

PONTO DE VISTA

A VISÃO DE TRÊS ESPECIALISTAS SOBRE TREINAMENTO EM CIRURGIA LAPAROSCÓPICA E ROBÓTICA



Fique Sabendo

Prevenção cardiovascular para urologistas



Além da Urologia

Oração e cura, fato ou fantasia?



Direito Médico

A responsabilidade civil médica no serviço público



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



José Carlos Truzzi

Nestes últimos dias de agosto, os holofotes de todo o país estarão voltados às decisões que serão tomadas na Capital Federal. O resultado de tais decisões irá definir o destino do país e, por conseguinte, os rumos pessoais e profissionais desta geração e das que irão nos suceder. A nós, resta torcer para que as convicções que nos conduzem sejam as vitoriosas, sem jamais esquecer que como em todas as situações do nosso cotidiano, as diferentes opiniões e posicionamentos devem ser sempre respeitados.

Por sua vez, estamos às vésperas do Congresso Paulista de Urologia. Um dos maiores congressos do mundo na nossa especialidade chega à sua 14ª edição. Da Diretoria da SBU-SP, a certeza de ter executado com afinco todos os detalhes da organização com o firme propósito de fazer deste evento o maior Congresso Paulista da história. Os números favorecem: quinze palestrantes internacionais, vinte cursos, dez workshops, seis simpósios. Mas organizar o maior congresso não significa apenas números e sim fazer o melhor: a possibilidade de acompanhar ao vivo a realização de uma cirurgia robótica; pela primeira vez serão duas Sessões Plenárias simultâneas, o que possibilitará ao congressista escolher entre duas diferentes abordagens de temas de grande relevância no cotidiano urológico. Significa também economia: o trabalho árduo e negociações que proporcionaram realizar um congresso maior com custo menor. Administrar o orçamento de maneira responsável, voltado a beneficiar sempre o Urologista Paulista. Direcionar as verbas da SBU-SP a Projetos que favoreçam o crescimento de todos na especialidade.

No âmbito científico, a polêmica em torno da cirurgia robótica voltou a ganhar espaço não somente nos meios acadêmicos, mas também na mídia, nas conversas de corredor. O estudo publicado pela revista *The Lancet* em julho aguçou a disputa de opiniões entre os que acreditam no valor da cirurgia robótica como inovação e aperfeiçoamento da técnica cirúrgica e aqueles que a enxergam como um recurso dispensável para a boa prática urológica. É com este

pano de fundo que o BIU traz o parecer de três urologistas, de três locais diferentes, que vivenciam realidades distintas, para uma mesma questão: até onde devemos investir no treinamento de cirurgias laparoscópicas e robóticas? Conheça o *Ponto de Vista* do Dr. Eliney Ferreira, urologista do Hospital do Câncer de Barretos, um centro de referência no treinamento de Uro-oncologia no interior do Estado; do Dr. Carlo Passerotti, Coordenador do Centro de Cirurgia Robótica do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, localizado na maior cidade do país, e do Dr. Fernando Kim, do Departamento de Urologia da Universidade do Colorado, responsável pelo treinamento de inúmeros urologistas brasileiros que buscam o aperfeiçoamento em procedimentos minimamente invasivos.

Qual o impacto de avaliações e exames de checkup na nossa saúde? Quais as lições que podemos obter e replicar aos nossos familiares e pacientes? *Fique Sabendo* traz as orientações do presidente da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo, Dr. Ibrahim Pinto.

Devemos estar cada vez melhor informados dos direitos e deveres ao atuarmos em Serviços Públicos. Em *Direito Médico* desta edição, a primeira parte de um texto amplo e esclarecedor redigido com preciosismo pelo Desembargador Wanderley José Federighi sobre as questões éticas, profissionais e as implicações legais da realidade de trabalho do Médico Servidor Público.

A oração como um ato de fé, independente da motivação religiosa. Até que ponto este momento em que tentamos nos fazer ouvidos por Quem está acima da nossa realidade tangível influencia nos resultados da nossa prática médica?

É hora de voar: o que levou o Dr. Geraldo Faria a fazer da arte de pilotar aviões um meio de eliminar o estresse cotidiano? O que é necessário, quais as etapas para se tornar um piloto?

Boa leitura a todos e um ótimo Congresso Paulista de Urologia!



Boletim de Informações Urológicas • Julho / Agosto 2016

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 Chavarria

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.

Jornalista Responsável

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

Produção

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

Arte e Diagramação

Adriana Sant'Ana Cassiano e Fabiana Sant'Ana

Impressão

Gráfica ZELLO

Tiragem

4.100 exemplares

ADVERTÊNCIA

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



12

PONTO DE VISTA

Treinamento em cirurgia laparoscópica e robótica.

22

FIQUE SABENDO

Prevenção cardiovascular para urologistas



24

DIREITO MÉDICO

A responsabilidade civil médica no Serviço Público

ENTREVISTA

Dr. Armando Abrantes, urologista de Ribeirão Preto, fala sobre a necessária valorização do médico

10

6

**SBU
E VOCÊ**

18

**RESIDÊNCIA
MÉDICA**

20

**ALÉM DA
UROLOGIA**

26

**SEM
ESTRESSE**

30

AGENDA

RELATÓRIO FINANCEIRO DA SBU-SP

ACOMPANHE AS DESPESAS E
O DEMONSTRATIVO BANCÁRIO
DE JULHO DE 2016

texto: Tesouraria SBU-SP

Prezados (as) colegas,

A exemplo das edições anteriores, estamos divulgando no BIU o relatório das despesas e o demonstrativo bancário levantados em 31 de julho de 2016. Nos últimos dois meses observamos um maior aporte financeiro, com a entrada dos pagamentos dos patrocinadores e das inscrições do Congresso Paulista de Urologia. Nos meses de agosto e setembro vamos observar uma maior movimentação bancária decorrente de receitas e despesas com o evento. As despesas com a manutenção da sede estão equilibradas, com pequenas variações mensais, mas dentro das estimativas previstas pela diretoria.

**Atenciosamente,
Geraldo Eduardo Faria
Iderpol Leonardo Toscano Junior
Tesouraria da SBU-SP**

REFERÊNCIA: MAIO/2016

DESPESAS	VALOR
Advoga. Peppe Bonavit	R\$ 2,271.17
Condominio Augusta	R\$ 971.00
Condominio Sede	R\$ 1,807.68
Convenio	R\$ 1,532.79
Eletropaulo Augusta	R\$ 59.76
Eletropaulo Tabapuã	R\$ 211.12
Copy Service	R\$ 60.00
IPTU Augusta	R\$ 123.38
IPTU Tabapuã	R\$ 539.34
Ligue Taxi	R\$ 276.32
Limpidus	R\$ 515.80
Motoboy SW	R\$ 935.00
Salário dos Funcionários	R\$ 5,200.00
Site	R\$ 4,810.00
Tectray	R\$ 600.00
Telefonia	R\$ 348.34
VR Funcionárias	R\$ 1,524.24
VT Funcionárias	R\$ 524.17
Tarifas Bancarias	R\$ 213.69
Uol Provedor	R\$ 45.71
TOTAL	R\$ 22,569.51

SBU – SECÇÃO SÃO PAULO – 31/05/2016

SALDOS BANCÁRIOS

Conta Eventos	68.525-1	R\$ 274.578,56
Conta Administrativa	71.322-8	R\$ 15.167,37
SALDO ATUAL		R\$ 289.745,93
APLICAÇÕES		
Aplicação (Eventos)	MAX DI/Compromissada DI	R\$ 906.595,77
TOTAL		R\$ 1.196.341,70



O QUE OCORREU NAS DUAS ÚLTIMAS REUNIÕES ORDINÁRIAS DA DIRETORIA DA SBU-SP

A 5ª Reunião Ordinária da Diretoria Executiva da SBU-SP ocorreu no dia 25 de junho de 2016. Após a aprovação do balanço financeiro, foi reiterado pelo Dr. Iderpol o empenho na redução dos custos com o Congresso Paulista de Urologia e definido o alinhamento com a Tesouraria da SBU Nacional sobre a abertura de conta em instituição bancária única (Bradesco). Foi apresentado o projeto inicial para o PROTEUS 2017 pelo Dr. André Tomé, cuja data preliminar ficou definida para 6 a 8 de abril. Será incorporado ao nome do evento “Reciclagem de Urologistas” pela grande demanda de urologistas que reconhecem no PROTEUS uma oportunidade de rever conceitos fundamentais e atualizados da nossa especialidade. Deste modo, o local para realização do evento será revisto para que possa receber até o dobro de participantes do evento de 2016.

Outros projetos em curso, como o de tratamento da

incontinência urinária masculina, ureterosopia flexível e cirurgia vaginal sob a Coordenação dos Drs. Flávio Trigo, Pedro Cortado e Francisco Kanasiro foram discutidos quanto aos aspectos logísticos. O Dr. Armando Abrantes apresentou as ações que têm sido tomadas junto à APM, AMB e ANS para que o urologista tenha melhores condições de atuação profissional. Estão programados Fóruns em diversas cidades do interior para melhor conscientização e maior envolvimento dos urologistas nas discussões relacionadas à valoração médica.

Foi apresentado pelo Dr. Trigo um panorama do Congresso Paulista de Urologia, que terá como novidade nesta edição a realização de duas Sessões Plenárias simultâneas. Ainda foram repassados detalhes do controle de tempo das apresentações e logística envolvida nos Cursos Paralelos que serão realizados em diferentes instituições na cidade de São Paulo.

Em 6 de agosto de 2016 foi realizada a 6ª Reunião Ordinária da SBU-SP. Iniciados os trabalhos com os informes orçamentários pelos Drs. Iderpol e Geraldo Faria. Foram apresentadas as opções de local para realização do PROTEUS 2017 e discutida a abordagem desta próxima edição com foco nas demandas apresentadas pela pesquisa junto aos participantes durante o PROTEUS 2016. O Argus-Day realizado no dia 2 de agosto 2016 em São José do Rio Preto sob coordenação da Dra. Ana Paula Bogdan e com apresentação do Dr. Flávio Trigo Rocha contou com a presença de 53 urologistas da região. O I Desafio de Uro-Oncologia ocorrerá em Limeira e a expectativa é de que seja um sucesso, nos mesmos moldes do Argus-Day.

Foi discutida a posição da SBU-SP em relação à votação de mudança do estatuto proposto pela SBU Nacional. Houve consenso de que há necessidade de maior discussão em torno deste tema antes que uma definição seja definida.



Nossa Diretoria, por unanimidade, deliberou em reunião ordinária de 6 de agosto de 2016, em relação às mudanças estatutárias propostas pela SBU Nacional, ser prematura a colocação de sua votação durante o 14º Congresso Paulista de Urologia. Será ainda proposto, durante a reunião dos Presidentes das Seccionais marcada para referido evento, uma ampla discussão sobre essas alterações. Acreditamos serem necessárias mudanças, mas sem interferir na autonomia das diferentes Seccionais e que essas alterações venham de encontro aos interesses dos associados, com consequente fortalecimento de nossa Sociedade.”

Dr. João L. Amaro
Presidente da SBU-SP

CARTA EM HOMENAGEM AO DR. CARLOS RIBEIRO

“Meu grande amigo,

Dia 29 de julho, são 6:30 da manhã e toca meu telefone. Confesso que tive o pressentimento de que algo ruim tinha acontecido. Do outro lado da linha a Dra. Nage, (sua esposa), com voz embargada, me comunicava: “seu grande amigo faleceu”. O dr. Carlos Ribeiro tinha falecido.

A primeira coisa que me veio à mente foi que os céus estavam precisando de um bom urologista. Apesar dele não acreditar numa entidade superior, tenho certeza de que Deus o queria junto a si.

No judaísmo, e em particular na língua idish (dialeto alemão falado pelos judeus), temos uma palavra para expressar quando uma pessoa é digna, honrada e que serve como exemplo. Esta palavra é mench, que literalmente significa gente. Dr. Carlos Ribeiro era mench.

Era um homem culto, leitor assíduo e profundo conhecedor de política. Seu conhecimento em Urologia era abrangente, mas mais importante que isto, assimilei muito de seu conceito de ética e moral.

Trabalhamos juntos por 38 anos. Ele foi meu grande incentivador na Urologia.

Dr. Carlos Ribeiro nasceu aos 17 de janeiro de 1936. Filho de um casal ibérico, sangue importado como ele dizia. Sua mãe Teresa Calvo Ribeiro (Galícia) e seu pai José Carlos Ribeiro de Carregal do Sal, Portugal. Nasceu e viveu a infância e adolescência na Rua Barão do Bananal 1005, na Vila Pompéia, onde foi seu consultório. Quando jovem teve paralisia infantil. Doença que afetou somente sua perna, fato este que o obrigava a mancar.

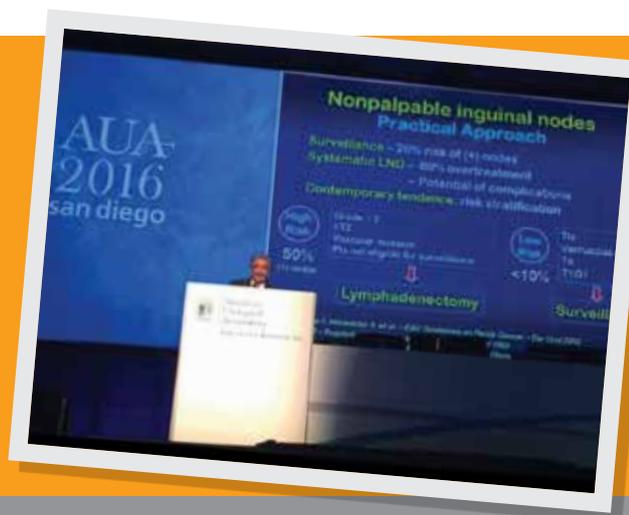
Cursou Medicina na UFPR (Universidade Federal do Paraná). Aliás, onde conheceu seu grande amor, Nage. Formou-se em 1960. Fez a residência em Urologia no Rio de Janeiro no Hospital Pedro Ernesto. Casou-se em 1963. Teve três filhos – Denise (dentista); Sergio (médico/radiologista) e Murilo (advogado tributarista) – e cinco netos – Mariana, Gustavo, Clara, Carolina e Daniela.

Tinha o desejo de viajar para Portugal. Com certeza Deus não vai se importar se ele antes de começar sua segunda jornada ele passar na terra de seus pais.

Jorge Eduardo Nudel
Seu amigo”

Estado da Arte

O PROFESSOR ANTÔNIO POMPEO FOI RESPONSÁVEL PELA APRESENTAÇÃO STATE OF THE ART SOBRE CÂNCER DE PÊNIS NO CONGRESSO DA AUA 2016. A PALESTRA, EM SESSÃO PLENÁRIA, EVIDENCIOU A LIDERANÇA DO PROFESSOR POMPEO EM URO-ONCOLOGIA E A IMPORTÂNCIA DA UROLOGIA PAULISTA NO CENÁRIO INTERNACIONAL.



HOMENAGEM A CÂNDIDO DE SOUZA COELHO

A Urologia santista perdeu, no dia 20 de julho, um brilhante médico e, nós, um querido amigo que por quatro décadas honrou a profissão. Fomos contemporâneos na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) no final da década de 60. Amantes do futebol que éramos, ganhamos vários troféus defendendo a gloriosa escola de Ciências Médicas pelo DAVA (Diretório Acadêmico Victor do Amaral). Nascido em Campinas (torcedor do Guarani FC e fã incondicional de Frank Sinatra), adotou Santos como cidade do coração. Trabalhou com o saudoso professor Dr. Walter Bestane (seu cunhado),

na residência médica de Urologia no Hospital Ana Costa, de onde saíram dezenas de urologistas com elevado padrão técnico, moral e ético. De 1978 a 1983 trabalhamos juntos como professores universitários da Faculdade de Ciências Médicas de Santos (Unilus), onde ele era muito querido pelos alunos e pelos “3H” que ensinava – Humildade, Humanidade e Humor –, qualidades que todo médico deve possuir. O querido Candu deixa-nos como legado a lealdade, a dignidade, a fé e o amor. Saudades!

Manoel do Nascimento Ramos Santos (SP)



ESTE ESPAÇO É SEU

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

Errata: por uma falha de revisão, na edição anterior do BIU (maio/junho de 2016) não constou o nome do autor do artigo Hipotermia e Cirurgia Urológica, publicado na seção Fique Sabendo, Dr. Ricardo Caio Gracco de Bernardis.

A NECESSÁRIA VALORIZAÇÃO DO MÉDICO

O dr. Armando Abrantes, urologista de Ribeirão Preto, tem sido um ativo defensor da valorização da atividade do médico em todos os aspectos: desde a importância de uma constante atualização ao estabelecimento de honorários médicos compatíveis com as responsabilidades desses profissionais. Nesta entrevista para o BIU ele discorre sobre suas principais preocupações em relação à atuação do médico e alerta para a necessidade de corrigir as defasagens na fixação dos honorários médicos, especialmente em procedimentos e cirurgias.

BIU: Quais são suas principais preocupações hoje em relação à atuação do médico?

Dr. Armando Abrantes: Hoje o médico, principalmente devido à baixa remuneração, tem que atender um grande número de pacientes em curto espaço de tempo, exercer várias atividades em locais diferentes, enfrentar dificuldade de deslocamento, entre outros problemas. Enfim, são situações que comprometem a relação médico-paciente e a necessária e constante atualização dos profissionais.

BIU: Como vê a questão dos honorários médicos?

Dr. Armando Abrantes: Estão muito defasados, principalmente os honorários de procedimentos e cirurgias. Apesar de defasada, a consulta tem tido algum reajuste ao longo dos anos. Já a tabela de cirurgia encontra-se estagnada. Cada operadora faz uma tabela própria de valores e que não respeita a proposta de valores da AMB. Muitos pagadores ainda usam, em 2016, a Tabela de 1994, ou seja, está 22 anos defasada! Para se ter uma ideia, uma nefrectomia, cujo valor na primeira tabela

de honorários médicos no Brasil, a de 1984, equivalia a 25 consultas, hoje paga o correspondente a 7 consultas. Ora, se computarmos o tempo gasto para realizar a cirurgia, passar visitas, curativos, falar com familiares, prescrever, descrever a cirurgia, risco, etc, melhor ficar no consultório fazendo consultas. Ganha-se muito mais. Os valores estão invertidos e pervertidos...

BIU: Quais são os principais entraves e o que pode ser aprimorado nesse sentido para a valorização profissional?

Dr. Armando Abrantes: A primeira lei que rege tudo isto é a de mercado. Se a oferta de profissionais da especialidade fosse metade do que é hoje, poderíamos negociar melhor remuneração. Contudo, com número menor privaríamos o acesso de muitas pessoas ao tratamento urológico, além de encolher a especialidade e permitir que áreas da Urologia que fazem interface com outras especialidades fossem por elas ocupadas.

Não é o que desejamos. Acho, então, que seria obrigação da ANS não só regular as operadoras protegendo os usuários, como tam-

PERFIL



Idade: 58 anos

Onde trabalha atualmente: Hospital São Francisco e clínica urológica, ambos em Ribeirão Preto.

Desde quando atua como urologista: desde 1988, quando conclui a Residência Médica.

O que o fez se interessar pela

Urologia: gosto muito da área cirúrgica, por habilidade, e dentro da cirurgia a Urologia é das mais amplas na Medicina. Em transplante renal, que é das cirurgias que mais gosto, é preciso conhecer um conjunto de especialidades e subespecialidades.

O que faz nas horas vagas como lazer ou hobby: gosto muito de andar de moto e fazer trilha. Tenho seis motos.

Time do coração: Botafogo, em Ribeirão Preto, e Corinthians, em São Paulo.

bém salvaguardar os honorários médicos pagos por essas operadoras, pois isso refletiria positivamente no atendimento desses usuários.

BIU: Quais papéis as entidades que representam a categoria, como a SBU e a AMB, devem desempenhar no aprimoramento da atividade profissional?

Dr. Armando Abrantes: As Sociedades de Especialidades e a AMB, que congrega todas, têm representado bem seu papel, aprimorando conhecimentos, produzindo material didático e de avaliação e atualização profissional constante. Essa parte está bem; falta a atribuição de remuneração justa, que inclusive facilite aos médicos se manter atualizados, assinar periódicos internacionais, pagos em dólar e euro. Contudo, apesar de as entidades encetarem esforços nesse sentido, não têm poder para isso. Cabeiria talvez aos sindicatos que não têm tido sucesso nisso.

A partir de 1998 a AMB e o CFM tiveram que mudar o nome de tabela de Honorários Médicos para Classificação Brasileira de Honorários Médicos e apenas oficiosamente sugerir valores aos portes que ali se encontram, pois foram condenadas no CADE a pagar multa de 1 milhão de reais por dia se estabelecessem valores para Honorários, o que supostamente configuraria cartel. Ora, a OAB tem tabela, taxistas têm tabela, etc. Só nós não podemos ter...

BIU: Como avalia a atual política de saúde, no que se refere à prática da Medicina, e mais especificamente à Urologia?

Dr. Armando Abrantes: A política atual beneficia a tecnologia, os sofisticados e caríssimos exames de imagem e laboratoriais, o uso de medicamentos caríssimos, em detrimento do pagamento ao profissional,

que é o fulcro de tudo isto. Paga-se, sem hesitação, exames de 5 mil reais e mais, materiais descartáveis que custam 5 ou 6 vezes o honorário do médico nos procedimentos em que os usa e materiais permanentes que custam até mais de 100 vezes o honorário do médico naquele procedimento. Isto cria um viés terrível na relação de trabalho da Medicina e da Urologia, o que tem gerado conflitos éticos importantes.

BIU: No seu entender, quais são as perspectivas para a Medicina?

Dr. Armando Abrantes: Está se tomando uma relação pura de interesses, um mero cumprimento de obrigações mínimas, quando cumpridas, perdendo o caráter de relação supramaterial, acima do nível munda-

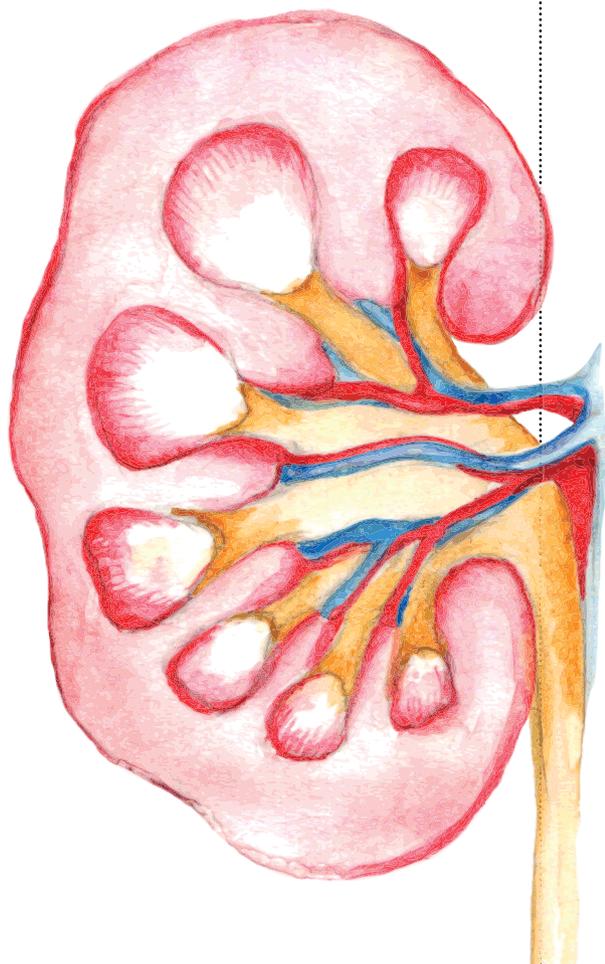
no, quase divina, que foi outrora. Não há como manter aquele espírito com as relações de hoje.

BIU: Há diferença na atuação profissional nas capitais e em cidades do interior do país?

Dr. Armando Abrantes: Acredito que no interior, principalmente em pequenas cidades, onde ainda o médico é figura de destaque, conhecido por todos, a antiga relação ainda persiste um pouco, mas vemos uma tendência, mesmo aí, com a chegada das operadoras de saúde em massa, da degradação da relação médico-paciente. Faremos um Fórum de Defesa Profissional e Ética no Congresso Paulista em setembro próximo e convido todos os colegas a participar, criticar, sugerir.



Uma nefrectomia, cujo valor na primeira tabela de honorários médicos no Brasil, a de 1984, equivalia a 25 consultas, hoje paga o correspondente a sete consultas.



UROLOGIA

CONHEÇA TRÊS PONTOS DE VISTA SOBRE O
TREINAMENTO EM CIRURGIA
LAPAROSCÓPICA E ROBÓTICA

O TEMA PROPOSTO PARA ESTA EDIÇÃO FOI ABORDADO PELOS ESPECIALISTAS CARLO PASSEROTTI, ELINEY FERREIRA FARIA E FERNANDO J. KIM.



Cirurgia robótica: como e até onde o urologista deve se habilitar?

Carlo Passerotti, professor livre-docente de Urologia do Hospital das Clínicas – FMUSP, pós-doutorado pela Harvard Medical School e Coordenador de Cirurgia Robótica do Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

A cirurgia robótica iniciou-se no Brasil em abril de 2008 e desde então vem crescendo não apenas em número de equipamentos, mas em procedimentos e cirurgões capacitados. Na América Latina há 63 equipamentos instalados, sendo que 48 estão na América do Sul e quase 50% deles, no Brasil (23 equipamentos). Estes já se encontram espalhados em cinco estados (SP, RJ, CE, PE, RS).

No ano passado foram realizadas aproximadamente 1.800 cirurgias urológicas, o que vem demonstrando um crescimento entre 30 e 40% ao ano, no número de cirurgias (dados fornecidos pela Intuitive Surgical®). Dados esses observados também desde o início de sua implantação nos Estados Unidos, onde há 16 anos, da realização da primeira prostatectomia robótica até o momento, com 2.553 robôs, já são relatados entre 85 a 90% das cirurgias para neoplasia de próstata realizadas por esta técnica. Apesar de aparentemente simples, como toda técnica, entretanto, demanda treinamento. E a dificuldade de acesso ao equipamento, por não estar tão disseminado como na América do Nor-

te, faz com que o treinamento seja um pouco mais difícil.

Apesar de alguns percalços e devido a diversos fatores, o treinamento em cirurgia robótica quebrou alguns paradigmas, principalmente relativos a segurança do paciente. O treinamento, que desde William Halsted, quando em 1890 tornou-se o primeiro chefe da Cirurgia do Hospital Johns Hopkins e criou “seu” próprio modelo de treinamento, “see one, do one, teach one”, o qual ainda é utilizado em diversos serviços de residência médica pelo mundo, passou a ser questionado e, até poderíamos dizer, redesenhado.

Atualmente, para a habilitação em cirurgia robótica alguns passos são necessários e normalmente o médico precisa primeiramente ter acesso ao sistema, ou seja, estar ligado a alguma instituição onde ele possa praticar. Após assistir alguns procedimentos, inicia-se seu treinamento através de uma base online e em simulação realística, as quais tem demonstrado enorme valor para início da prática diária⁽¹⁾. Após esses passos, é realizada a prática com o equipamento em modelos inanimados, no próprio hospital, e, então, parte-se para o treina-

mento em animais, que pode ser realizado em centros específicos, o que também auxilia o cirurgião a se preparar para o seu primeiro caso.

Quanto mais familiarizado com o procedimento específico, por meio de acompanhamentos e, aí sim, sob a orientação (“proctor”) de um cirurgião mais experiente na técnica, a primeira cirurgia pode ser feita. São passos determinados através da implantação nos Estados Unidos e de diversos modelos já testados, que auxiliam em um treinamento mais seguro.

Quanto cirurgões irão realizar e se firmar na técnica, praticando-a com segurança, também depende da prática contínua. Apesar de muitos trabalhos questionarem o número



Nos Estados Unidos já são relatados entre 85 a 90% das cirurgias para neoplasia de próstata realizadas por esta técnica.

1. Meier M, Horton K, John H. Da Vinci© Skills Simulator™: is an early selection of talented console surgeons possible? J Robot Surg. 2016 Jun 22. [Epub ahead of print] Review. PubMed PMID: 27334771.

de procedimentos para atingir o melhor resultado na curva de aprendizado, a frequência com que o procedimento é feito também é extremamente importante. Obviamente que, como nos Estados Unidos, atualmente possuímos no Brasil programas de especialização (“fellowships”) na técnica, onde o recém-formado residente pode participar e até ser certificado e, assim, adquirir experiência antes de praticar. Esse treinamento também se demonstrou de alta eficácia, pois o urologista pode aprimorar-se no uso da técnica, fazendo o passo a passo de uma cirurgia, e à medida em que ele atinge um bom desempenho mover-se adiante, não influenciando no resultado geral do serviço ^(2, 3).



O médico que tem interesse e acabou de se formar na residência pode procurar um programa de especialização para ganhar tempo e prática.

Acredito, portanto, que o treinamento em cirurgia robótica é uma prática que tem sido estimulada e deve apresentar diversos adeptos devido ao aumento do número de equipamentos e maior acesso dos pacientes a essa técnica ao longo do tempo. Uma maneira prática e sensata seria que o médico que tem interesse e acabou de se formar na residência procure um programa de especialização, o qual poderia auxiliar a ganhar tempo e prática. Já o colega com uma clínica formada poderia iniciar acompanhando algum cirurgião com experiência até se sentir à vontade para realizar o treinamento e praticar com segurança.

2. Wang L, Diaz M, Stricker H, Peabody JO, Menon M, Rogers CG. Adding a newly trained surgeon into a high-volume robotic prostatectomy group: are outcomes? *J Robot Surg.* 2016 Jun 27. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 27350553.

3. Structured learning for robotic surgery utilizing a proficiency score: a pilot study. Hung AJ(1), Bottyan T(2), Clifford TG(2), Serang S(3), Nakhoda ZK(2), Shah SH(2), Yokoi H(2), Aron M(2), Gill IS(2). *World J Urol.* 2016 Apr 22. [Epub ahead of print]



Treinamento de cirurgia minimamente invasiva para o urologista do interior

Eliney Ferreira Faria, urologista do Hospital de Câncer de Barretos e diretor do IRCAD na Área de Urologia

As indicações de cirurgia minimamente invasiva (CMI - laparoscópica ou robótica) para tratar pacientes em Urologia aumentam continuamente e se estabelecem como opções terapêuticas, inclusive mencionadas em consensos e guidelines. Ao mesmo tempo, nossos pacientes têm acesso cada vez maior à informação e ficam mais exigentes frente às vias de tratamento. Esse cenário cria uma demanda de mercado que enfatiza a importância do treinamento e educação continuada em CMI.

Algumas décadas atrás os estudantes de Medicina que pretendiam se tornar cirurgiões pensavam em como aprender a manusear o bisturi e a tesoura. A partir daí as mesmas

manobras de dissecação, exposição e remoção de tecidos ou órgãos seriam universais. E qualquer movimento ou auxílio em uma cirurgia já se incorporaria na experiência da outra e o dito universalmente conhecido “veja a primeira, faça a segunda, e ensine a terceira” se estabeleceria.

Hoje em dia, as preocupações com aprendizado mudaram e já existe uma nova geração de “futuros cirurgiões” preocupados em aprender CMI. Alguns grupos começam a procurar treinamento laparoscópico e a se inteirar sobre a tecnologia robótica mesmo desde a faculdade. E hoje, o residente de Urologia já sai do serviço com alguma formação em cirurgia minimamente invasiva, como vemos aqui nos cursos do IRCAD.

Por outro lado, existe uma quantidade expressiva de urologistas já formados e inseridos no mercado de trabalho que também se interessam em aprender cirurgia laparoscópica e/ou robótica. Estes nossos colegas, porém, vivem este dilema de conciliar a dura tarefa de aprender com seu cotidiano exaustivo.

O Brasil, diferentemente de países europeus, dos Estados Unidos ou do Japão, possui atualmente poucas plataformas robóticas. O urologista do “interior” ou de cidades que não dispõem do robô e que tem movimento cirúrgico para fazer a capacitação robótica pode levar seus pacientes para grandes centros, onde a cirurgia robótica esteja disponível e realizar os procedimentos nesses centros, com ou sem

ajuda de cirurgiões robóticos mais experientes. Entretanto, a logística para se fazer isso nem sempre é tão simples como parece, por questões geográficas e financeiras. Então, enquanto não temos robôs suficientes à disposição de grande parte dos cirurgiões brasileiros, se o urologista oferecer a laparoscopia, ele estará proporcionando a seus pacientes os benefícios da cirurgia minimamente invasiva, como mostrado em centenas de publicações na literatura. Além disso, essa experiência em cirurgia laparoscópica será incorporada talvez no futuro para a aprendizagem da cirurgia robótica.

No início da experiência laparoscópica o urologista enfrenta vários obstáculos, não somente de domínio da técnica, mas do ambiente de trabalho que conspira contra. Se o hospital no qual ele está inserido não tem tradição em laparoscopia, ele enfrentará, por exemplo, resistência dos anestesistas, que muitas vezes não entendem que a cirurgia laparoscópi-



No início da experiência laparoscópica o urologista enfrenta vários obstáculos, não somente de domínio da técnica, mas do ambiente de trabalho que conspira contra.

ca tem um tempo cirúrgico prolongado no início em comparação com o mesmo procedimento por via aberta; da enfermagem local que não sabe lidar com instrumental laparoscópico; do auxiliar dizendo que “se converter para aberta acaba mais rápido”; do hospital que não investe em material de qualidade, visto que são procedimentos muito material-dependentes. Além disso, muitos procedimentos laparoscópicos não são bem remunerados, tanto por pacientes, convênios ou pelo SUS.

Entretanto conversando com colegas cirurgiões americanos e europeus, ouvi que essas dificuldades não são exclusivas do Brasil. Todos eles enfrentaram no passado alguma forma de resistência quando estavam começando. Por isso acho que não devemos nos deixar abater e aqueles que realmente querem aprender e se aprimorar devem se impor frente às adversidades e enfrentá-las.

A experiência com CMI é muito heterogênea em nosso país e o treinamento em laparoscopia varia muito em relação à idade e local de formação profissional. Infelizmente existe uma grande necessidade de mais centros de treinamento não só no Brasil, mas em todo o mundo. Esses centros desempenham um papel muito importante, pois os cursos são projetados para desenvolver habilidades e treinamento específicos, e ainda para motivar o iniciante a superar a curva de aprendizado. E aqueles que já têm treinamento e realizam cirurgia laparoscópica de rotina podem, nos cursos avançados, melhorar sua técnica e resultados. Se nesses cursos o urologista aprende os princípios corretos, ele consegue utilizá-los em qualquer procedimento, e com a prática ele poderá aplicá-los progressivamente em casos mais complexos.

Se eu tivesse que enumerar alguns requisitos para o urologista do interior ou mesmo o de grandes centros aprender laparoscopia, eu diria:

1. Motivação e desprendimento: um cirurgião motivado consegue aprender qualquer técnica e, para isso, deve abrir a mente para a CMI e abandonar uma posição conservadora e excessivamente crítica.

2. Cursos: os cursos de imersão e treinamento ajudam o cirurgião em qualquer nível, seja sedimentando princípios básicos ou refinando a técnica previamente existente, haja vista que os mesmos possuem diversas configurações, como “caixa preta”, simuladores, modelos animais. A qualidade desse ensino é fundamental, incluindo disponibilidade de preceptoria e também da estrutura física de ensino. Assim, o urologista ganhará treinamento e ainda mais motivação.

3. Observação: para sedimentar e refinar a técnica é muito importante assistir a vídeos e acompanhar outros colegas mais experientes durante procedimentos. O aprendizado de CMI é muito fundamentado em observação de cirurgias.

4. Seleção de casos: a curva de aprendizado deve ser respeitada, consequentemente deve-se começar sempre com casos mais simples para então ganhar confiança, experiência e cada vez mais motivação.

5. “Proctor”: fazer parceria com “laparoscopistas” mais experientes que possam trocar conhecimento e ajudar em pontos específicos da cirurgia pode ser uma excelente ideia. Isso pode acelerar a curva de aprendizado e auxiliar a romper as barreiras internas do ambiente de trabalho que mencionei anteriormente.

E espero que os urologistas do interior ou de capitais que estiverem motivados a iniciar o aprendizado de cirurgia laparoscópica (e/ou robótica) o façam, e que levem os benefícios da cirurgia minimamente invasiva a nossos pacientes em todo o Brasil.



Cirurgia laparoscópica: como e até onde o urologista deve se habilitar?

Fernando J. Kim, do Departamento de Cirurgia, Divisão de Urologia do Denver Health Medical Center (Denver-CO) e do Departamento de Cirurgia, Divisão de Urologia da University of Colorado (Denver-CO) ()*

A laparoscopia revolucionou a cirurgia urológica contemporânea, possibilitando a realização de procedimentos urológicos minimamente invasivos e marcando uma nova era na Urologia. Inicialmente, a laparoscopia passou por um período de desenvolvimento e experimentação. Usada no começo para procedimentos menos complexos da cirurgia geral, as aplicações da laparoscopia foram evoluindo com o desenvolver da tecnologia, instrumentos e técnicas cirúrgicas.

Para a realização de um procedimento urológico por via laparoscópica que outrora era realizado por via aberta, diversos fatores precisaram ser solucionados antes de se tornar “padrão ouro” para certos procedimentos urológicos. A técnica operatória laparoscópica não é exatamente a mesma para a cirurgia aberta. Novos passos durante a cirurgia necessitaram ser desenvolvidos para facilitar a exposição, dissecação e controle vascular, entre outros.

No início a laparoscopia se viu restrita a grandes centros onde o aperfeiçoamento das técnicas operatórias e materiais eram desenvolvidos. Com os benefícios das cirurgias minimamente invasivas nas cirurgias urológicas, muitos urologistas saíram em busca de treinamento para que a laparoscopia se tornasse hoje uma realidade.

O treinamento das primeiras gerações de urologistas envolvia cirurgias

experientes em procedimentos abertos. A adaptação destes urologistas à laparoscopia, visão em duas dimensões, sutura laparoscópica e a diferente técnica comparada à cirurgia aberta necessitava de muito treinamento em caixas pretas e modelos animais, antes da habilitação desses profissionais para a cirurgia em humanos.

Centros de treinamento foram desenvolvidos e se especializaram em treinamento de cirurgiões em laparoscopia, com cursos de imersão em modelos animais, seguido de alguns casos supervisionados, até que o cirurgião se tornasse apto a realizar o procedimento.

Talvez os fatores mais difíceis para o treinamento de um cirurgião na laparoscopia sejam a visão em duas dimensões e a ergonomia dos instrumentos. Com o aprimoramento tecnológico, algumas ferramentas se tornaram disponíveis, como pinças de hemostasia ultrassônicas, pinças bipolares e grampeadores vasculares articulados, entre outras. A tecnologia de imagem associada aos novos aparelhos de laparoscopia 3D com imagem de alta definição, óticas articuladas com angulação de até 100°, possibilitaram que as cirurgias urológicas mais complexas fossem realizadas pela via laparoscópica.

Atualmente a maioria dos serviços de residência treina seus residentes em procedimentos laparoscópicos rotineiros. Para o jovem urologista ainda em fase de treinamento, o contato com a

laparoscopia desde o início de sua formação diminui a curva de treinamento, assim como torna-se mais fácil para que continuem a realizar cirurgias laparoscópicas após o término da residência.

Para os procedimentos urológicos mais complexos - como a prostatectomia radical, cistectomia e derivações urinárias - o urologista necessita de treinamento adicional, através de fellowships, aumentando seu número de casos sob supervisão e aprimoramento técnico.

O intercâmbio entre urologistas de diferentes nacionalidades, facilitado pelas sociedades de especialidades, tem contribuído muito para que a laparoscopia se difunda para os diferentes países do mundo. A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), juntamente com a Associação Americana de Urologia (AUA), possui um programa de intercâmbio para os urologistas brasileiros que desejem treinamento adicional em algum grande centro americano. Tivemos a oportunidade de treinar e trocar experiências com residentes e urologistas de diversas partes do mundo em nosso serviço de urologia em Denver (EUA) e que hoje estão de volta a seus países de origem levando os benefícios da laparoscopia a seus pacientes.

O que antes parecia uma longa e dolorosa jornada ao urologista para aprender a laparoscopia tem se transformado em uma prazerosa oportunidade de aperfeiçoamento. Hoje, o urologista que deseja realizar procedimentos laparoscópicos provavelmente já teve algum treinamento durante sua residência médica. Precisa continuar operando para manter a destreza desenvolvida durante seu treinamento.

Os procedimentos mais complexos e que não são rotina nos consultórios particulares dos urologistas devem ficar restritos a cirurgiões com maiores



O que antes parecia uma longa e dolorosa jornada ao urologista para aprender a laparoscopia tem se transformado em uma prazerosa oportunidade de aperfeiçoamento.

volumes cirúrgicos nestes casos, pois trata-se de fator sabidamente associado com melhores resultados. Importante também se manter atualizado no tocante aos procedimentos que realiza com frequência. Isso tem se tornado cada vez mais fácil com os módulos de treinamento online disponibilizados pela maioria das sociedades urológicas.

O presente pertence à cirurgia minimamente invasiva e a laparoscopia é a via de acesso mais viável para a maioria dos cirurgiões e hospitais mundo afora devido aos custos, disponibilidade de treinamento e vasta literatura e evidencia científica dando suporte a esta via de acesso.

Enquanto jovens cirurgiões se deslumbram com a possibilidade da cirurgia laparoscópica robótica assistida, esta ainda possui uma longa estrada até se tornar disponível e acessível a todos cirurgiões e pacientes.

(*) Com a colaboração do dr. Rodrigo Donalísio da Silva na obtenção de dados e redação do texto.



A técnica operatória laparoscópica não é exatamente a mesma para a cirurgia aberta.



SAVE THE DATE

Reserve em sua agenda as datas de dois importantes eventos que acontecerão em

2017

PROTEUS INTENSIVÃO E RECICLAGEM EM UROLOGIA

30 e 31 de março de 2017
Centro de Convenções Rebouças

MARÇO

S	T	Q	Q	S	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

JORNADA PAULISTA DE UROLOGIA

4 a 6 de maio de 2017
Campos de Jordão

MAIO

S	T	Q	Q	S	S	D
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

SERVIÇOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

**CONHEÇA OS
SERVIÇOS DE
RESIDÊNCIA MÉDICA
EM UROLOGIA DO
HOSPITAL SÃO LUIZ
JABAQUARA, EM
SÃO PAULO, E DO
HOSPITAL REGIONAL
DE PRESIDENTE
PRUDENTE.**

Neste número mostramos o perfil dos serviços de Residência Médica em Urologia do Hospital São Luiz Jabaquara, na cidade de São Paulo (HSLJ), apresentado pelo Dr. Ricardo Di Migueli (chefe de Serviço e coordenador do Programa de Residência em Urologia do HSLJ), e seu residente Dr. Arnaldo Shiromi. Destacamos também o Serviço de Urologia do Hospital Regional de Presidente Prudente (HRPP), descrito pelo Dr. Oscar Rubini Avila, coordenador do Serviço, e Dr. Thiago Milani, residente. O BIU lembra que se trata, sempre, da visão particular dos chefes de Residências Médicas e seus residentes mais graduados.

Dr. Ricardo Di Migueli, considera que o ponto de destaque do HSLJ é

o preparo adequado dos residentes para exercer a especialidade ao final de três anos de treinamento, inclusive treinamento em cirurgia robótica. Ele informa que conta com o treinamento em cirurgia robótica no hospital São Luiz Itaim, sob supervisão do Dr. Murilo Luz. Ressalta, também, o grande número de procedimentos endourológicos que os residentes têm oportunidade de realizar ao longo do treinamento no HSLJ, citando as cirurgias percutâneas, ressecções transuretrais e ureterorenoscopia flexível.

O ponto de destaque do Hospital Regional de Presidente Prudente (HRPP), segundo o Dr. Oscar Avila, está na infraestrutura adequada que oferece (Pronto Socorro, Ambulatórios, Enfermaria, UTI, Centro Cirúrgico, Sala de Aulas e Anfiteatros), além

de ter à disposição material urológico suficiente para todos os procedimentos. Isto resulta em um melhor atendimento aos casos urológicos. Considera também como ponto de destaque as discussões semanais de casos clínicos, biblioteca física e digital à disposição e a possibilidade de o residente realizar estágios eletivos em instituições de renome.

Dr. Arnaldo Shiromi, residente do HSLJ, destaca de modo especial o grande volume e complexidade de casos endourológicos. Além disso, por se tratar de uma instituição privada, não sofre a falta de materiais ou de sala cirúrgica. “Deste modo é possível a realização de procedimentos cirúrgicos todos os dias”, explica.

Dr. Thiago Milani, residente do HRPP, destaca como pontos posi-

vos o vasto conhecimento teórico e prático do chefe da disciplina e de seus assistentes, além da infraestrutura do serviço e a disponibilidade dos preceptores, que estão presentes em todos os procedimentos e visitas médicas diárias.

AJUSTES NECESSÁRIOS

Alguns ajustes sempre são necessários a qualquer serviço de Residência Médica, segundo Dr. Ricardo. Ele cita como exemplos desses aprimoramentos no HSLJ o aumento do número de cirurgias oncológicas, transplante renal, uropediatria e videolaparoscopia. Atitudes proativas são adotadas, como estimular o residente a frequentar cursos de treinamento em videolaparoscopia com caixa para vídeo e aumentar o número de procedimentos. O apoio da rede D'OR São Luiz é demonstrado nas parcerias firmadas com outras instituições, como o A. C. Camargo (Oncologia), Hospital do Rim (transplante renal) e Hospital Menino Jesus (Pediatria), que são extensões da Residência Médica. Resume o Dr. Arnaldo: “faço Residência em um serviço (HSLJ) que vem se esforçando para suprir as áreas que consideramos passíveis de melhora, com ações concretas, como estágios oficiais em instituições renomadas nessas áreas”.

Dr. Thiago comenta que a cirurgia laparoscópica ainda é um ponto crítico no serviço em que faz Residência, mas que vem melhorando, especialmente no último ano.

Na visão dos residentes, a formação recebida ao longo de três anos é adequada e se julgam preparados para tratar a maioria das patologias urológicas. Ambos desejam fazer cursos de pós-graduação com objetivo de se manterem atualizados e



A SBU-SP cumpre com o seu papel na preparação do residente, fiscalizando, cobrando e orientando os programas de Residência.

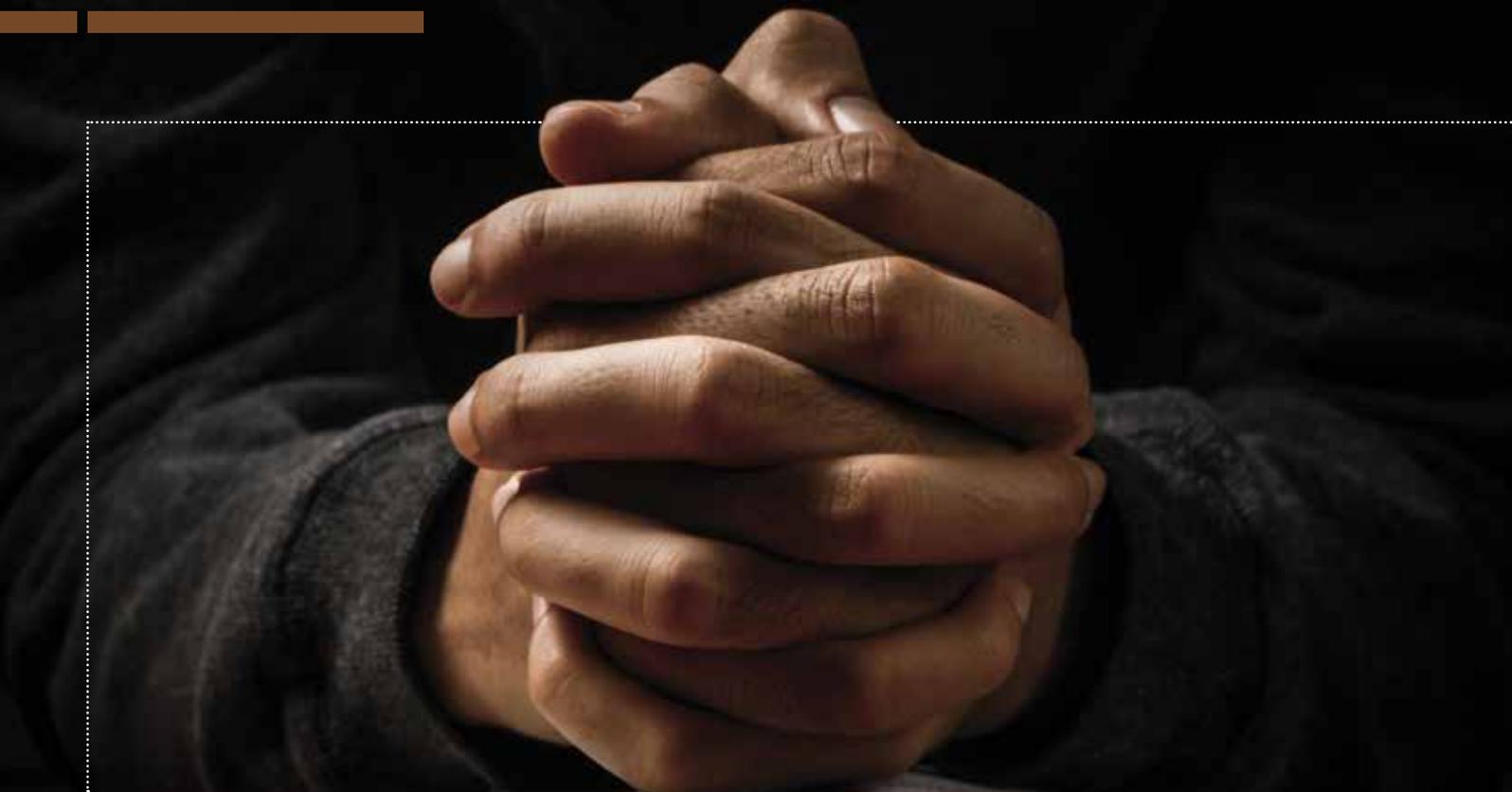
aprimorados. Dr. Arnaldo tem interesse na carreira acadêmica.

Na opinião dos residentes e coordenadores dos serviços, a SBU/SP cumpre com o seu papel na preparação do residente, fiscalizando, cobrando e orientando os programas de Residência, além patrocinar treinamento em videolaparoscopia, aulas online, Proteus, Diretrizes. Estes devem ser continuados e aprimorados. Dr. Ricardo finaliza agradecendo a diretoria da SBU pela oportunidade de se manifestar perante nossa Sociedade e deseja uma

gestão repleta de realizações.

O serviço do HRPP conseguiu o credenciamento em 2011, formou até o momento três urologistas e venceu muitas dificuldades. As visitas periódicas da SBU realizadas pela C.E.T. foram muito importantes e hoje estas alterações são perceptíveis na qualidade do atendimento. Ainda não foram instaladas todas as subespecialidades, mas o trabalho para a instalação já começou. “Hoje temos um bom serviço de uroginecologia, endourologia, uro-oncologia e uropediatria”, conclui o Dr. Oscar Avila.





ORAÇÃO E CURA, FATO OU FANTASIA?



Roque Marcos Savioli, doutor em Cardiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e supervisor da Unidade de Cardiogeriatría do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da FMUSP. Jornalista e escritor de vários best sellers no Brasil, França, Espanha e Itália. Membro da Academia Cristã de Letras e do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo.

Por mais polêmica que seja a discussão sobre a interferência da fé em nossa saúde física e mental, esse assunto transcende os nossos consultórios quando transmitimos aos pacientes um diagnóstico desfavorável. Devemos permanecer calados, frios ou até sarcásticos

quando nos fazem referência à pretensa proteção divina? Evidentemente que não, pois a nossa impotência profissional sempre é reafirmada pela inexorabilidade do sofrimento e da morte. Além da nossa competência profissional e técnica, não podemos nos esquecer de que à nossa frente pode estar um ser que sofre e que,

independente da sua doença, está ali para ser ouvido e, muitas vezes, para ter o seu sofrimento compartilhado com aquele que o atende.

Todo o cartesianismo e o ceticismo de vários cientistas ficaram extremamente abalados com os acontecimentos que ocorreram em muitos santuários marianos de todo o mun-



O envolvimento religioso ou espiritual é uma das forças que atuam no mecanismo de defesa contra o estresse crônico.

do. Incapazes de provar eventuais fraudes, foram obrigados a admitir os fatos, embora não conseguissem explicá-los. Isso ocorreu em Lourdes, pequena cidade dos Pireneus Franceses, onde, anualmente, acontecem milhares de curas inexplicáveis segundo a ciência, atribuídas pelo Comitê Internacional de Médicos à fé e às orações.

Em 1903, Aléxis Carrel, médico cirurgião de Lyon, França, testemunhou publicamente a cura milagrosa de um peregrino em Lourdes. O episódio gerou um enorme desconforto com o professor titular de cirurgia da universidade, onde ele fazia seus estudos, o qual terminou por desligá-lo do curso. Este fato o obrigou a se transferir para os Estados Unidos, onde, anos mais tarde, recebeu o Prêmio Nobel em Fisiologia.

Com a abertura da Igreja Católica ao pentecostalismo cristão, iniciado nos Estados Unidos, nos anos 70, reuniões de oração se multiplicaram e com elas uma quantidade enorme de curas em todo o mundo. A ciência não ficou alheia ao que acontecia. Grupos médicos começaram a analisar os casos, inicialmente ape-

nas para verificar possíveis fraudes, mas depois para tentar compreender a essência dos fatos.

A partir do final dos anos 90, surgiram cursos, congressos e eventos enfocando a relação entre a espiritualidade e a saúde, dando como frutos uma enormidade de trabalhos científicos publicados no mundo todo. São estudos qualitativos, como entrevistas, grupos focais e inquéritos; e quantitativos, como coortes (status de exposição), casos-controles, estudos transversais, ensaios clínicos randomizados, metanálises e revisões da literatura.

Os resultados mais consistentes que saíram dessas publicações demonstraram associação entre frequência a serviços religiosos e redução das taxas de mortalidade, especialmente no sexo feminino.

Muitas críticas foram feitas por vários pesquisadores, alegando a fragilidade metodológica dos estudos, principalmente pela existência de inúmeras variáveis não controladas durante os trabalhos. Recentemente, no entanto, os trabalhos publicados têm recebido maior atenção metodológica, controlando-se variáveis que poderiam influir nos resultados, tais como, sexo, suporte social, idade e renda.

É extremamente interessante o estudo da relação entre o envolvimento religioso e a saúde, aspecto que tem ocasionado aumento significativo das pesquisas nessa área, principalmente com a realização de exames não invasivos, capazes de reconhecer áreas cerebrais envolvidas durante a

oração, tais como a tomografia computadorizada com emissão de pósitrons, o PET scan e a ressonância magnética funcional.

Existem inúmeras explicações dos possíveis mecanismos envolvidos na relação entre envolvimento religioso e estado de saúde, como a prática de ritos e crenças que podem levar as pessoas a viverem com níveis de estresse menores ou as fazerem experimentar emoções positivas, como a capacidade de perdoar, promovendo, dessa forma, uma melhor qualidade de vida.

Por outro lado, um grande número de pesquisas tem demonstrado a associação dos efeitos negativos do estresse sobre o estado de saúde, ocasionando várias patologias, entre elas a doença cardiovascular, principal responsável pela mortalidade nos dias de hoje. Por isso, o interesse dos pesquisadores vem se dirigindo à interação entre os sistemas imunológico, neurológico e psicológico, que exerce papel preponderante na gênese dos benefícios que o envolvimento religioso poderia trazer aos indivíduos no tratamento auxiliar de várias patologias, como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, depressão, ansiedade, entre outras.

O envolvimento religioso ou espiritual é uma das grandes forças que atuam no mecanismo de defesa contra o estresse crônico, podendo ser excelente no auxílio à prevenção ou no combate de inúmeras moléstias e também no aumento da expectativa de vida.



Os resultados mais consistentes demonstraram associação entre frequência a serviços religiosos e redução das taxas de mortalidade, especialmente no sexo feminino.

PREVENÇÃO CARDIOVASCULAR PARA UROLOGISTAS

Ibraim Pinto, Presidente da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (SOCEP), médico do Grupo de Imagem Cardiovascular – Fleury Medicina e Saúde e Diretor de Métodos Complementares do Instituto Dante Pazzanese

A interação entre Urologia e Cardiologia vem aumentando expressivamente, uma vez que o envelhecimento populacional e o controle de doenças infecciosas e parasitárias levam ao aumento da prevalência de doenças crônicas degenerativas. Assim, tanto o cardiologista deve se lembrar da prevenção do câncer de próstata como o papel do urologista é muito importante na prevenção de eventos cardiovasculares. O combate a alguns fatores de risco deve ser feito por ambos os especialistas. Deve-se combater o tabagismo, incentivar a prática de atividade física (30 a 45 minutos por dia,

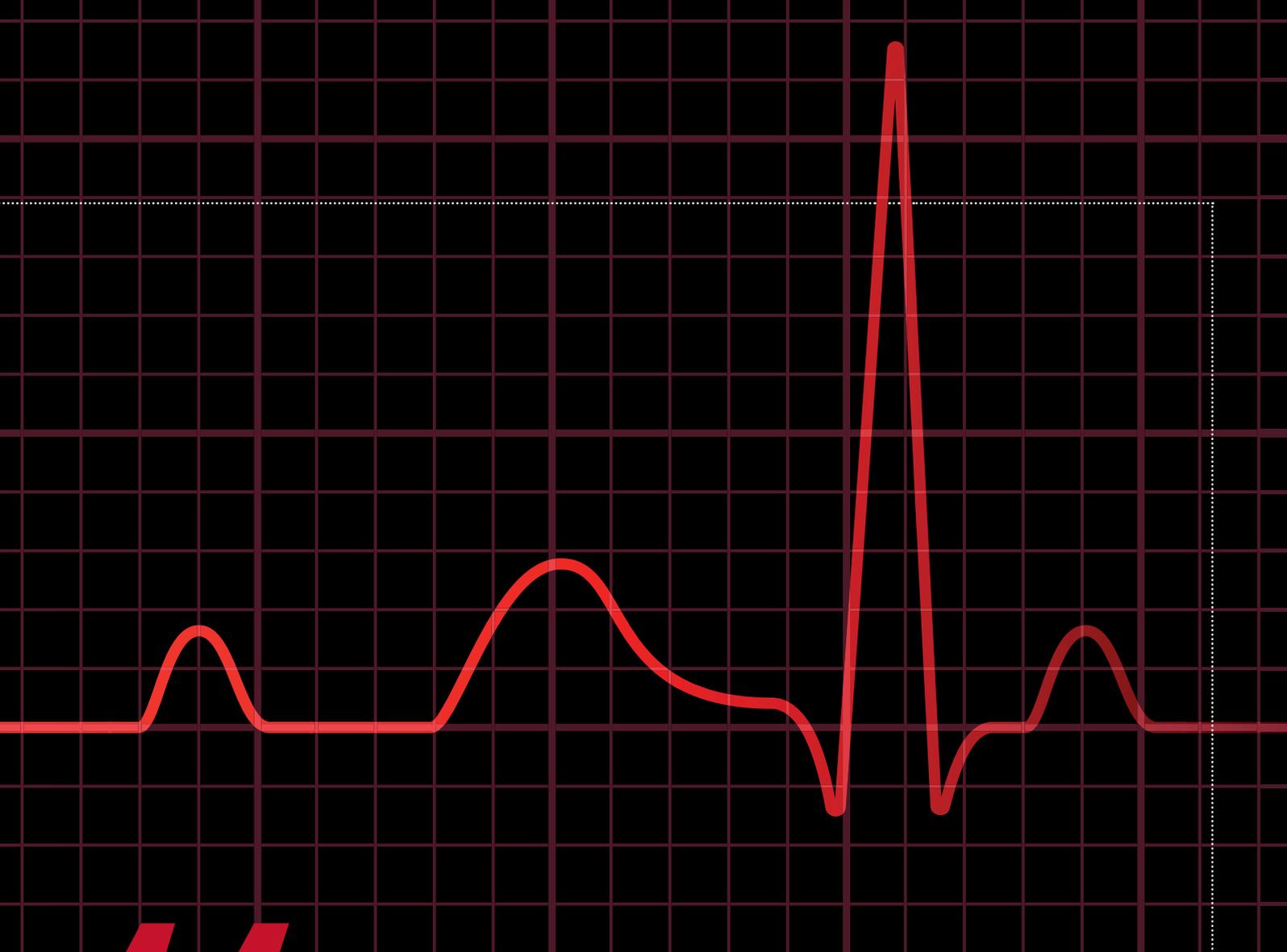
pelo menos cinco vezes por semana), recomendar dieta rica em vegetais e fibras e pesquisar a hipertensão (PA > 140x90mmHg) uma vez que mesmo a hipertensão do jaleco branco é um preditor de eventos adversos. Pacientes hipertensos devem ser avaliados com ecocardiograma e teste ergométrico para estimar o impacto dos níveis elevados de tensão arterial sobre o coração e as artérias coronárias.

A pesquisa de dislipidemias deve ser iniciada aos 45 anos, a não ser que exista antecedente de hiperlipidemia familiar, quando o controle deve começar na adolescência ou até na infância. Deve-se manter em mente que as últimas diretrizes da Sociedade

de Brasileira de Cardiologia colocam como meta ótima níveis de colesterol LDL abaixo de 100mg/dL (desejável <129mg/dL).

Ainda é fundamental o controle do diabetes, cuja presença caracteriza um paciente de alto risco, mesmo que não existam outros fatores de risco.

A solicitação de outros exames deve obedecer à estimativa de risco a partir do cálculo segundo o estudo Framingham ou, mais recentemente, pelo risco cardiovascular global. Estes escores definem os pacientes como de baixo risco (<10% de chance de eventos em cinco anos), intermediário (10 a 20% de chance de eventos em cinco anos) ou alto (>20% de chance de eventos em cinco anos). Pacientes de risco intermediário-alto devem ser avaliados por meio de exames funcionais, como o teste ergométrico que pode ser solicitado



A aproximação de cardiologistas e urologistas pode ser extremamente eficaz, no sentido de encontrar e tratar adequadamente o maior número possível de pacientes.

anualmente. Em caso de resultado inconclusivo ou de pacientes de risco alto, podem ser solicitados exames de perfusão por imagem associados ao estresse físico ou farmacológico. A cintilografia e o ecocardiograma podem ser feitos com o estresse físico e a ressonância magnética apenas sob estresse farmacológico. A ressonância e o ecocardiograma têm a vantagem de não utilizar radiação ionizante e podem ser os exames de escolha em pacientes mais jovens (<55anos) para complementar o teste ergométrico. A cintilografia expõe o paciente à radiação, mas tem a vantagem de

ser o método com maior tempo de uso e mais habitualmente solicitado para este fim.

Pacientes de baixo risco e risco intermediário baixo, desde que assintomáticos, podem se beneficiar da avaliação da espessura médio intimal das artérias carótidas e da quantificação do escore de cálcio. A espessura médio intimal é um marcador de eventos adversos, em especial de acidente vascular cerebral, enquanto que o escore de cálcio tem se mostrado o mais importante preditor de risco coronário em pacientes assintomáticos de risco baixo ou baixo-intermediário.

Este exame tem a principal vantagem de reestratificar o risco do paciente. Quando negativo (escore=0) o paciente apresenta baixo risco de eventos em 10 anos (5 se diabéticos) e se elevado, indica a necessidade de investigação adicional com exames funcionais, pois o paciente passa a ser considerado de alto risco.

A aproximação de cardiologistas e urologistas pode ser extremamente eficaz no sentido de encontrar e tratar adequadamente o maior número possível de pacientes, que certamente serão os maiores beneficiados por este empenho conjunto.

A RESPONSABILIDADE CIVIL MÉDICA NO SERVIÇO PÚBLICO

► PARTE 1



Wanderley José Federighi, desembargador do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo. Professor Assistente da Escola Paulista da Magistratura (EPM). Membro da Academia Paulista de Direito. Bacharel e Mestre em Direito Civil pela Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP).

A noção do que vem a ser a responsabilidade civil é encontrada na própria origem do termo: vem do latim *respondere*, que significa responder a alguma coisa ou por alguma coisa, correspondendo a responsabilizar-se alguém pelos seus atos que causem danos a outrem. Vários juristas, como, por exemplo, Serpa Lopes, entendem e definem a responsabilidade civil como sendo o dever de reparar o prejuízo¹, definição sintética, mas verdadeira. Hely Lopes Meirelles, por seu turno, lembra que a responsabilidade civil “é a que se traduz na obrigação de reparar danos patrimoniais e se exaure com a indenização”².

É possível falar-se em responsabilidade civil, decorrente da prestação defeituosa de serviços médicos, na área particular, tanto de médicos (pessoas físicas) como de clínicas e hospitais. Mas a responsabilidade civil não se cinge a essa área. O Estado, mais especificamente o Poder Público (em suas diversas feições: a União, os Estados e os Municípios) pode vir a ser responsabilizado ao prestar serviços médicos a particulares, no caso

de tais serviços terem causado danos ao paciente, ou até mesmo sua morte. A responsabilidade civil pode decorrer das condutas praticadas por agentes públicos, no exercício de suas funções, que causem prejuízo a terceiros, devendo ser imputadas ao Estado (*lato sensu*).

Em outra oportunidade, vim a escrever: “O Estado, em sentido amplo, sendo pessoa jurídica de direito público, é obrigado a praticar atos para regular o funcionamento da máquina administrativa, bem como para prover a sociedade dos serviços públicos necessários a seu bem-estar. Se, em decorrência de um ato de um agente público, ou de uma omissão da Administração, vem a ocorrer um prejuízo a um sujeito de direito, nasce aí o dever do Estado de ressarcir o prejuízo sofrido”³.

Dentro dos diversos tipos de responsabilidade, é a mesma classificada como sendo extracontratual. Ou seja, não decorre de contrato entre as partes e, sim, do simples fato de ter o paciente acorrido a hospital público para ser atendido. É espécie de responsabilidade civil, por serem os prejuízos

dela decorrentes de natureza eminentemente patrimonial, embora seja possível falar-se também em dano puramente moral. A responsabilidade civil do Estado é, assim, o dever estatal de ressarcir particulares por prejuízos civis e extracontratuais experimentados em decorrência de ações ou omissões de agentes públicos no exercício de sua função administrativa⁴.

Os tipos de danos que podem decorrer dessa responsabilidade são os materiais, morais e também os estéticos, estes últimos, quiçá, bastante trazidos à baila quando se trata da responsabilidade civil médica, em especial na área da cirurgia plástica⁵.

EVOLUÇÃO HISTÓRICA

A responsabilidade civil do Estado passou por várias fases, no campo do Direito Administrativo, até chegar à fase atual. De início, verificava-se a concepção política-teológica da origem divina do poder; o soberano era “Deus na Terra”. Se Deus não erra, era de se esperar que tal atributo se estendesse aos governantes nomeados por Ele. Assim, prevalecia a tese de que “*the king can do no wrong*” (“o rei não

1. *Curso de Direito Civil*, v. 5, n. 144, p. 188; *apud* Rui Stoco, *Tratado de Responsabilidade Civil*, p. 119. / 2. *Direito Administrativo Brasileiro*, p. 762. /

3. “A responsabilidade civil do Estado por dano moral e estético”, in *Cadernos Jurídicos* da Escola Paulista da Magistratura, p. 131.

erra”). Era a fase da irresponsabilidade do Poder Público pelos seus atos.

Passou-se pela teoria da responsabilidade subjetiva, também conhecida como teoria da responsabilidade com culpa, teoria intermediária, teoria mista ou teoria civilista, em que haveria necessidade de prova de culpa do agente público causador do dano. Foi adotada de 1874 até 1946, apoiada na lógica do Direito Civil; o fundamento da responsabilidade é a noção de CULPA. Acabou tal teoria superada em face da dificuldade gerada pela hipossuficiência do administrado, frente ao Estado.

Por fim, sobreveio a teoria da responsabilidade objetiva, vigorando de 1947 até os dias atuais; também conhecida como teoria da responsabilidade sem culpa ou teoria publicista. Afasta a necessidade de comprovação de culpa ou dolo do agente público, fundamentando o dever de indenizar na noção de RISCO. Ou seja; quem presta um serviço público assume o risco dos prejuízos que eventualmente causar, independentemente da existência de culpa ou dolo.

A discussão sobre a existência de culpa ou dolo transfere-se para a ação regressiva, a ser intentada pelo Estado contra o agente público causador do dano, após a condenação judicial na ação indenizatória.

A teoria da responsabilidade objetiva demanda três requisitos: ato, dano⁶ enexo causal. Exige tal teoria apenas um fato do serviço, causador de danos ao particular.

Na Constituição Federal de 1988 a questão vem no art. 37, § 6º: “as pessoas jurídicas de direito público e as de direito privado prestadoras de serviços públicos responderão pelos danos que seus agentes, nessa qualidade, causarem a terceiros, assegurado o direito de regresso contra o responsável nos casos de dolo ou culpa”.

No Código Civil de 2002, enfatiza-se a aplicação da teoria objetiva para os danos causados pelo Estado. Diz

o art. 43: “As pessoas jurídicas de direito público interno são civilmente responsáveis por atos dos seus agentes que nessa qualidade causem danos a terceiros, ressalvado direito regressivo contra os causadores do dano, se houver, por parte destes, culpa ou dolo”.

EXCLUDENTES DA RESPONSABILIDADE CIVIL

Como o Direito Administrativo brasileiro adota a teoria do risco administrativo, são admissíveis as denominadas excludentes da responsabilidade civil estatal. São elas:

1. Culpa exclusiva da vítima: dá-se quando o prejuízo é consequência de intenção deliberada do próprio prejudicado. No caso de responsabilidade civil médica, admite-se como exemplo o caso de paciente que não segue as recomendações de seu médico, ou mesmo que, internado em hospital público, vem a cometer suicídio. Nos casos de culpa concorrente, a solução é diferente. Nesses casos, a vítima e o agente público têm a denominada culpa recíproca, ocasionando o prejuízo. Resolve-se usualmente com a produção de prova pericial, para o fim de verificar-se quem foi o maior culpado. Faz-se um processo de compensação de culpas. A culpa concorrente não é excludente da responsabilidade estatal, mas mero fator de mitigação ou causa atenuante da mesma;

2. Força maior: cuida-se de um acontecimento involuntário, imprevisível e incontornável, que rompe onexo de causalidade entre a ação estatal e o prejuízo sofrido pelo particular. No caso em pauta, é admissível como exemplo a imprevista falta de energia elétrica em meio a uma cirurgia, causada por tempestade (fato da natureza). Outrossim, no denominado caso fortuito, o dano é decorrente de ato humano ou de falha da Administração. Como exemplos poderiam ser citados rompimento de adutora, causan-

do a falta de água no nosocômio, ou a pura e simples falta de medicamentos específicos, por incúria da Administração. A força maior exclui a responsabilidade estatal; o caso fortuito, contudo, não;

3. Culpa de terceiro: o prejuízo pode ser atribuído a pessoa estranha aos quadros da Administração Pública. Como exemplo poderia ser citado o caso de insano que invade hospital público e ataca pacientes indefesos, antes de ser contido por seguranças. Contudo, nesses casos, o Estado ainda pode responder, no caso de restar comprovada a sua culpa. Por exemplo, no caso acima citado, tendo a segurança sido alertada dos fatos sem, contudo, tomar providências.

Nos três casos acima, temos a exclusão de causalidade, rompendo-se o nexo causal entre a conduta da parte e o resultado lesivo.

4. Hely Lopes Meirelles define a responsabilidade civil do Estado como sendo “a que impõe à Fazenda Pública a obrigação de compor o dano causado a terceiros por agentes públicos, no desempenho de suas atribuições ou a pretexto de exercê-las. É distinta da responsabilidade contratual e da legal” (*Direito Administrativo Brasileiro*, loc. citado). Celso Antonio Bandeira de Mello, por seu turno, a define como “a obrigação que lhe incumbe (ao Estado) de reparar economicamente os danos causados a terceiros e que lhe sejam imputáveis em decorrência de comportamentos comissivos e omissivos, materiais ou jurídicos” (*Elementos de Direito Administrativo*, p. 252).

5. O *dano moral* é definido por Teresa Ancona Lopes como em contraposição ao *dano material*; este é “o que lesa bens apreciáveis pecuniariamente e aquele, ao contrário, o prejuízo a bens e valores que não têm conteúdo econômico” (*Dano Estético (Responsabilidade Civil)*), p. 7.

A mesma autora apresenta peruciente análise do que é o *dano estético*, qualificando-o, acertadamente, como espécie de dano moral: “É a lesão a um direito da personalidade – o direito à integridade física, especialmente na sua aparência externa. Como todo direito da personalidade, qualquer dano que o seu titular possa sofrer vai ter consequências materiais mas, principalmente, morais e, portanto, não podemos conceber prejuízo estético que não seja também prejuízo moral, pois a pessoa a partir do momento da lesão está menos feliz do que era antes ou, como quer MINOZZI, o dano vem a perturbar “*il nostro stato di felicità*” (Op. citada, p. 28).

6. Como um dos elementos cruciais da própria responsabilidade civil, é o mesmo definido por R. Limongi França como sendo “a diminuição ou subtração causada por outrem, de um bem jurídico” (*Instituições de Direito Civil*, p. 881). Dentro dessa definição, é possível dar-se um escopo bastante largo ao *dano*, considerando-o não só sob o seu aspecto patrimonial, como também moral, estando o referido *dano moral* consagrado, nos dias atuais, pela própria Constituição Federal (art. 5º, V).

Há seis anos decidi concretizar um sonho antigo, acalentado desde os tempos da infância e adolescência, quando ficava observando os pousos e decolagens dos “teco-tecos” e “paulistinhas” no aeroclube de Rio Claro. As circunstâncias no momento eram favoráveis. Meu genro, proprietário de uma empresa de aeronáutica, estava trazendo para o Brasil uma nova categoria de aviões, a LSA – Light Sport Aircraft – e existia a possibilidade da realização do curso teórico e prático em uma escola de formação de pilotos sediada em Ipeúna, cidade próxima a Rio Claro. Fiz minha inscrição no curso da Skoda Aeronáutica e em aproximadamente seis meses recebi a habilitação de CPD (Certificado de Piloto Desportivo). O curso contempla uma parte teórica, onde o aluno estuda as cinco matérias básicas: Regulamentos de Tráfego Aéreo, Meteorologia, Teoria de Voo, Conhecimentos Técnicos e Motores e Navegação Aérea. A prática, já com seu Certificado Médico em mãos, é de no mínimo 15 horas de voo, dependendo do seu desempenho. A certificação é válida por três anos e só habilita o piloto a voar no aeródromo onde escolheu como sede.

Após mais seis meses de curso recebi a qualificação de CPR (Certificado de Piloto de Recreio). O CPR é uma extensão do curso de CPD, onde o aluno voa em espaço aéreo controlado, desenvolvendo habilidades de comunicação e manuseio de equipamento de radiocomunicação em aeronaves avançadas e dotadas de todos os instrumentos de navegação necessários para efetuar voos em rota. Vai familiarizar-se com preenchimento e apresentação de planos de voo visual, comunicação aeronáutica, interpretação de mensagens meteorológicas e de cartas de voo visual (mapas),

PILOTAR COMO



*Dr. Gerando Faria,
Diretor da Master
Clínica de Rio Claro (SP)*



NÃO FAZ MUITO TEMPO QUE O DR. GERALDO FARIA RESOLVEU REALIZAR O ANTIGO SONHO DE PILOTAR UM AVIÃO. FEZ OS CURSOS EXIGIDOS, OBTEVE AS HABILITAÇÕES NECESSÁRIAS E HOJE PASSA SEU TEMPO LIVRE APRECIANDO MATAS, LAGOS E RESERVAS DO ALTO, DE ONDE TAMBÉM TEM UMA VISÃO PRIVILEGIADA DO PÔR DO SOL.

HOBBY

utilização de rádio VHF e transponder, bem como navegação por contato e através de equipamento GPS. Os requisitos teóricos são os mesmos para CPD, e deve voar com instrutor credenciado pela ANAC por cerca de 30 horas, sendo 15 de navegação.

Nesse curso o piloto também é submetido a prova teórica e prática e terá sua licença válida por dois anos consecutivos. Poderá voar por todo o território nacional em condições visuais, com aeronaves avançadas, dotadas de rádio, transponder e GPS, somente no período diurno.

A AERONAVE

Adquiri em sociedade com meu genro e um colega médico o Evektor EuroStar SLW, prefixo PU-EVK, fabricado na República Tcheca e que passou a fazer parte da minha vida. Pertence a uma classe emergente de aviões que começa a ganhar corpo no Brasil. Já consolidada nos Estados Unidos, essa categoria de aeronaves atende as regras da Federal Aviation Administration e da Experimental Aircraft Association. A velocidade de cruzeiro de 110 nós (213 km/h) com uma autonomia de 650 km. Nosso avião foi motivo de reportagem de capa da revista Aero Magazine de outubro de 2011. O Evektor lembra muito os tradicionais aviões Piper e Cessna, com característica dócil e precisa de comandos. Uma excelente aeronave para recreio e treinamento, com mais de mil exemplares voando pelo mundo.

A EXPERIÊNCIA DE VOAR

Tenho aproveitado o máximo do meu tempo livre nos finais de semana para curtir o PU-EVK e desfrutar das paisagens que só é possível contemplar quando se voa numa aeronave desse tipo. Voar tranquilamente sobre matas, serras, represas e observar campos e cascatas é uma experiência única. Quando alguém me pergunta: tem



Voar tranquilamente sobre matas, serras, represas e observar campos e cascatas é uma experiência única.

voado bastante? Respondo: menos do que gostaria! Às vezes vooo sozinho e outras com amigos e familiares que também curtem a aviação. É seguro? Sim, a aviação desportiva é segura, atendidas duas premissas fundamentais: respeite as regras da aviação e os limites do seu equipamento e principalmente, respeite a meteorologia. Quando planejar um voo mais longo, consulte cuidadosamente como estará o tempo no seu percurso até o destino. Neste tipo de atividade existe uma frase que é absolutamente proibida: “acho que dá para voar”.

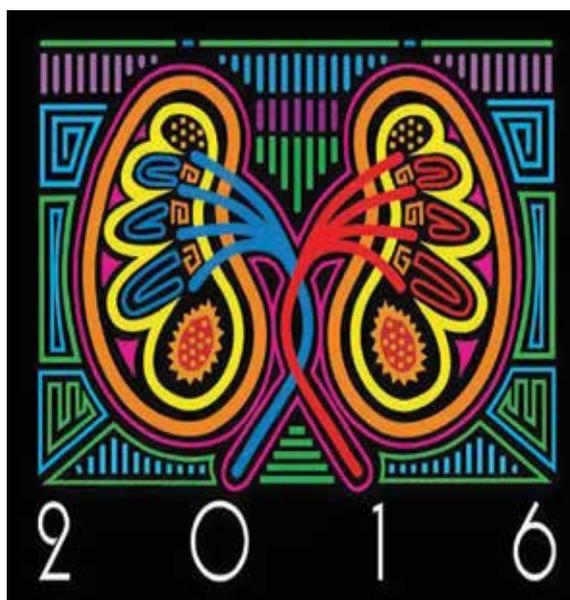
Os colegas que têm vontade de se aventurar neste mundo, não hesitem! Nunca é tarde para começar.

Bons voos!





CAU PANAMÁ: O PONTO DE ENCONTRO



DE 4 A 8 DE OUTUBRO DE 2016

Gostariamos de começar dizendo que estamos prontos e ansiosos por recebê-los! Convidamos os caros colegas brasileiros para que venham e aproveitem essa semana de intercâmbio acadêmico de altíssimo nível, acompanhado de bons amigos, no ambiente mágico da Cidade do Panamá. Antecipadamente damos as boas-vindas aos inscitos e a todos que nos honrarão com sua participação.

Empenhamo-nos para elaborar um programa integrado de Cursos e Plenárias de excelente qualidade, com a participação de renomados especialistas, personagens consolidadas na Urologia Mundial, assim como brilhantes jovens emergentes, como poderão avaliar no programa científico.

Se ainda não visitaram o site do Congresso, aceitem nosso convite e confirmem a programação no www.cau-panama2016.org. Inscreva-se e mande um e-mail para

pcmreps@cwpanama.net, para fazer sua reserva de hotel.

A hospitaleira Cidade do Panamá tem um agradável clima tropical, por isso recomendamos vestimentas leves para a época do evento. Uma visita ao famoso “Canal do Panamá”, agora ampliado, é obrigatória, assim como é imperdível o bonito entardecer em “El Casco Antiguo”, onde poderão ter espetaculares experiências gastronômicas. Se desejarem fazer compras, somos centro de referência para boas compras e preços atraentes.

Temos certeza de que será uma semana espetacular, cheia de conhecimento, cultura, boa culinária, “shopping” e, sobretudo, compartilhamento de momentos inesquecíveis com bons amigos.

O Congresso CAU 2016 – Cidade do Panamá, os espera de braços abertos.

Até breve!

Dr. Ramón Rodríguez Lay
Presidente do Comitê Organizador

Dr. Cleveland Beckford
Presidente da Sociedade Panamenha de Urologia



TRADIÇÃO E MODERNIDADE CONVIVEM NA CIDADE DO PANAMÁ

A Cidade do Panamá normalmente é lembrada por abrigar o Canal que interliga os oceanos Atlântico e Pacífico e por dar nome aos famosos chapéus que, curiosamente, são feitos no Equador. Nos últimos anos vem se transformando em requisitado destino turístico. A convivência entre a história e a modernidade é uma das particularidades que explicam esse crescente interesse. Ali é possível caminhar pelas ruas do Panamá Viejo e do Casco Antiguo, onde vale a pena visitar museus, praças e igrejas ou simplesmente apreciar a arquitetura colonial espanhola. Em contraste com esses resquícios históricos, preservados com muito cuidado, uma cidade moderna irrompe em altos edifícios e modernos shoppings centers, que lhe rendem o apelido de “Nova Miami”. Quem observar com atenção a linha de construções da chamada Conta Costera notará uma grande semelhança com o skyline daquela cidade dos Estados Unidos.

Um passeio obrigatório, mesmo para quem ficará a maior parte do tempo dentro do centro de convenções onde acontecerá o Congresso, é conhecer o Canal do Panamá, com seu sistema de eclusas que poupa às embarcações de qualquer tamanho que querem cruzar de um oceano a outro de se deslocarem aos extremos do continente para fazer a travessia. A gastronomia é diversificada e é possível encontrar restaurantes inspirados na culinária de diversos países. A vida noturna acontece em diversos pontos e os mais apreciados pelos turistas são a Calle Uruguay e o Casco antigo, onde se concentram bares e casas noturnas.

Uma recomendação importante é levar roupa leve, já que a temperatura média durante todo o ano fica próxima dos 30 graus. E embora a moeda oficial seja o Balboa, o dinheiro circulante é o dólar (com câmbio paritário em relação ao Balboa). A Casa da Moeda local sequer imprime o Balboa em papel moeda. O Balboa é encontrado somente em moedas, em tamanho idêntico às moedas dos Estados Unidos.

XIV CONGRESSO PAULI

PROGRAMAÇÃO

PLENÁRIA I

08/09/2016 | QUINTA-FEIRA | LOCAL: GOLDEN HALL

08:00 - 12:50 | MÓDULO I

Coordenador SBU-SP: Iderpól Leonardo Toscano Júnior (SP)
Coordenador de período: Flavio Trigo Rocha (SP)

- 08:00 - 08:15 ABERTURA**
João Luiz Amaro (SP)
- 08:15 - 10:30 MÓDULO CÂNCER DE PRÓSTATA**
- 08:15 - 08:40 PSA E MARCADORES TUMORAIS: ESTADO ATUAL**
Presidente: Fernando Ferreira Gomes Filho (SP)
Palestrante: Mark Anthony L. Gonzalgo (Estados Unidos)
- 08:40 - 09:00 MESA REDONDA: AVALIAÇÃO DOS RISCOS DE PROGRESSÃO EM CA DE PRÓSTATA**
Coordenador: João Luiz Amaro (SP)
- 08:40 - 08:46 Biopsia e re-biopsia**
Marcos Francisco Dall'Oglio (SP)
- 08:47 - 08:53 Avaliação por imagem**
Publio César Cavalcante Viana (SP)
- 08:54 - 09:00 Anatomia patológica: mudou o Gleason?**
Katia Ramos Moreira Leite (SP)
- 09:00 - 09:40 PAINEL: ESTRATÉGIA DE TRATAMENTO CA PRÓSTATA LOCALIZADO. QUANDO INDICAR?**
Coordenador: Eliney Ferreira Faria (SP)
- 09:00 - 09:08 Vigilância ativa**
Marco Antonio Arap (SP)
- 09:08 - 09:16 Quando indicar: RDT externa e braquiterapia**
João Victor Salvajoli (SP)
- 09:16 - 09:24 Quando indicar: prostatectomia aberta**
Francisco Paulo da Fonseca (SP)
- 09:24 - 09:32 Quando indicar: prostatectomia robótica**
Mark Anthony Gonzalgo (Estados Unidos)
- 09:32 - 09:40 HI FU**
Rafael Sanches Salla (França)



STA DE UROLOGIA

7 A 10 DE SETEMBRO DE 2016



09:40 - 10:00	NOVAS TECNOLOGIAS EM URETERORRENOSCOPIA FLEXÍVEL Presidente: Rodrigo Guerra (SP) Palestrante: Glen Preminger (Estados Unidos)
10:00 - 10:30	DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS: CA DE PRÓSTATA LOCALIZADO E LOCALMENTE AVANÇADO Apresentador: Antonio Carlos Lima Pompeo (SP) • Debatedores: José Pontes Júnior (SP) Renato Prado Costa (SP) Fernando Kim (Estados Unidos) Francisco Paulo da Fonseca (SP) Marcelo Wroclawski (SP)
10:30 - 11:00	Intervalo
11:00 - 12:00	MÓDULO UROPEDIATRIA
11:00 - 11:20	AS 5 LIÇÕES MAIS IMPORTANTES PARA OS ESPECIALISTAS EM HIPOSPÁDIA Presidente: Samuel Saiovici (SP) Palestrante: Warren Snodgrass
11:20 - 11:50	PAINEL: DISFUNÇÃO MICCIONAL NEUROGÊNICA NA INFÂNCIA Coordenador: Sami Arap (SP) 11:20 - 11:30 Abordagem das crianças portadoras de espinha bífida Warren Snodgrass (Estados Unidos) 11:30 - 11:40 Ampliações vesicais Salvador Vilar Correia Lima (PE) 11:40 - 11:50 Tratamento da deficiência esfíncteriana Francisco de Badiola (Argentina)
11:50 - 12:20	DISCUSSÃO DE CASOS: UROLOGIA PEDIÁTRICA Apresentador: Francisco Tibor Denes • Debatedores: Samuel Saiovici (SP) Edison Schneider Monteiro (SP) Francisco L. P. de Badiola (Argentina) Warren Snodgrass (Estados Unidos) Salvador Vilar Correia Lima (PE)
12:20 - 12:40	NOVAS TECNOLOGIAS NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA EM ESTÁGIO INICIAL (STEBA) Palestrante: Paulo Cesar Rodrigues Palma (SP)
12:40 - 12:50	Espaço SBU NACIONAL

XIV CONGRESSO PAULISTA

PROGRAMAÇÃO

14:00 – 18:10 | MÓDULO II

Coordenador SBU-SP: Francisco Kanasiro (SP)

Coordenador: Sebastião José Westphal (SC)

14:00 - 14:20	ESTADO ATUAL DO TRATAMENTO CLÍNICO DA HPB Presidente: Sebastião José Westphal (SC) Palestrante: Sender Herschorn (Canadá)
14:20 - 14:50	PAINEL: HPB Coordenador: Fabio Atz Guino (SP)
14:20 - 14:30	HPB: Fatores prognósticos de progressão Roni de Carvalho Fernandes (SP)
14:30 - 14:40	Laser e prostatotomia Paulo Cordeiro (SP)
14:40 - 14:50	Bipolar e plasma Gustavo Xavier Ebaid
14:50 - 15:30	DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS: HPB Apresentador: Marjo Deninson Cardenuto Perez (SP) • Debatedores: Philip Van Kerrebroeck (Holanda) Roni de Carvalho Fernandes (SP) Paulo Cordeiro (SP) Renato Falci Junior (SP) Hamilto Akihissa Yamamoto (SP) Ricardo Gonzalez (Estados Unidos)
15:30 - 16:00	TUMOR RENAL: PONTO E CONTRAPONTO (TUMOR RENAL < 7CM) Coordenador: Fernando Meyer (RS)
15:30 - 15:45	Laparoscopia/robô Anuar Ibrahim Mitre (SP)
15:45 - 16:00	Técnicas ablativas: radiofrequência e crioablação Fernando Kim (Estados Unidos)
16:00 - 16:30	Intervalo
16:30 - 17:00	DISCUSSÃO DE CASOS DE TUMOR RENAL LOCALIZADO Apresentador: William Carlos Nahas (SP) • Debatedores: Giuliano Betoni Guglielmetti (SP) Alexandre Crippa Sant'anna (SP) Alexandre Cesar Santos (SP) Fernando Kim (Estados Unidos) Hamiltom Zampolli (SP)
17:00 - 17:20	PEQUENAS MASSAS RENAI ABORDAGEM ATUAL Presidente: Juan Renteria (RJ) Palestrante: Fernando Kim (Estados Unidos)
17:20 - 17:40	Terapia focal no câncer de próstata Presidente: Pedro Cortado (SP) Palestrante: Rafael Sanches Salla (França)
17:40 - 18:10	INCONTINÊNCIA URINARIA FEMININA Apresentador: Cassio Luís Zanettini Ricetto (SP) • Debatedores: Paulo Cesar Rodrigues Palma (SP)

STA DE UROLOGIA

7 A 10 DE SETEMBRO DE 2016



Sebastião José Westphal (SC)
Caio Cintra da Fac Medicina do ABC
Philip Van Kerrebroeck (Holanda)
Paulo Teixeira Rodrigues (SP)
Adam Steinberg (Estados Unidos)

09/09/2016 | SEXTA-FEIRA | LOCAL: GOLDEN HALL

08:00 – 13:10 | MÓDULO III | CÂNCER DE PROSTATÁ

Coordenador SBU: Pedro Luiz Macedo Cortado (SP)
Coordenador: Sami Arap (SP)

08:00 - 08:20	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA INCONTINÊNCIA PÓS PROSTATECTOMIA RECIDIVADA Presidente: Hamilton de Campos Zampolli Palestrante: Sender Herschrn (Canadá)
08:20 - 08:40	PONTO E CONTRAPONTO: PROSTATECTOMIA NA ERA DA LINFADENECTOMIA ESTENDIDA Coordenador: Gustavo Cardoso Guimarães (SP)
08:20 - 08:30	Aberta Álvaro Sadek Sarkis (SP)
08:30 - 08:40	Robótica Rafael Ferreira Coelho (SP)
08:40 - 09:00	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA HPB EM PACIENTE ANTICOAGULADO DE ALTO RISCO Presidente: Alberto Azoubel Antunes (SP) Palestrante: Ricardo R. Gonzalez (Estados Unidos)
09:00 - 09:20	ESTADO ATUAL DO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA Presidente: João Luiz Amaro (SP) Palestrante: Flavio Eduardo Trigo Rocha (SP)
09:20 - 09:50	DISCUSSÃO CASOS CLÍNICOS: INCONTINÊNCIA PÓS PROSTATECTOMIA E PÓS RADIOTERAPIA Apresentador: Flavio Eduardo Trigo Rocha (SP) • Debatedores: Joao Paulo Cunha Lima (SP) Sender Herschorn (Canadá) Carlos Hermann Schall (SP) Allen Morey (Estados Unidos) Luiz Gustavo Mourato (SP)
09:50 - 10:10	ESTADO ATUAL DAS CIRURGIAS DE RECONSTRUÇÃO URETRAL Presidente: Antonio de Moraes Jr. (GO) Palestrante: Allen Morey (Estados Unidos)
10:10 - 10:30	GUIDELINES AUA NA DOENÇA DE PEYRONIE Presidente: Rui Nogueira Barbosa (SP) Palestrante: Arthur L. Burnett (Estados Unidos)
10:30 - 11:00	Intervalo
11:00 - 11:30	PAINEL: TUMOR DE BEXIGA ALTO GRAU NÃO INVASIVO Coordenador: Stênio de Cássio Zequi (SP)
11:00 - 11:10	Valor da Re-RTU Mauricio Cordeiro (SP)
11:10 - 11:20	BCG: qual o melhor esquema Leonardo Oliveira Reis (SP)

XIV CONGRESSO PAULISTA

PROGRAMAÇÃO

11:20 - 11:30	Cistectomia precoce: quando indicar? Flavio Luiz Ortiz Hering (SP)
11:30 - 12:00	DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS: TUMOR DE BEXIGA LOCALIZADO Apresentador: Marco Antonio Arap (SP) • Debatedores: Flavio Luiz Ortiz Hering (SP) Rodolfo Borges dos Reis (SP) Rafael Sanchez Salla (França) José Carlos Souza Trindade Filho Wilson Bachega Junior (SP) Mark Anthony L. Gonsalvo (Estados Unidos)
12:00 - 12:10	Espaço SBU NACIONAL
12:10 - 13:10	SIMPÓSIO SATÉLITE
14:00 – 17:50 MÓDULO IV	
Coordenador de Período: Iderpol Toscano Jr. (SP) Coordenador SBU-SP: André Luiz Farinhas Tomé (SP)	
14:00 - 14:30	PAINEL: INFERTILIDADE Coordenador: Sidney Glina (SP)
14:00 - 14:10	Avaliação mínima do homem infértil Marcelo Vieira (SP)
14:10 - 14:20	Varicocele clínica e subclínica: quando operar? Adriano Fregonesi (SP)
14:20 - 14:30	Varicocele – lupa ou microscópio: qual a melhor técnica? Jorge Hallak (SP)
14:30 - 14:50	REPOSIÇÃO HORMONAL EM HOMENS: QUANDO INDICAR? Presidente: Armando dos Santos Abrantes (SP) Palestrante: Archimedes Nardoza Júnior (SP)
14:50 - 15:10	DISCUSSÃO DE CASOS: DISFUNÇÃO ERÉTIL Apresentador: Geraldo Eduardo de Faria (SP) • Debatedores: Sidney Glina (SP) Eduardo Berna Bertero (SP) Celso Gromatzky (SP) Archimedes Nardoza Júnior (SP) Arthur L. Burnett (Estados Unidos)
15:10 - 15:40	MESA REDONDA: TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL NO HOMEM Coordenador: José Luis Chambô (SP)
15:10 - 15:25	Reposição hormonal e fatores cardiovasculares Luiz Otavio Torres (BH)
15:25 - 15:40	Como realizar reposição hormonal em homens? Leroy Jones (Estados Unidos)
15:40 - 16:00	Palestra AUA Guidelines: prevenção clínica e cirúrgica da litíase urinária Presidente: Auro Antonio Simões de Souza (SP) Palestrante: Manoj Monga (Estados Unidos)
16:00 - 16:30	Intervalo

STA DE UROLOGIA

7 A 10 DE SETEMBRO DE 2016



- 16:30 - 17:00 PAINEL: TRATAMENTO ATUAL DOS CÁLCULOS RENAIIS?**
Coordenador: Victor Augusto Sanguinetti S. Leitão (SP)
- 16:30 - 16:40 A ureteroscopia flexível serve para todos os casos?**
Eduardo Mazzuchi (SP)
- 16:40 - 16:50 Quando indicar percutânea?**
Armando dos Santos Abrantes (SP)
- 16:50 - 17:00 Ainda há lugar para LECO**
Norberto Bernardo (Argentina)

- 17:00 - 17:20 CIRURGIA PARA TROCA DE SEXO NO BRASIL: MITO OU REALIDADE QUANDO INDICAR?**
Presidente: Luiz Cesar Spessoto (SP)
Palestrante: Carlos Abib Cury (SP)

- 17:20 - 17:50 DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS EM LITÍASE**
Coordenador: Eduardo Mazzuchi (SP)
- Debatedores:
Manoj Monga (Estados Unidos)
Elcio Dias Silva (SP)
Marcelo Denilson Baptistussi (SP)
Norberto Bernardo (Argentina)
João Sergio de Carvalho Filho (SP)

10/09/2016 | SÁBADO | LOCAL: GOLDEN HALL

08:00 – 14:00 | MÓDULO V

Coordenador SBU-SP: Francisco Kanashiro (SP)
Coordenador de Período: Lucas Mendes Nogueira (MG)

- 08:00 - 08:20 BEXIGA HIPERATIVA: AVALIAÇÃO E ESTADO ATUAL DO TRATAMENTO CLÍNICO**
Presidente: Ana Paula Bogdan (SP)
Palestrante: Philip Van Karebrouck (Holanda)
- 08:20 - 08:50 PAINEL: BEXIGA HIPERATIVA REFRAATÁRIA**
Coordenador: José Carlos Cezar I. Truzzi (SP)
- 08:20 - 08:30 Toxina botulínica**
José Carlos Cezar I. Truzzi (SP)
- 08:30 - 08:40 Neuromodulação**
David O. Sussman
- 08:40 - 08:50 Cirurgia**
Homero Bruschini (SP)
- 08:50 - 09:30 DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS: BEXIGA HIPERATIVA**
Apresentador: José Carlos Truzzi (SP)
- Debatedores:
David O. Sussman (Estados Unidos)
Marcos Lucon (SP)
Alexandre Oliveira Dias
- 09:30 - 09:50 PRESERVAÇÃO PENIANA E CIRURGIA RECONSTRUTIVA PARA CÂNCER DE PÊNIS**
Presidente: Lucas Nogueira (MG)
Palestrante: Arthur L. Burnett (Estados Unidos)
- 09:50 - 10:30 Intervalo**

XIV CONGRESSO PAULISTA

PROGRAMAÇÃO

10:30 - 11:00 **MOMENTO SBU: HONORÁRIOS MÉDICOS E DEFESA PROFISSIONAL**

João Luiz Amaro (SP)
Flavio Eduardo Trigo Rocha (SP)
Camilo Loprete (SP)
Armando dos Santos Abrantes (SP)
Carlos Alberto Gobbo (SP)

11:00 - 11:30 **PAINEL: TRAUMA GÊNITO URINÁRIO** Coordenador: Paulo Roberto Kawano (SP)

- 11:00 - 11:10 Conduta atual no trauma renal**
José Luiz Borges de Mesquita (SP)
- 11:10 - 11:20 Lesão de uretra: abordagem precoce vs tardia**
Leopoldo Alves Ribeiro Filho (SP)
- 11:20 - 11:30 Lesão de bexiga: conservador ou cirúrgico**
Fábio César M. Torricelli (SP)

11:30 - 12:00 **DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS: LITÍASE URETERAL**

Apresentador: Artur Henrique Brito (SP)
• Debatedores:
Fábio César M. Torricelli (SP)
Fabio Carvalho Vicentini (SP)
Manoj Monga (Estados Unidos)
Marcelo Denilson Baptistussi (SP)

12:00 - 12:10 **Espaço SBU Nacional**

12:20 - 14:00 **SIMPÓSIO SATÉLITE**

14:00 - 18:00 | MÓDULO VI

Coordenador: Antonio Marmo Lucon (SP)
Coordenador SBU-SP: Leonardo Oliveira Reis (SP)

14:00 - 14:20 **BEXIGA HIPERATIVA REFRAATÁRIA – NEUROMODULAÇÃO E TOXINA BOTULÍNICA: COMO ESCOLHER?**

Presidente: João Luiz Amaro (SP)
Palestrante: Philip Van Karebrouck (Holanda)

14:20 - 15:00 **NOVIDADES E REFLEXÕES PESSOAIS EM CÂNCER DE PRÓSTATA**

Presidente: Antonio Gugliotta (SP)
Palestrante: Miguel Srougi (SP)

15:00 - 16:00 **PAINEL: LAPAROSCOPIA NA ERA DO ROBÔ**

Coordenador: Anuar Ibrahim Mitre (SP)

15:00 - 15:20 Nefrectomia total
José Roberto Colombo Jr. (SP)

15:20 - 15:40 Nefrectomia parcial
Oscar Eduardo Hidetoshi Fugita (SP)

15:40 - 16:00 Adrenalectomia
Lísias Nogueira Castilho (SP)

16:00 - 16:30 **Intervalo**

16:30 - 16:50 **“STATE OF THE ART”: TRANSPLANTE DE PÊNIS EM LESÕES GENITAIS EXTENSAS**

Presidente: Antonio Marmo Lucon (SP)
Palestrante: Arhur Burnett (Estados Unidos)

STA DE UROLOGIA

7 A 10 DE SETEMBRO DE 2016



16:50 - 17:35	PAINEL: CARCINOMA DE PRÓSTATA AVANÇADO Coordenador: Ricardo Felts de la Rocca (SP)
16:50 - 17:05	PROSTATECTOMIA CITO REDUTIVA Mark Anthony L. Gonzalgo (EUA)
17:05 - 17:20	TRATAMENTO SISTÊMICO ISOLADO Diogo Assed Bastos (SP)
17:20 - 17:35	TERAPIA ALVO MOLECULAR EM CA DE RIM: O QUE O UROLOGISTA DEVE SABER? Presidente: Marcelo Wroclawski (SP) Palestrante: Fernando Cotait Maluf (SP)
17:35 - 18:00	DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS: CA PRÓSTATA AVANÇADO E CA RENAL AVANÇADO Apresentador: Leopoldo Ribeiro Filho <ul style="list-style-type: none">• Debatedores: Rodolfo Borges dos Reis (SP) Diogo Assed Bastos (SP) Luciano João Nesrallah (SP) Oscar Eduardo Hidetoshi Fugita (SP) Daher Cezar Chade (SP)
18:00	Encerramento João Luiz Amaro (SP) Flavio Trigo Rocha (SP)

PLENÁRIA II

08/09/2016 | QUINTA-FEIRA | LOCAL: WTC TEATRO

08:00 - 12:00 | MÓDULO I

Coordenador SBU-SP: André Luiz Farinhas Tomé (SP)
Coordenador de período: Paulo Roberto Martins Rodrigues (RJ)

08:20 - 08:40	DIRETRIZES DA AUA: ABORDAGEM CIRÚRGICA DA LITÍASE URINÁRIA Presidente: Paulo Roberto Martins Rodrigues (RJ) Palestrante: Manoj Monga (Estados Unidos)
08:40 - 09:10	DISCUSSÃO INTERATIVA DE CASOS CLÍNICOS: LITÍASE RENAL Apresentador: Paulo Roberto Martins Rodrigues (RJ) <ul style="list-style-type: none">• Debatedores: Adriano Fregonesi (SP) Ricardo L. R. Felts de La Roca (SP) Armando dos Santos Abrantes (SP) Manoj Monga (Estados Unidos) Norberto Bernardo (Argentina) Glen Preminger (Estados Unidos)
09:10 - 09:30	DISCUSSÃO INTERATIVA DE CASOS CLÍNICOS: LITÍASE URETERAL Apresentador: Paulo Roberto Martins Rodrigues (RJ) <ul style="list-style-type: none">• Debatedores: Elias Assad Chedid Neto Fernando Kim (Estados Unidos)

XIV CONGRESSO PAULI

PROGRAMAÇÃO

	Marcelo Denilson Baptistussi (SP) Gustavo Caserta Lemos (SP) Norberto Bernardo (Argentina)
09:30 - 09:50	URETEROSCOPIA FLEXÍVEL: DICAS E TRUQUES Presidente: Eduardo Mazzuchi (SP) Palestrante: Manoj Monga (Estados Unidos)
09:50 - 10:00	VÍDEO COMENTADO – PERGUNTAS E RESPOSTAS: URETEROSCOPIA FLEXÍVEL (PASSO A PASSO) Palestrante: Norberto Bernardo (Argentina)
10:00 - 10:20	NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA: DICAS E TRUQUES Presidente: Ricardo Jordão Duarte (SP) Palestrante: Manoj Monga (Estados Unidos)
10:20 - 10:30	VÍDEO COMENTADO – PERGUNTAS E RESPOSTAS: NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA (PASSO A PASSO) Palestrante: Eduardo Mazzuchi (SP)
10:30 - 11:00	Intervalo
11:00 - 11:20	ESTADO ATUAL DO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DA BEXIGA HIPERATIVA Presidente: Carlo Camargo Passerotti (SP) Palestrante: Roger R. Dmochowski (Estados Unidos)
11:20 - 11:30	VÍDEO COMENTADO – PERGUNTAS E RESPOSTAS: PROSTATECTOMIA RADICAL ROBÓTICA (PASSO A PASSO) Palestrante: William Carlos Nahas (SP)
11:30 - 12:00	DISCUSSÃO INTERATIVA DE CASOS: CA DE PRÓSTATA LOCALIZADO, LOCALMENTE AVANÇADO E METASTÁTICO Apresentador: Marcus Vinicius Sadi (SP) • Debatedores: Rodolfo Borges dos Reis (SP) Paulo Roberto Martins Rodrigues (RJ) Giuliano Betoni Guglielmetti (SP) Jean Felipe Prodocimo Lestingi (SP) Carlos Dzik (SP)

09/09/2016 | SEXTA-FEIRA | LOCAL: WTC TEATRO

08:00 – 12:00 | MÓDULO II

Coordenador SBU-SP: Gilberto Saber (SP)
Coordenador de período: Gilberto Chavarria (SP)

08:00 - 08:20	TUMOR DE TESTÍCULO: AVALIAÇÃO E ESTADO ATUAL DO TRATAMENTO Presidente: Leonardo Oliveira Reis (SP) Palestrante: Mark Anthony L. Gonzalgo (Estados Unidos)
08:20 - 08:50	PONTO E CONTRA PONTO: TUMORES NÃO SEMINOMATOSOS LOCALIZADOS Coordenador: Eliney Ferreira Faria (SP)
08:20 - 08:35	Observação/radioterapia Marcus Vinicius Sadi (SP)
08:35 - 08:50	Linfadenectomia Marcos Tobias Machado (SP)

STA DE UROLOGIA

7 A 10 DE SETEMBRO DE 2016



08:50 - 09:15	VIDEO GAME: QUAL A RELAÇÃO COM “BIOFEEDBACK” E REABILITAÇÃO DA MUSCULATURA DO ASSOALHO PÉLVICO Presidente: Julio Bissoli (SP) Palestrante: Bary Berghmans (Holanda)
09:15 - 09:25	VÍDEO COMENTADO – PERGUNTAS E RESPOSTAS: NEFRECTOMIA PARCIAL ROBÓTICA (PASSO A PASSO) Palestrante: Anuar Ibrahim Mitre (SP)
09:25 - 09:35	COMENTADO – PERGUNTAS E RESPOSTAS: NEFRECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA/ROBÓTICA Palestrante: José Roberto Colombo Jr. (SP)
09:35 - 9:45	VÍDEO COMENTADO – PERGUNTAS E RESPOSTAS: ABLAÇÃO PERCUTÂNEA TU RENAL Palestrante: Marcos Roberto de Menezes (SP)
09:45 - 10:00	Abordagem da disfunção erétil refratária a tratamento clínico Presidente: Geraldo Eduardo de Faria (SP) Palestrante: Leroy Jones (Estados Unidos)
10:00 - 10:30	DISCUSSÃO DE CASOS: UROLOGIA DE CONSULTÓRIO Apresentador: Antonio Marmo Lucon (SP) • Debatedores: Affonso Celso Piovesan (SP) Marco Antonio Arap (SP) Renato Falci Junior (SP) Ézer Amoras de Melo (SP)
10:30 - 11:00	Intervalo
11:00 - 11:15	LASER EM HPB: COMO EU FAÇO? Presidente: Marcelo Martins Travassos da Rosa (SP) Palestrante: Ricardo R. Gonzalez (Estados Unidos)
11:15 - 11:30	VÍDEO COMENTADO – PERGUNTAS E RESPOSTAS: ADRENALECTOMIA LAPAROSCÓPICA Palestrante: Lísias Nogueira Castilho (SP)
11:30 - 12:00	DISCUSSÃO DE CASOS: DISFUNÇÃO ERÉTIL E PEYRONIE Apresentador: Eduardo Berna Bertero (SP) Debatedores: Arthur L. Burnett (Estados Unidos) Celso Gromatzky (SP) Joaquim Francisco de Almeida Claro (SP) Archimedes Nardoza Júnior (SP)
12:00 - 12:30	PROLAPSO GENITAL FEMININO: USAR OU NÃO USAR TELAS? Palestrante: Adam Steinberg (Estados Unidos)

10/09/2016 | SÁBADO | LOCAL: WTC TEATRO

08:00 – 12:00 | MÓDULO III | BEXIGA HIPERATIVA

08:00 - 08:20	ESTADO ATUAL DO TRATAMENTO DA BEXIGA HIPERATIVA Presidente: Francisco Kanasiro (SP) Palestrante: Miriam Dambros Lorenzetti (SP)
08:20 - 08:35	VÍDEO COMENTADO – PERGUNTAS E RESPOSTAS: SLING MASCULINO Palestrante: Flavio Eduardo Trigo Rocha (SP)
08:35 - 08:50	VÍDEO COMENTADO – PERGUNTAS E RESPOSTAS: PROLAPSO VAGINAL COLPOPROMONTO FIXAÇÃO (CIRURGIA ABERTA X VIDEOLAPAROSCOPIA) Palestrante: João Luiz Amaro (SP)

XIV CONGRESSO PAULISTA

PROGRAMAÇÃO

08:50 - 09:05	VÍDEO COMENTADO – PERGUNTAS E RESPOSTAS: CORREÇÃO DE PROLAPSO VIA VAGINAL Palestrante: Fábio Baracat (SP)
09:05 - 09:20	VÍDEO COMENTADO – URETEROSCOPIA FLEXÍVEL Palestrante: Artur Henrique Brito (SP)
09:20 - 09:30	VÍDEO COMENTADO – FIBROSE RETROPERITÔNIO Palestrante: Ricardo Jordão Duarte (SP)
09:30 - 10:10	DISCUSSÃO INTERATIVA DE CASOS CLÍNICOS: INCONTINÊNCIA PÓS PROSTATECTOMIA Apresentador: Luis Augusto Seabra Rios (SP) • Debatedores: João Luiz Amaro (SP) Luis Gustavo Mourato de Toledo (SP) Marcos Lucon (SP)
10:10 - 10:30	DISCUSSÃO INTERATIVA DE CASOS: BEXIGA NEUROGÊNICA: ABORDAGEM DO LESADO MEDULAR Apresentador: Flavio Eduardo Trigo Rocha (SP) • Debatedores: David O. Sussman (Estados Unidos) Fernando Gonçalves de Almeida (SP) José Alaor Figueiredo (SP) Milton Borrelli Júnior (SP) Thiago Souto Hemerly (SP)
10:30 - 11:00	Intervalo
11:00 - 11:15	VÍDEO COMENTADO – PERGUNTAS E RESPOSTAS: CISTECTOMIA RADICAL COM NEOBIXIGA ORTOTÓPTICA EXTRACORPÓREA Palestrante: Marcos Tobias Machado (SP)
11:15 - 11:30	VÍDEO COMENTADO – PERGUNTAS E RESPOSTAS: CISTECTOMIA RADICAL COM NEOBIXIGA ORTOTÓPTICA INTRACORPÓREA Palestrante: Rafael Ferreira Coelho (SP)
11:30 - 12:00	DISCUSSÃO INTERATIVA DE CASOS – TUMOR DE BEXIGA LOCALIZADO E AVANÇADO Apresentador: Álvaro Sadek Sarkis (SP) • Debatedores: Gustavo Cardoso Guimarães (SP) Claudio Bovolenta Murta (SP) Renato Prado Costa (SP) Wesley Justino Magnabosc (SP) Marco Antonio Arap (SP)

WS1 – WORKSHOP INTERNACIONAL DE UROPEDIATRIA

Coordenadores: Francisco Tibor Denes (SP), Amilcar Martins Giron (SP) e Lorena Marcalo Oliveira (SP)

06/09/2016 | TERÇA-FEIRA | 08:00 – 17:00

Local: Auditório Medtronic – Tower Bridge Corporate
Av. Jornalista Roberto Marinho, 85 – Cidade Monções – São Paulo

Coordenador no HC: Francisco Tibor Denes (SP)

CIRURGIAS COM TRANSMISSÃO AO VIVO: CORREÇÃO DE HIPOSPÁDIA (CLÍNICA UROLÓGICA HCFMUSP)

STA DE UROLOGIA

7 A 10 DE SETEMBRO DE 2016



07:45 - 08:00	INTRODUÇÃO DO DR. WARREN SNODGRASS NA ENFERMARIA Warren Snodgrass
08:00 - 12:00	CIRURGIAS Warren Snodgrass
12:00 - 13:00	Intervalo
13:00 - 14:00	AULA PARA RESIDENTES: "DOGMA TO DATA: LEARNING THE BEST" Warren Snodgrass
14:00 - 16:00	CIRURGIAS Warren Snodgrass

07/09/2016 | QUARTA-FEIRA | 08:00 – 18:00

Local: Sheraton WTC – Sala WTC Galeria
Avenida da Nações Unidas, 12559 – Brooklin Novo – São Paulo

Coordenador de Período: Francisco Tibor Denes (SP)

08:00 - 08:15	HISTÓRIA DA UROPEDIATRIA EM SP Sami Arap (SP)
08:15 - 09:15	OBSTRUÇÃO
08:15 - 08:30	Hidronefrose antenatal Amilcar Martins Giron (SP)
08:30 - 08:45	Insuficiência renal neonatal por uropatia obstrutiva Francisco I.P. de Badiola (Argentina)
08:45 - 09:00	Estenose de JUP: diagnóstico funcional Bruno Leslie (SP)
09:00 - 09:15	Atualização em Megaureter Edison Daniel Schneider Monteiro (SP)
09:15 - 09:45	DISCUSSÃO DE CASOS Amilcar Martins Giron (SP)
09:45 - 10:15	Intervalo
10:15 - 11:30	GENITAIS (HIPOSPÁDIA/DDS/CRIPTORQUIDIA)
10:15 - 10:30	Avaliação ante e pós-natal da genitália ambígua Maria Helena Sircili (SP)
10:30 - 11:00	Por que o pênis é curvo? Como devemos corrigi-lo? Opções de uretroplastia Warren Snodgrass (Estados Unidos)
11:00 - 11:15	Testículo impalpável Miguel Zerati Filho (SP)
11:15 - 11:30	Discussão
11:30 - 12:00	ONCOLOGIA
11:30 - 11:45	Avanços no tratamento do TU de Wilms Francisco Tibor Denes (SP)
11:45 - 12:00	Avanços no tratamento do RMS Antonio Macedo Jr (SP)

XIV CONGRESSO PAULI

PROGRAMAÇÃO

12:00 - 14:00	Intervalo
Coordenador Período: Amilcar Martins Giron (SP)	
14:00 - 14:45	RVU
14:00 - 14:15	Protocolo terapêutico ideal Edison Daniel Schneider Monteiro (SP)
14:15 - 14:30	Ventajas del tratamiento endoscopico para la eliminación del reflujo y nuevas indicaciones? Francisco I.P. de Badiola (Argentina)
14:30 - 14:45	Alternativas cirúrgicas modernas Bruno Nicolino Cezarino (SP)
14:45 - 15:15	VUP
14:45 - 15:00	Intervenção neonatal Samuel Saiovici (SP)
15:00 - 15:15	Tratamento da bexiga de válvula Beatriz Helena de Paula Cabral (SP)
15:15 - 15:45	Discussão de casos (VUP/RVU) Francisco Tibor Denes (SP)
15:45 - 16:15	Intervalo
16:15 - 17:00	BN + DISFUNÇÃO VESICAL
16:15 - 16:30	Como identificar e tratar a disfunção miccional Paulo Roberto Kawano (SP)
16:30 - 16:45	Management of neurogenic bladder of infants with spina bifida: who needs an augment? Warren Snodgrass (Estados Unidos)
16:45 - 17:00	Botox na MMC: Fatos e ficções Cristiano Mendes Gomes (SP)
17:00 - 18:00	MISCELÂNEA
17:00 - 17:10	Quando indicar a cirurgia de Ace Malone Nuncio del Chiara (SP)
17:10 - 17:20	Síndrome de Prune Belly: o que há de novo Alessandro Tavares (SP)
17:20 - 17:30	Litíase na infância: como tratar Lorena Marcalo (SP)
17:30 - 17:40	Ampliação vesical: complicações e cuidados Sergio Leite Ottoni (SP)
17:40 - 17:50	Torção de testículo: protocolo de avaliação João Barbosa (SP)
17:50 - 18:00	Pênis pequeno: diagnóstico diferencial e tratamento Edison Daniel Schneider Monteiro (SP)
18:00	Encerramento

STA DE UROLOGIA

7 A 10 DE SETEMBRO DE 2016



WS2 – WORKSHOP PROGRAMA CONJUNTO SBU E INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY (ICS)

Coordenadores: João Luiz Amaro (SP) e Carlos Arturo Levi D'Ancona (SP)

07/09/2016 | QUARTA-FEIRA | 08:30 – 17:00

Local: Sala São Paulo

08:30 - 08:40	BOAS VINDAS João Luiz Amaro (SP) Carlos Arturo Levi D'Ancona (SP)
08:40 - 10:00	BEXIGA HIPERATIVA Coordenador: João Luiz Amaro (SP)
08:40 - 08:50	Quando a realizar urodinâmica em 2016 Carlos Arturo Levi D'Ancona (SP)
08:50 - 09:00	Novos alvos no tratamento medicamentoso Flavio Eduardo Trigo Rocha (SP)
09:00 - 09:10	Hipocontratilidade e bexiga hiperativa: existe uma prevenção? José Tadeu Nunes Tamanini (SP)
09:10 - 09:30	Neuromodulação sacral: presente e futuro Philip Van Kerrebroeck (Holanda)
09:30 - 10:00	Discussão
10:00 - 10:30	Intervalo
10:30 - 12:00	INCONTINÊNCIA E POP EM MULHERES Coordenador: Paulo Cesar Rodrigues Palma (SP)
10:30 - 10:40	Novas tendências no tratamento da IUE e prolapso Fábio Baracat (SP)
10:40 - 10:50	Como tratar incontinência urinária mista Philip Van Kerrebroeck (Holanda)
10:50 - 11:00	Assoalho pélvico e malhas: qual a diferença entre slings e malhas para prolapso? Cássio Luís Zanettini Riccetto (SP)
11:00 - 11:10	Complicações da cirurgia no tratamento da incontinência urinária: dicas e truques Paulo Roberto Kawano (SP)
11:10 - 12:00	Discussão de casos
12:00 - 13:30	Intervalo
13:30 - 15:00	ENFRENTANDO A INCONTINÊNCIA URINÁRIA PÓS PROSTATECTOMIA Coordenador: Carlos Arturo Levi D'Ancona (SP)
13:30 - 13:40	Prevalência de incontinência urinária: passado e presente Cristiano Mendes Gomes (SP)
13:40 - 13:50	Nível de evidência do tratamento exercícios da musculatura pélvica Bary Berghmans (Holanda)
13:50 - 14:00	Como escolher a técnica cirúrgica Daniel Carlos Uliano Moser da Silva (SP)

XIV CONGRESSO PAULI

PROGRAMAÇÃO

14:00 - 14:10	Nova opções de esfíncter artificial João Luiz Amaro (SP)
14:10 - 15:00	Discussão de casos
15:00 - 15:30	Intervalo
15:30 - 17:00	STUI EM HOMENS Coordenador: Carlos Arturo Levi D Ancona (SP)
15:30 - 15:40	É possível prevenir o crescimento da próstata? Leonardo Oliveira Reis (SP)
15:40 - 15:50	O que há de novo no tratamento médico? Philip Van Kerrebroeck
15:50 - 16:00	Novas técnicas cirúrgicas substitui a RTU? Daniel Carlos Uliano Moser da Silva (SP)
16:00 - 16:10	Fatores prognósticos nos STUI em homens: análise crítica Antonio Antunes Rodrigues Júnior (SP)
16:10 - 17:00	Discussão de casos

WS9 – WORKSHOP ENCONTRO SBU AUA UROLOGIA: ESTÁGIO ATUAL E PERSPECTIVAS FUTURAS

Coordenadores: Archimedes Nardoza Juniors, Flavio Trigo Rocha, João Luiz Amaro e Luiz Otavio Torres

07/09/2016 | QUARTA-FEIRA | 14:00 – 17:30

Local: ???

14:00 - 14:30	Procedimento minimamente invasivos em urologia: estágio atual e perspectivas futuras Fernando Kim (Estados Unidos)
14:30 - 15:00	Novas tecnologias para o tratamento da Hiperplasia Prostática Benigna Ricardo Gonzales (Estados Unidos)
15:00 - 15:30	Uro-oncologia: estágio atual e perspectivas futuras Mark Anthony L. Gonzalgo (Estados Unidos)
15:30 - 16:00	Discussão Flavio Trigo Rocha (SP) Luiz Otavio Torres (BH)
16:00 - 16:30	Disfunções miccionais: estágio atual e perspectivas futuras Roger Dmochowski (Estados Unidos)
16:30 - 17:00	Litíase; estágio atual e perspectivas futuras Manoj Monga (Estados Unidos)
17:00 - 17:30	Discussão Archimedes Nardoza Junior (SP) João Luiz Amaro (SP)

STA DE UROLOGIA

7 A 10 DE SETEMBRO DE 2016



EVENTOS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

NACIONAIS

07 a 10/09

Congresso Paulista de Urologia

São Paulo – SP

www.congressopaulistaurologia.com.br

10/2016

Argus Day: Curso Teórico Prático
de Incontinência Urinária Masculina

Presidente Prudente – SP

28 e 29/10

Curso: Urologia Minimamente
Invasiva na Criança

Casa de Saúde Santa Marcelina

Itaquera – SP

[www.aagapesantamarcelina.com.br/site/
cursos/urologia_invasiva_crianca](http://www.aagapesantamarcelina.com.br/site/cursos/urologia_invasiva_crianca)

INTERNACIONAIS

13 a 16/09

ICS – International Continence Society

Tóquio – Japão

www.ics.org/2016

04 a 08/10

XXXV Congresso CAU – Confederação
Americana de Urologia

Cidade do Panamá – Panamá

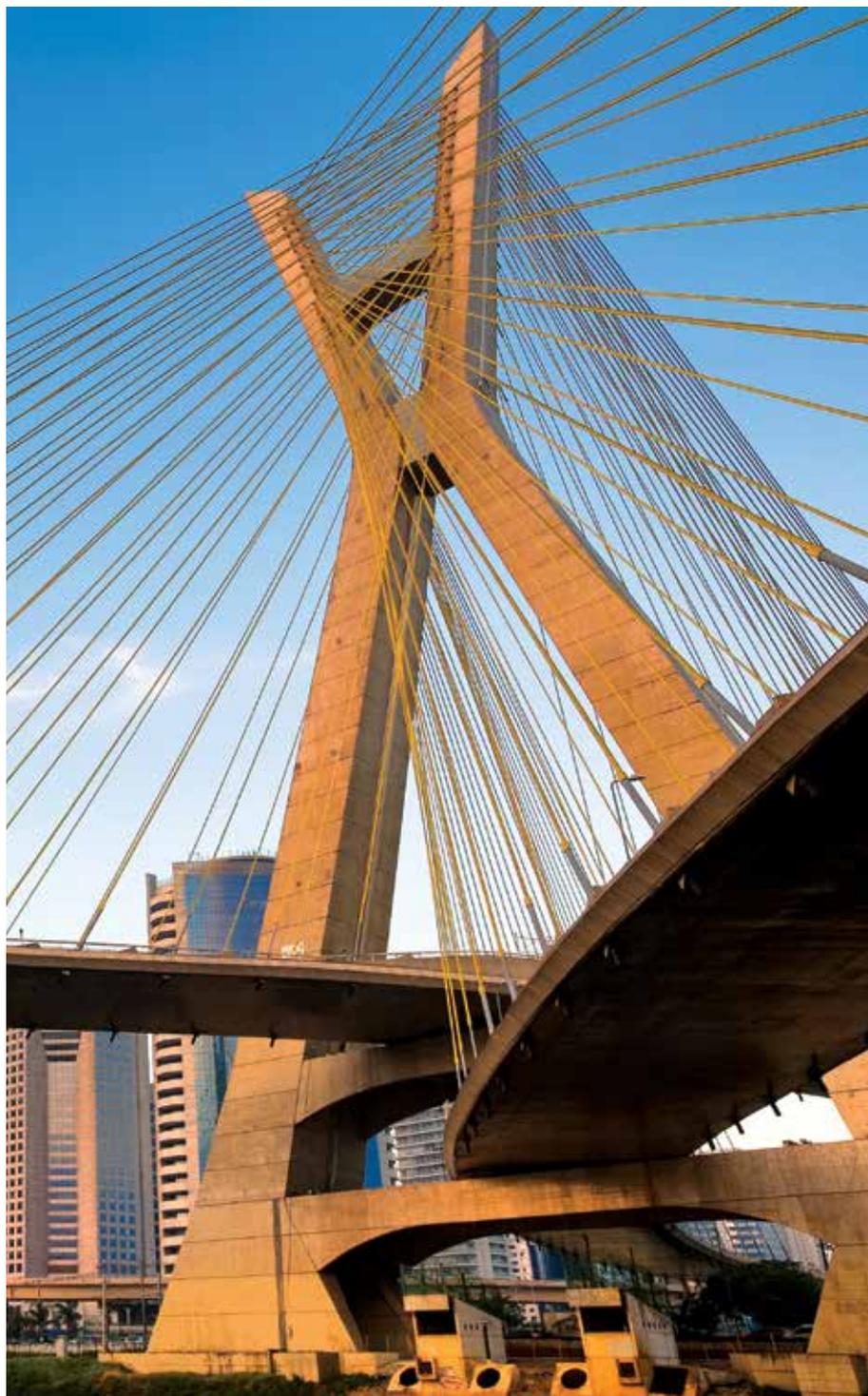
www.caupanama2016.org

20 a 23/10

SIU – Sociéte Internationalde D'Urologie

Buenos Aires – Argentina

www.siu-urology.org/congress-2016





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



NOTÍCIAS

- SBU-SP e SODESP - Futuras parcerias**
A SBU-SP e a SODESP, em conjunto, vão desenvolver um curso de atualização para os médicos em 2015.
- SBU-SP define coordenadores de seus projetos para o ano de 2015.**
A SBU-SP definiu os coordenadores de seus projetos para o ano de 2015.
- Resultado das eleições SBU-SP 2014/2015**
O resultado das eleições para o Conselho de Administração da SBU-SP foi divulgado.

PROJETOS SBU-SP

ASSISTA AS AULAS ONLINE.
Todas as aulas e materiais estão disponíveis em nosso site.