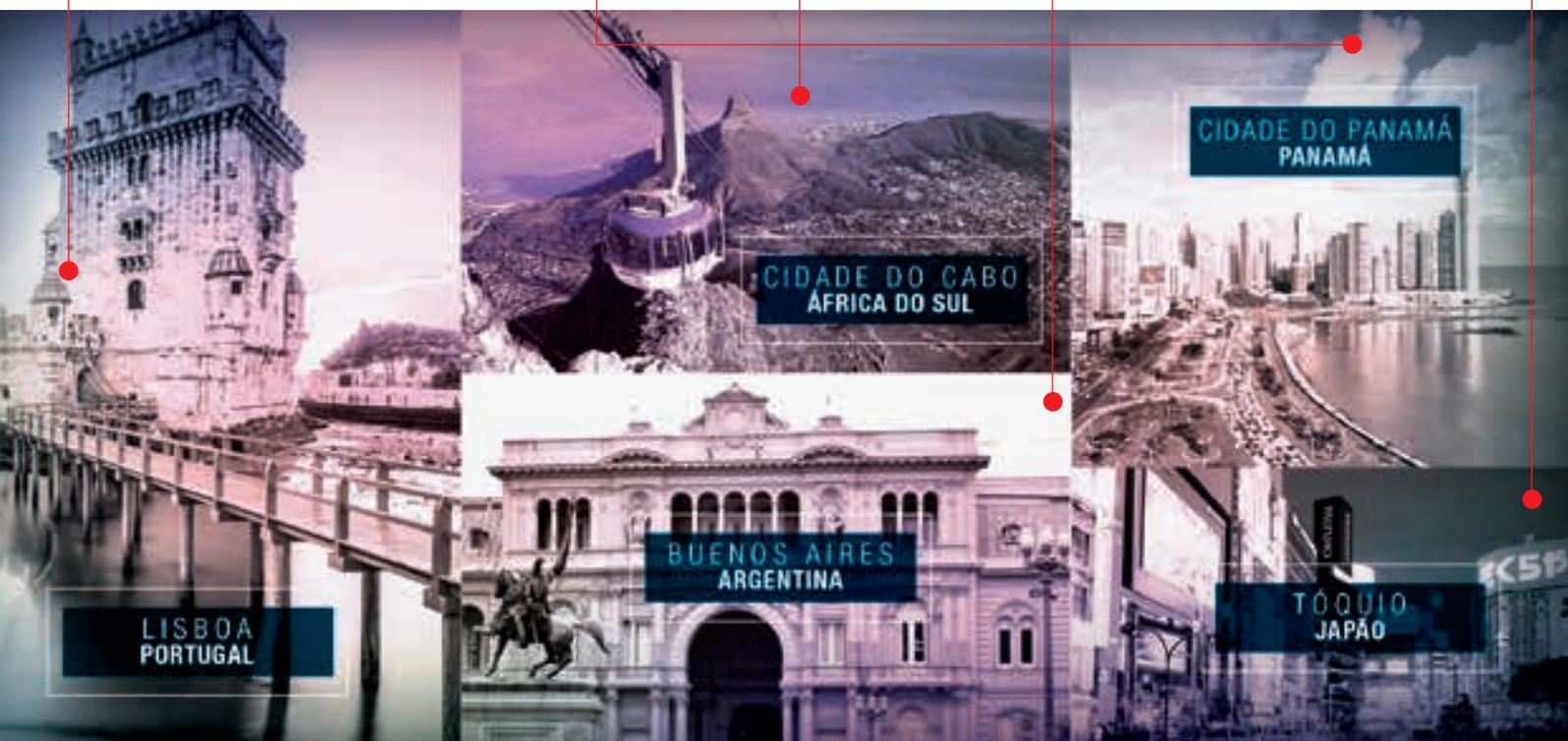
Site: www.caupanama2016.org

20 a 23

**SIU - SOCIÉTÉ INTERNATIONALE
D'UROLOGIE**

Buenos Aires – Argentina

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



LISBOA
PORTUGAL

CIDADE DO CABO
ÁFRICA DO SUL

CIDADE DO PANAMÁ
PANAMÁ

BUENOS AIRES
ARGENTINA

TÓQUIO
JAPÃO



CONGRESSO
PAULISTA
UROLOGIA

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

Public 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

7.10 SET 2016

CONTAMOS COM A SUA VALIOSA PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO!

Presidente da Comissão Científica

FLAVIO
TRIGO ROCHA

Presidente do SBU São Paulo

JOÃO
LUIZ AMARO

Iniciativa e Realização



Organização e Secretário Executivo



Tel.: +55 (11) 3868-2233
secretaria@rvmail.com.br
www.rvmail.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 próxima a guarulhos, localizada dentro do Hospital Nipo Brasileiro.

- **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 urodynamicistas 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

