



Boletim de Informações Urológicas · Mai/Jun 2016

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



PROGRAME-SE PARA O
XIV CONGRESSO PAULISTA DE UROLOGIA

AS FRONTEIRAS DA UROLOGIA SERÃO O TEMA CENTRAL DO EVENTO QUE ACONTECERÁ ENTRE OS DIAS 7 E 10 DE SETEMBRO, EM SÃO PAULO



PONTO DE VISTA

Prescrição de medicamentos
orais em Uro-Oncologia



FIQUE SABENDO

Hipotermia e
Cirurgia Urológica



SEM ESTRESSE

Boas ondas
no surf



José Carlos Truzzi

Ao longo deste primeiro semestre os desafios enfrentados pela SBU-SP exigiram, mais do que a tomada de decisões administrativas, o empenho individual de cada membro da Diretoria na busca de um resultado coletivo. A crise, que a todos tem afetado, causou forte impacto em vários setores da nossa Sociedade. Decidi enaltecer o esforço que pude observar em cada membro desta Gestão da SBU-SP. Todos com o firme propósito não apenas de manter a maior Seccional da SBU em pleno funcionamento, mas de buscar constantemente a implementação de melhorias e benefícios a nós urologistas do Estado de São Paulo.

Os custos elevados e a escassez de recursos de financiamento exigiram árdua negociação. No entanto, os projetos de Educação Continuada, Reciclagem e Treinamento Prático em Disfunções Miccionais e HPB já estão sendo realizados em várias cidades do Estado. Outros projetos, como o de Endourologia, Cirurgia Reconstructiva Vaginal e Andrologia serão implantados no segundo semestre. A atualização dos canais de comunicação da SBU-SP demandou a busca de novos produtos para melhor atender às necessidades do urologista e facilitar o seu acesso à SBU-SP. A página da SBU-SP na internet foi reformulada; o aporte de informações ficou mais fácil e dinâmico. Para o urologista, fica a certeza de ter informações sempre atualizadas. A SBU-SP tem ainda mantido participação ativa e integrada com a SBU Nacional nas discussões sobre defesa profissional junto à Associação Médica Brasileira e Associação Paulista de Medicina, com o firme propósito de conquistar melhores condições para o exercício da nossa especialidade.

A organização do Congresso Paulista de Urologia, segundo maior evento urológico do país e um dos maiores do mundo, está concluída. Neste número do BIU verifique os destaques do XIV Congresso Paulista de Urologia preparados pelo Dr. Flávio Trigo Rocha, Presidente da Comissão Científica.

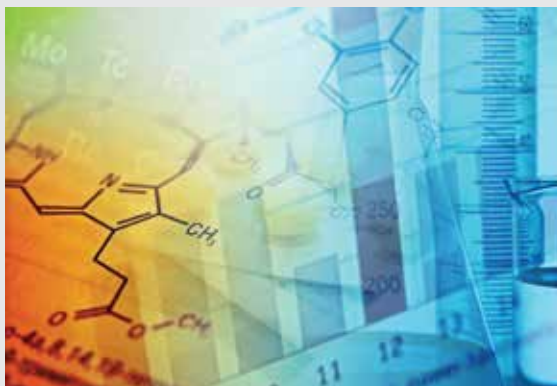
A Seção Ponto de Vista traz à tona a discussão sobre a prescrição de medicamentos oncológicos sob a óptica do urologista, do oncologista e do gestor de saúde. Quais as limitações que enfrentamos na condução de pacientes com câncer urológico? Qual o posicionamento que devemos assumir frente às restrições impostas ao exercício da Uro-Oncologia?

Fique sabendo sobre a importância da prevenção da hipotermia em cirurgias urológicas. Os riscos e complicações envolvidos em um cuidado muitas vezes por nós negligenciado, abordado por um dos pioneiros no estudo da hipotermia perioperatória. O Doutor em Anestesiologia Ricardo Caio Bernardis nos apresenta informações críticas dos cuidados com a manutenção do equilíbrio térmico nos pacientes cirúrgicos.

O uso de prontuários eletrônicos é uma realidade em vários hospitais e ambulatórios e nos consultórios de muitos urologistas. Sua validade legal foi durante muito tempo questionada, ainda assim apresentou grande difusão no nosso meio. O Juiz de Direito Dr. Marcus Bachiega nos fornece, em Direito Médico, uma abordagem clara a respeito da importância do preenchimento do prontuário, documento principal de registro da evolução e condutas adotadas, bem como a atenção que devemos ter com a documentação no formato digital.

Um dos esportes em que brasileiros têm obtido maior destaque internacional, o surf, encontra vários adeptos entre os urologistas. A necessidade de treino, dedicação e concentração se equilibra com a gratificante interação com a natureza. Onde e como aprender? Quando iniciar? As dicas e orientações do Urologista e surfista Alex Meller estão na seção Sem Estresse.

O BIU continua a ser o principal canal de comunicação entre a SBU-SP e você Urologista. Aproveite a oportunidade de fazer parte da história da Urologia Paulista que estamos construindo.



10

PONTO DE VISTA

Prescrição de medicamentos orais em Uro-Oncologia

18

DIREITO MÉDICO

Validade jurídica do prontuário eletrônico do paciente



26

FIQUE SABENDO

Hipotermia e cirurgia urológica

ENTREVISTA

Dr. Flávio Trigo Rocha, vice-presidente da SBU-SP, fala sobre desafios e perspectivas da entidade

8

4

**SBU
E VOCÊ**

16

**RESIDÊNCIA
MÉDICA**

20

**ALÉM DA
UROLOGIA**

18

**SEM
ESTRESSE**

30

AGENDA

RELATÓRIO FINANCEIRO DA SBU-SP

ACOMPANHE AS DESPESAS DA SBU-SP EM MAIO

texto: Tesouraria SBU-SP

Prezados (as) colegas,

Apresentamos nos quadros os demonstrativos das despesas e movimentações financeiras da nossa seccional com fechamento em 31 de maio de 2016. Neste mês de maio tivemos um custo administrativo maior devido à rescisão do contrato de trabalho de uma de nossas funcionárias. Houve também aumento do custo com uso de taxis devido às necessidades de locomoção para a organização do PROTEUS. Observamos também um aumento na conta de energia elétrica e medidas já foram adotadas para corrigir esta distorção.

As movimentações financeiras até 31 de maio já incluem entradas e saídas referentes a receitas e despesas com o Congresso Paulista de Urologia.

A Tesouraria coloca-se a disposição para prestar quaisquer esclarecimentos ou sanar dúvidas sobre as atividades financeiras da SBU-SP

**Atenciosamente,
Tesouraria da SBU-SP**

REFERÊNCIA: MAIO/2016

DESPESAS	VALOR
Advoga. Peppe Bonavit	R\$ 2.271,17
Condomínio Augusta	R\$ 883,00
Condomínio Sede	R\$ 1.807,80
Convênio	R\$ 1.383,28
Eletropaulo Augusta	R\$ 59,78
Eletropaulo Tabapuã	R\$ 542,71
Copy Service	R\$ 235,60
IPTU Augusta	R\$ 123,38
IPTU Tabapuã	R\$ 539,34
Ligue Taxi	R\$ 1.139,52
Limpidus	R\$ 515,80
Motoboy SW	R\$ 1.010,00
Salário Func. / Rescisão	R\$ 8.909,99
Site	R\$ 5.810,00
Tectray	R\$ 600,00
Telefonia	R\$ 386,63
TWW	R\$ 207,09
VR Funcionárias	R\$ 1.524,24
VT Funcionárias	R\$ 580,80
Tarifas Bancárias	R\$ 279,12
Uol Provedor	R\$ 45,11
TOTAL	R\$ 28.854,36

SBU – SECÇÃO SÃO PAULO – 31/05/2016

SALDOS BANCÁRIOS

Conta Eventos	68.525-1	R\$ 38.921,18
Conta Administrativa	71.322-8	R\$ 6.147,10

SALDO ATUAL R\$ 45.068,28

APLICAÇÕES

Aplicação (Eventos)	MAX DI/Compromissada DI	R\$ 365.608,03
TOTAL		R\$ 410.676,31



SAIBA O QUE OCORREU NA 4ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA DIRETORIA DA SBU

No dia 21 de maio de 2016 ocorreu a 4ª Reunião Ordinária da Diretoria da Sociedade Brasileira de Urologia – Seccional São Paulo. Foram apresentados os Saldo Bancários, inclusive com a provisão orçamentária para cobertura dos eventos científicos da SBU-SP. Foi reiterado o compromisso com o controle e redução de despesas. Um exemplo é que para o XIV Congresso Paulista de Urologia serão instituídos Secretários Específicos, os quais serão responsáveis pela aprovação de eventuais despesas extras. Estes Secretários Específicos comporão a Comissão Financeira do evento, que se reunirá diariamente para balanços parciais do Congresso. O objetivo é promover o melhor evento, com menor custo e com a máxima transparência administrativa. Ainda no âmbito financeiro, a proposta da Presidência Nacional da Sociedade Brasileira de Urologia de unificação das contas bancárias será acatada tão logo seja oficializada.

O PROTEUS, primeiro projeto concluído da atual Gestão da SBU-SP foi um sucesso sem precedentes. O balanço foi positivo não apenas no âmbito econômico e no número de inscritos, mas principalmente nas avaliações obtidas junto aos participantes. A próxima edição do PROTEUS está pro-

gramada para os dias 6, 7 e 8 de abril de 2017 com uma expectativa de 800 participantes. O PROTEUS passará a contar com o aditivo “*Reciclagem de Urologistas*” a partir do próximo evento, uma vez que esta foi uma demanda muito requisitada na edição 2016.

Os Projetos de Ureteroscopia Flexível e Cirurgia Vaginal estão em fase de elaboração e ajustes para suporte junto à indústria de materiais. O Projeto institucional do boneco 3D “*Dr. Uro*” teve orçamento aprovado e os primeiros vídeos já serão gravados. Foi amplamente discutido o Projeto de seguros médicos. A proposta feita por uma seguradora foi avaliada pelo Departamento Jurídico da SBU-SP. Neste momento, será autorizada apenas a divulgação geral pelos canais oficiais de comunicação da SBU-SP, sem acesso a dados individuais dos nossos associados.

Foi deliberada a criação de um espaço no BIU para divulgação de eventos ou lançamentos por parte dos Sócios da SBU. Este espaço passa a vigorar na edição maio/junho do BIU. A Secretaria da SBU-SP tem se mantido atenta às solicitações e necessidades do Urologista Paulista e solicita que todos participem desta administração contribuindo com ideias e demandas das suas regiões do estado.



Osmar Bastos

MÉDICOS DECLARAM ESTADO DE ALERTA POR REMUNERAÇÃO JUSTA NA SAÚDE SUPLEMENTAR

Em 30 de maio, a Associação Paulista de Medicina (APM) sediou mais uma reunião da Comissão Estadual de Saúde Suplementar. Lideranças do todo o Estado compareceram em grande número, entre as quais representantes de diversas sociedades de especialidade e das Regionais da APM.

Devido às cláusulas leoninas dos contratos sugeridos por certos planos - que aviltam profissionais de Medicina e colocam em risco a qualidade da assistência aos cidadãos -, os médicos deflagraram um movimento de protesto, entrando então em Estado de Alerta. Se em 30 dias as empresas não apresentarem propostas dignas de apreciação, já se ventila a possibilidade de manifestações públicas, denúncias à mídia dos nomes das operadoras e até de paralisação.

A mesa organizadora do encontro foi composta pelo presidente da APM, Florisval Meinão, os diretores de Defesa Profissional, João Sobreira e Marun David Cury, o secretário do Sindicato dos Médicos de São Paulo (Simesp), Otelio Chino Júnior, os conselheiros do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), João Ladislau Rosa e Sílvia Helena Rondina Mateus, e

o representante da Academia de Medicina de São Paulo, Maurício Mota Avelar Alchorne, entre outros.

Houve a apresentação de inúmeros contratos de operadoras e planos com cláusulas nocivas aos médicos/pacientes. Um dedicado estudo feito pela Defesa Profissional da APM evidenciou o desrespeito das empresas a direitos básicos dos profissionais de medicina. Vários itens contratuais seguem a contramão do que prega a pauta de 2016, definida em assembleia pelos médicos, que além do reajuste linear de 20,54%, exige a não utilização do fator de qualidade como redutor de honorários, a negociação entre entidades médicas e operadoras e a contratualização de acordo com a Lei 13.003/14.

Há casos em que os planos inserem nos contratos condições em que o fator de qualidade funciona como redutor de índice de reajuste; outras cláusulas leoninas são usadas com o intuito de reduzir honorários. Os absurdos não param por aí. Existem contratos baseados em fração de índice para o reajuste (por exemplo, 40% do INPC); cláusulas duvidosas, que tornam o contrato de difícil compreensão; e até um item que desobriga as empresas de reajuste se isso

vier a prejudicar seu equilíbrio financeiro.

Operadoras diversas também tentam forçar o médico a aceitar pacotes e jogam para o profissional o ônus de eventuais processos judiciais. Enfim, um despropósito e um desrespeito. Em todas essas situações, as operadoras envolvidas serão devidamente notificadas pela Comissão Estadual de Negociação, para que alterem as cláusulas incompatíveis.

“Há cláusulas que a própria Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não aceita (como a divisão de responsabilidades jurídicas entre planos e prestadores), outras que ferem o que dita a Lei 13.003, ou mesmo algumas questões que podem envolver princípios éticos (como o estímulo à adesão de pacotes)”, avalia Florisval Meinão.

REUNIÕES

Este trabalho só foi possível graças às 34 reuniões realizadas pela Comissão este ano, na sede da APM. Em todos estes encontros, foram apresentadas aos representantes das operadoras as demandas da categoria médica para 2016. “Esse é um momento de deliberação muito bom. Há alguns anos, a relação entre as partes era mais difícil. Agora, cada um tem suas dificuldades, mas vamos mantendo o diálogo rumo a uma solução”, avalia Marun.

O diretor adjunto de Defesa Profissional da APM aproveitou o encontro para estimular as Regionais e as sociedades de especialidade a cobrarem suas demandas específicas das operadoras também. Segundo ele, essa seria outra forma de chamar atenção para a pauta dos médicos, cada qual com sua particularidade, e que a Comissão Estadual está disponível para orientações, auxílio e acompanhamento neste tipo de iniciativa.

Ao término da reunião, também foram aprovadas por unanimidade denúncias dos abusos à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e ao Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

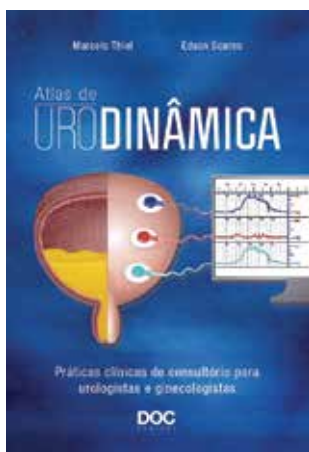


Curso em Santos

COM O APOIO DA **SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA** – SECCIONAL SÃO PAULO – DIA 30 DE MAIO FOI REALIZADO O “CURSO DE GREENLIGHT XPS PARA TRATAMENTO DA HIPERPLASIA DA PRÓSTATA”. O EVENTO, QUE ACONTECEU NA SEDE DA APM DE SANTOS, CONTOU COM A PARTICIPAÇÃO DE 17 UROLOGISTAS DA BAIXADA SANTISTA.

LANÇAMENTO DO ATLAS DE URODINÂMICA

Tornar acessível a compreensão de o exame urodinâmico e mostrar sua utilidade clínica são os objetivos do livro Atlas de Urodinâmica. Os autores, Marcelo Thiel e Edson Soares Bezerra, selecionaram os tópicos mais importantes da Urologia nas áreas de disfunções miccionais, urologia feminina e uroneurologia. O livro se destina aos urologistas, ginecologistas, médicos residentes e especialidades afins.



A obra se propõe a contribuir com a formação de diferentes especialistas com interesse ou atuação na área das disfunções miccionais (ginecologistas, urologistas, fisioterapeutas e enfermeiros) que encontram dificuldade para aprender, executar e/ou interpretar a avaliação urodinâmica.

ATLAS DE URODINÂMICA – PRÁTICAS CLÍNICAS DE CONSULTÓRIO PARA UROLOGISTAS E GINECOLOGISTAS

Thiel, Marcelo. Doc Editora. 460 pg. Capa dura.

CARTA DO LEITOR

Prezado Dr. José Carlos Truzzi, editor do BIU, demais colegas e amigos do corpo editorial. Acabo de chegar de San Diego e tenho a grata satisfação de receber o BIU com a chamada de capa “Os Primeiros Dias da nova Gestão da SBU-SP”, e com enorme satisfação vejo na matéria sobre residência médica relatos do Instituto de Urologia de São José de Rio Preto, mostrando um pouco nossa história e tradição em residência de urologia, nossas qualidades e imperfeições.

Em nome do nosso corpo clínico agradeço a deferência e o destaque, e sinto-me honrado duplamente. Primeiro por receber nosso BIU com uma excelente qualidade e variedade de tópicos, e segundo, por ter feito parte dessa bela história e contribuído como editor-chefe no ano de 2001. Meus sinceros cumprimentos e votos de muito êxito,

Miguel Zerati Filho



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.

FOCO NO APRIMORAMENTO E NA VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL

O dr. Flavio Eduardo Trigo Rocha, vice-presidente da SBU-SP, fala na entrevista sobre os desafios enfrentados pela entidade para cumprir suas atribuições nesta época de crise que afeta o País. Coesão do grupo dirigente, motivação e disposição para trabalhar são as principais armas utilizadas para que os obstáculos sejam superados e os objetivos de consolidar uma entidade forte e atuante sejam alcançados.

BIU: Quais os principais desafios enfrentados pela atual gestão da SBU-SP?

Dr. Flavio Eduardo Trigo Rocha: *Os principais desafios são aqueles enfrentados atualmente por todas as entidades de classe e por todas as empresas durante um período de crise. Nós tivemos que nos adaptar a essa realidade. Estamos conseguindo manter e otimizar os recursos para fazer uma boa gestão, dentro das limitações que esta época nos impõe.*

Como somos o braço da Sociedade em São Paulo, procuramos atuar em sintonia com a entidade em âmbito nacional, para sermos mais eficazes na prestação dos serviços para nossos associados de forma harmônica em relação à entidade nacional.

BIU: De que forma se dá essa integração?

Dr. Flavio Eduardo Trigo Rocha: *Por exemplo, respeitamos o calendário da entidade nacional e concentramos nosso trabalho, como a realização de cursos e palestras, dentro do Estado de São Paulo. Ao mesmo tempo, procuramos participar dos eventos nacionais, apoiando também na divulgação, sempre com*

respeito mútuo em relação aos limites de atuação de cada entidade.

BIU: Como têm sido os primeiros meses da atual gestão?

Dr. Flavio Eduardo Trigo Rocha: *Dentro da SBU-SP somos um grupo muito coeso. Um grupo que estava um pouco afastado da Sociedade e é composto por pessoas muito motivadas, com grande disposição para o trabalho. A convivência entre todos os que integram a gestão está sendo muito agradável e produtiva.*

BIU: Do ponto de vista do urologista, qual é a importância de fazer parte de uma entidade como a SBU-SP?

Dr. Flavio Eduardo Trigo Rocha: *Nossa entidade representa para os urologistas do Estado uma grande oportunidade de reciclagem do conhecimento, de defesa profissional e de apoio na luta por honorários médicos. Nós trabalhamos dentro desse tripé: defesa profissional, defesa de honorários médicos e educação médica continuada, um serviço muito importante prestado pela entidade.*

BIU: Diante dos avanços técnicos e científicos, como a SBU-SP

PERFIL



Idade: 55 anos.

Onde trabalha atualmente?

Hospital das Clínicas da FMUSP e Hospital Sírio-Libanês.

O que faz nas horas vagas como lazer ou hobby?

Gosto de ir ao cinema, teatro e assistir jogos de futebol no estádio.

Time do coração?

Corinthians.

O que o fez se interessar pela Urologia?

Por ser uma especialidade extremamente ampla, que trata pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, com uma parte clínica e cirúrgica muito interessante. É uma especialidade bem completa.

Desde quando atua como Urologista?

Desde 1992, quando voltei dos Estados Unidos, onde fiz especialização na Universidade da Califórnia, em San Francisco.

contribui para que seus associados se mantenham sempre atualizados?

Dr. Flavio Eduardo Trigo Rocha:

Principalmente por meio dos grandes eventos que a SBU-SP organiza, que são o Congresso Paulista de Urologia e a Jornada Paulista de Urologia. Além de aprimorarmos esses eventos, nós pretendemos criar outros, menores, em âmbito regional e com maior ênfase no aspecto prático. Vamos organizar mini-simpósios por todo o Estado, com uma abordagem mais prática em cirurgias e outros procedimentos.

Além disso, estamos fazendo um grande investimento na construção da home page e na criação de ferramentas para a transmissão de aulas via internet, para que os urologistas possam fazer a sua atualização individual através da rede, nos horários que lhe forem mais convenientes.

BIU: Como presidente da Comissão Científica do 14º Congresso Paulista de Urologia, que tem como tema central as fronteiras da Urologia, o que pode nos falar sobre o foco desse evento?

Dr. Flavio Eduardo Trigo Rocha:

Fronteiras da Urologia é um nome com duplo sentido. O Congresso vai tratar das fronteiras em termos de conhecimento, de inovação, trazendo o que há de mais moderno dentro da disciplina. Para isso nós já temos confirmada a vinda de onze convidados internacionais do mais alto nível que vão nos dizer, dentro das diversas subespecialidades da Urologia, o que há de mais novo, mais consolidado, ajudando dessa forma, todos nós, a melhorar a prática. E o outro significado de fronteira é o entendimento desse termo também como interface. Vamos aproximar a SBU-SP de outras especialidades correlatas. Vamos realizar atividades em conjunto com as Sociedades de Ginecologia, de Cardiologia, de Geriatria, áreas cujas práticas se sobrepõem em muitos casos à Urologia.

BIU: No seu entender, quais são as perspectivas em relação à Urologia e ao urologista no Brasil?

Dr. Flavio Eduardo Trigo Rocha:

Apesar da situação atual, acho que são boas. A Urologia é uma especialidade bem ampla, que recebe muitos pacientes conforme a população envelhece. Como a população brasileira está envelhecendo e a cada dia há mais pessoas em idade em que precisam de tratamento urológico ou necessitam passar pelo urologista em caráter preventivo, a área de atuação da Urologia só tende a aumentar. Existe espaço para todos, mas temos que nos manter coesos para conseguirmos dar um atendimento cada vez melhor à população e para sermos valorizados profissionalmente.



Nossa entidade representa para os urologistas do Estado uma grande oportunidade de reciclagem do conhecimento, de defesa profissional e de apoio na luta por honorários médicos.

UROLOGIA

CONHEÇA TRÊS OPINIÕES SOBRE A
PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS ORAIS
EM URO-ONCOLOGIA.

O TEMA PROPOSTO PARA ESTA EDIÇÃO FOI ABORDADO POR TRÊS ESPECIALISTAS: ÓREN SMALETZ, MAURICIO MITTEMPERGHER E MARCUS SADI.



Marcus Sadi é professor livre-docente da Disciplina de Urologia da UNIFESP

Após a publicação do relatório Flexner em 1910, que definiu o conceito moderno de escolas médicas, o treinamento tornou-se baseado em hospitais e houve um estímulo para a criação de especialistas. [Duffy TP. The Flexner Report @ 100 Years Later. The Yale Journal of Biology and Medicine. 2011;84(3):269-276.]

A Urologia é uma especialidade muito antiga que nos EUA data de 1902 com a formação da AUA. No Brasil isso foi rapidamente copiado. A SBU já tem 90 anos. [<http://portaldaurologia.org.br/a-sbu/historia/>]

A partir dos anos 80, com a expansão do conhecimento e desenvolvimento de novas tecnologias, várias subespecialidades dentro da Urologia foram criadas. Segundo o atual censo da AUA, 40% dos urologistas norte-americanos têm treinamento específico em subespecialidades, sendo uro-oncologia a mais comum delas. [https://www.auanet.org/advnews/press_releases/article.cfm?articleNo=405].

A SBU não aceita a existência de subespecialidades, mas qualquer um de nós sabe que é praticamente impossível tornar-se um “expert” em todas as áreas atuais. Entretanto, isso não impede que a grande maioria dos urologistas brasileiros atue em várias subáreas de acordo com o seu interesse e treinamento.

Claro que nem todos os urologistas

estão aptos ou desejam, por exemplo, realizar uma pieloplastia em uma criança. Raros são aqueles que saberiam conduzir uma extrofia vesical. Mas isso não implica que esses casos sejam necessariamente encaminhados aos cirurgiões pediátricos porque são eles os profissionais que habitualmente lidam com crianças. Ao contrário, por ter um treinamento e dedicação exclusiva na respectiva subespecialidade, os uro-pediatras, salvo exceções, são os melhores profissionais para tratar estes pacientes. Acredito que o mesmo pode ocorrer na Oncologia.

Tudo está mudando muito rapidamente no campo da uro-oncologia incluindo diretrizes que são frequentemente atualizadas e oferecem orientação padronizada de condutas, algoritmos que as seguradoras utilizam para prever resultados e custos de tratamento e surgimento de grupos especializados que fornecem serviços integrados de tratamento.

Há menos de 10 anos quase todos os pacientes com tumores urológicos avançados eram tratados por via endovenosa em clínicas especializadas ou hospitalares. Do mesmo modo que procedimentos cirúrgicos complexos do passado tornaram-se simplificados e muitas vezes ambulatoriais, isso também está acontecendo na uro-oncologia com as novas drogas por via oral cujos exemplos principais são a abiraterona e enzalutamida para o

câncer da próstata resistente a castração (CPRC). Mas isso não é exclusividade nossa. Na Reumatologia houve uma revolução nos consultórios com o surgimento de drogas biológicas auto-injetáveis para artrite reumatoide. Os mais antigos lembrar-se-ão das úlceras gastro-duodenais.

Além disso, hoje estas drogas de maior custo são dispensadas pelos convênios ou outras vias e não são mais de controle exclusivo dos oncologistas clínicos, na medida em que houve entendimento de que a própria fonte pagadora controlaria a sua compra e uso.

Com o surgimento dessas drogas orais criou-se evidentemente vários novos questionamentos: Quem deve tratar esses pacientes? Qual a medicação inicial ideal? Qual a sequência ideal de tratamento? É fundamental a existência de um grupo multidisciplinar? Precisa existir um coordenador do grupo?

Idealmente a prática da uro-oncologia deveria ser realizada via uma abordagem multidisciplinar, que incluiria não só urologistas, oncologistas clínicos e radioterapeutas, mas também enfermeiras especializadas, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Nos EUA, o desenvolvimento das clínicas urológicas multiprofissionais é uma realidade. No Brasil, talvez isso só possa existir nos grandes centros urbanos.



Se todos os urologistas focarem seus conhecimentos exclusivamente no tratamento cirúrgico das patologias, o futuro nos reservará um papel de técnico, sem participação direta sobre a conduta e destino dos nossos pacientes.



Assim, como a maioria dos urologistas trabalha só ou em pequenos grupos, questiona-se se não é melhor prática encaminhar os pacientes com câncer urológico para o oncologista clínico, que seria o profissional mais bem equipado para coordenar o tratamento. [Hansen HH, Bajorin DF, Muss HB, et al. Ann. Oncol. 2004; 15:1603-1612.]

Várias justificativas são citadas: 1) as novas drogas orais também são tóxicas e os urologistas não têm o treinamento necessário e, portanto, não têm capacidade para lidar com o problema; b) urologistas não têm experiência em avaliar os resultados do tratamento oncológico e não sabem utilizar biomarcadores, pois este treinamento não faz parte dos programas de residência da especialidade; c) urologistas tendem a evitar associação de medicamentos (quando poderia ser adequado para este ou aquele caso) pois não compreendem interação de drogas e querem minimizar complicações; d) urologistas não estão acostumados a utilizar protocolos de tratamento.

Sem dúvida há fundamento em várias dessas assertivas. Óbvio que nem todos os urologistas estão aptos ou mesmo dispostos a manusear novas drogas, apesar do grande volume que estes pacientes representam dentro da especialidade, exatamente como em outras subáreas. O mesmo também ocorre na Oncologia Clínica. Prova disso é a existência de congressos específicos da própria ASCO como ASCO - geniturinário; ASCO - gastrointestinal ou ASCO - hematologia, entre outros.

Mas existe jurisprudência na especialidade [Moul JW, Evans CP, Gomella LG, et al. Urology. 2011;78(Suppl 5):S485-93]. Historicamente desenvolvemos e sempre participamos ativamente do tratamento hormonal do câncer da próstata. Resultados recentes sobre a atividade do urologista na prescrição de tratamento hormonal de segunda linha no CPRC na Europa indica que 39% dos urologistas espanhóis, 53% dos alemães e 80% dos ingleses estiveram envolvidos na orientação destes pacientes. [Ribal



Quem escolheu a Urologia por especialidade, por princípio tem predileção quase exclusiva por cirurgia.

MJ et al (2015), ID 186740, <http://dx.doi.org/10.1155/2015/186740>].

Não há novidade aqui. Já em 2003, 48% do uro-oncologistas norte-americanos demonstraram interesse em ministrar drogas endovenosas para CPRC [e receber dividendos por isso] [Crawford ED. Reviews in Urology. 2003;5(Suppl 2):S48-S52.

Quem escolheu a Urologia por especialidade, por princípio tem predileção quase exclusiva por cirurgia. Nos dias atuais, com o desenvolvimento de técnicas minimamente invasivas e robôs há um evidente atrativo para o urologista jovem focar predominantemente nos aspectos técnicos do tratamento das patologias.

Mas, o papel do urologista irá se modificar à medida que exista expansão de uso das drogas atuais e introdução de novos medicamentos. Um novo campo de imunologia dos tumores está se iniciando, capitaneado pelo rim e bexiga. Enzalutamida e abiraterona poderão estar indicadas no tratamento neo ou adjuvante do câncer da próstata localizado de alto risco. O mesmo poderá ocorrer com drogas imunoterápicas no câncer renal e vesical. Quem será o responsável pela decisão oncológica? O câncer da mama pode servir de exemplo.

Competência sempre será pré-requisito. Por isso precisamos estudar,

conhecer profundamente e participar do uso desses novos medicamentos orais. Caberá à SBU promover mecanismos que popularizem estes conhecimentos. Múltiplas vias de ação serão importantes; facilitadores de conhecimento, dentro da especialidade, deverão atuar. A SBU deverá promover uma maior ligação entre o médico da indústria e o urologista prescritor, para sanar dúvidas rapidamente. A SBU deverá ajudar na burocracia para a solicitação dos medicamentos e como receber pelo seu uso. Os serviços formadores de urologistas deverão se engajar ativamente na participação de protocolos medicamentosos com urologistas jovens, que serão a base futura para disseminar esses novos conhecimentos para os demais.

O salário médio do urologista norte-americano é o terceiro maior da Medicina e está ao redor de US\$350 mil/ano, atrás somente dos ortopedistas e cardiologistas. [<http://www.medscape.com/features/slideshow/compensation/2014/urology#2>]

Ainda assim, até 40% destes cirurgiões que lidam com câncer da próstata prescrevem enzalutamida e abiraterona. Não são todos, mas não é um percentual desprezível. Com critérios locais e seletos podemos copiá-los nas nossas práticas. [<http://www.businesswire.com/news/home/20120709005224/en/Surveyed-Medical-Oncologists-Urologists-Zytiga-Prescribed-Mcrpc>]. [<http://global.onclive.com/conference-coverage/lugpa-2015/physician-dispensing-of-abiraterone-and-enzalutamide-for-mcrpc-gains-appeal>].

Precisamos ter uma visão estratégica da nossa especialidade. Já fomos míopes no passado. Nesta área haverá uma expansão medicamentosa ainda mais dramática do que a ocorrida nos últimos 5 anos e penso que não podemos nos permitir passar ao largo dela.

Se todos os urologistas focarem seus conhecimentos exclusivamente no tratamento cirúrgico das patologias, o futuro nos reservará um papel de técnico, sem participação direta sobre a conduta e destino dos nossos pacientes.



Mauricio Mittempergher, diretor médico da MK Assessoria em Saúde, especialista em Administração de Empresas (FGV-SP) e em Autogestão em Saúde (FIOCRUZ-RJ)

A prescrição de medicamentos oncológicos, face ao seu alto custo, é tema em destaque junto aos gestores de Saúde, tanto Pública, quanto Suplementar. No Brasil, os gastos com Saúde Pública crescem na ordem de 17% ao ano e os gastos com medicamentos em mais de 130% ao ano (<http://portalsaude.saude.gov.br>). Na Saúde Suplementar, alguns tratamentos oncológicos chegam a custar R\$ 60 mil mensais. (www.apm.org.br – “Alto Custo de Medicamentos Prejudica Oncologia” 23.09.15). E esse cenário se repete ao redor do mundo. Na França, 10 % dos gastos com Saúde correspondem a tratamentos oncológicos (Lancet Oncol 2014; 12:933-80).

A Política Nacional de Atenção Oncológica, que cuida da prevenção, do diagnóstico e do tratamento do câncer, foi estabelecida no Brasil com a publicação da Portaria 2439 do Ministério da Saúde (2008). Por meio de um sistema articulado entre Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a Rede de Atenção Oncológica segue Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde através de portarias.

No Estado de São Paulo, a Rede é composta por 74 estabelecimentos de saúde habilitados, entre eles quinze CACONs (Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), cinquenta UNACONs (Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia), seis Hospitais Gerais e três Serviços Isolados de Radioterapia. A estes estabelecimentos compete a aquisição, dispensação e administração desses medicamentos. Já na Saúde Suplementar, por determinação da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, através da Lei 12.880/2013, tratamentos antineoplásicos de uso oral passaram a fazer parte do rol de itens cobertos pelas Ope-

radoras Privadas de Planos de Saúde, que atualmente atendem cerca de 50 milhões de usuários. Hoje os medicamentos orais cobertos pela Saúde Suplementar em tratamentos de tumores de próstata, testículo e rins são:

PRÓSTATA
ACETATO DE ABIATERONA, BICALUTAMIDA, DIETILETILBESTROL, FLUTAMIDA.
TESTÍCULO
ETOPOSÍDEO.
RIM/ SUPRARRENAIS
MITOTANO, PAZOPANIBE, MALATO DE SUNITINIBE.

Desde maio de 2015 a ANS ampliou a cobertura de tratamento aos pacientes com câncer, através da Resolução Normativa 349, para oito grupos de medicamentos de controle de efeitos colaterais e adjuvantes relacionados ao tratamento quimioterápico, oral ou venoso. Passaram a ser cobertos pelos Planos de Saúde medicamentos que busquem terapias para:

- Anemia, com estimuladores da eritropoiese
- Profilaxia e tratamento de infecções
- Diarreias
- Dores neuropáticas
- Profilaxia e tratamento de náuseas e vômitos
- Profilaxia e tratamento de neutropenia
- Profilaxia e tratamento do rash cutâneo e
- Profilaxia e tratamento do tromboembolismo

Estas alterações recentes no financiamento desses tratamentos abre uma

nova realidade, tanto para os pacientes, quanto para os seus prescritores.

O tratamento oncológico é sempre muito individualizado, seja ele curativo ou paliativo, e na Oncologia é extremamente recomendado que seja multidisciplinar, envolvendo médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e, em casos específicos, biomédicos e dentistas. Cada tipo de câncer tem um tratamento específico: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e outras possibilidades que incluem tratamentos combinados entre os exemplos citados.

Historicamente, após a abordagem cirúrgica ou em casos onde o ato operatório não está indicado, cabe aos Oncologistas Clínicos a responsabilidade pela prescrição de drogas quimio-



O tratamento oncológico é sempre muito individualizado, seja ele curativo ou paliativo, e na Oncologia é extremamente recomendado que seja multidisciplinar.



rápicas (infusões ou terapias orais). É de se entender que a visão mais generalista destes profissionais favorece o manejo das drogas e do controle de seus efeitos colaterais e outras alterações metabólicas advindas da doença base e do estado geralmente debilitado desses pacientes.

Temos percebido que esta situação está aos poucos mudando. Cada vez mais cirurgiões especialistas têm sido prescritores de medicamentos oncológicos. Seja pelos avanços tecnológicos e da medicina que reduziram a quantidade de indicações de procedimentos cirúrgicos, seja pelo simples entendimento das novas oportunidades terapêuticas.

Não existe nenhum impeditivo legal ou determinação para que a condução dos tratamentos seja de uma ou outra especialidade e para nós, gestores de Saúde, o que deve prevalecer são os interesses dos pacientes e a viabilidade econômica das ações de Saúde. A re-

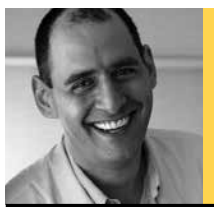
lação médico-paciente deve ser preservada e valorizada, cabendo ao paciente decidir pelo profissional que responderá pela condução de seu tratamento.

É claro que a busca de qualificação profissional deve ser uma constante e apenas através dela os interesses dos pacientes estarão garantidos.

A pesquisa clínica, em estudos multicêntricos internacionais (e não patrocinados diretamente pela indústria, que em certos casos remuneram os autores, caracterizando conflitos de interesse), a ênfase em drogas realmente inovadoras, o empoderamento das agências reguladoras e a garantia de precificação razoável e uniforme (que mantenha incentivos para financiamento de pesquisas e por outro lado garanta a viabilidade financeira de um sistema de saúde que a cada inovação agrega custos), são os desafios e os caminhos seguros para nortear as nossas próximas ações.



Cada vez mais cirurgiões especialistas têm sido prescritores de medicamentos oncológicos.



Óren Smaletz – Oncologista Clínico, Coordenador da Pesquisa Clínica em Câncer e Membro do Comitê Gestor do Centro de Oncologia e Hematologia do Hospital Israelita Albert Einstein



Quem escolheu a Urologia por especialidade, por princípio tem predileção quase exclusiva por cirurgia.

Há certos assuntos que são consenso, onde não há discussão. Por exemplo: quem deve fazer uma prostatetomia radical ou uma nefrectomia radical? A resposta imediata é que esta tarefa deve ser realizada pelo cirurgião. A discussão pode ir além e prosseguir se este deve ser um urologista ou um cirurgião oncológico, mas voltamos novamente à primeira resposta: sempre um cirurgião, alguém que saiba operar e que o faça da melhor maneira possível para o/a paciente. Outros exemplos se seguem nesta linha, como quem deve operar uma hérnia de disco lombar: o ortopedista ou o neurocirurgião? Quem deve fazer uma cirurgia delicada na mão de um paciente poli-traumatizado: o ortopedista ou o cirurgião plástico que se especializou nesta área?

Mas há certas áreas onde especialidades cirúrgicas e clínicas podem desempenhar papéis semelhantes: antigamente, úlcera péptica gástrica ou duodenal eram sinônimos de tratamento cirúrgico. Com o advento dos inibidores de bomba de hidrogênio (omeprazol, esomeprazol, pantoprasol), o tratamento farmacológico da úlcera péptica virou o tratamento padrão e por serem medicações de fácil manuseio, tanto gastro-cirurgiões como gastro-clínicos hoje podem tratar os pacientes de maneira bem adequada.

Mas a coluna Ponto de Vista desta edição do BIU trata de um assunto oncológico: quem deve prescrever, e mais importante, quem deve fazer o acompanhamento dos pacientes com câncer de próstata ou renal avançado que têm indicação de fazer uso de agentes orais?

O assunto fica ainda mais interessante por vários motivos. O primeiro é que se trata de medicações que foram aprovadas pela ANVISA há aproximadamente 10 anos, que é o caso de sorafenibe (NEXAVAR®) e sunitinibe (SUTENT®) para o tratamento do câncer renal metastático. Por serem medicações só há pouco tempo disponíveis, raros são os médicos (oncologistas e urologistas) que foram expostos, durante os seus anos de treinamento, a pacientes que tomavam estas medicações e muitos desconhecem os mecanismos de ação e o manuseio de efeitos colaterais. Por serem drogas antiangiogênicas, efeitos colaterais como hipertensão arterial, sangramentos, distúrbios tromboembólicos, síndrome mão pé começaram a ser rotina nos consultórios. Alguns anos mais tarde, a ANVISA aprovou o uso de everolimus (AFINITOR®), um inibidor de mTOR (alvo da rapamicina mamário) e outros efeitos colaterais passaram a ser preocupação, como estomatite, pneumonite, hiperglicemia e hipertrigliceridemia. Mais tarde, houve a aprovação do pazopanibe (VOTRIENT®) e somente este ano a aprovação do axitinibe (INLYTA®). Assim, a atualização no manejo do tumor renal com drogas orais ficou desafiadora, ainda mais com a expectativa de duas novas drogas orais recentemente aprovadas pelo FDA, o cabozantinibe (COMETRIQ®) e o lenvatinibe (LENVIMA®), ainda sem aprovação pelas autoridades brasileiras, mas com um perfil de toxicidade mais preocupante. As medicações acima costumam ser bem toleradas, mas podem apresentar efeitos colaterais graves (grau 3-4) numa proporção que varia de 20-71%, requerendo que o médico que acompanha o paciente esteja preparado para manejar o efeito colateral e talvez reduzir a dose.

Outro ponto que torna esta discussão interessante é o fato de que são medicações de alto custo. Isto fez com que seu acesso ficasse limitado a poucos pacientes no início, pois a burocracia para conseguir prescrever tais medicações era enorme. Muitos urologistas

desistiram de prescrever estas medicações pela dor de cabeça que existia para o acesso a elas. Felizmente, tanto para tumores renais como para tumores de próstata as barreiras burocráticas melhoraram após a resolução normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) a partir de 2013/2014, recentemente editada. Enquanto o uso de antineoplásicos orais é de certa forma uma novidade para o tratamento dos tumores renais, há vários anos os urologistas estão acostumados com o uso de agentes orais para o tratamento de câncer de próstata, como a flutamida (EULEXIN®), bicalutamida (CASODEX®), ciproterona e DES.

O que mudou no cenário do tra-

tamento do câncer de próstata avançado é a aprovação recente de duas novas drogas orais: a abiraterona (ZYTIGA®) e de enzalutamida (XTANDI®). São duas medicações que estão aprovadas para os pacientes com câncer de próstata metastático e resistente a castração (mCRPC). Enquanto a abiraterona tem o seu mecanismo de ação na síntese dos andrógenos, a enzalutamida tem o seu mecanismo de ação a nível do receptor nuclear do andrógeno, ambos com ações mais potentes que os seus antecessores, o cetocanzole e a bicalutamida, respectivamente. No princípio, tais medicações estavam aprovadas somente após o uso de quimioterapia para os pacientes, e isto privou os urologistas de prescreverem tais medicamentos. Contudo, a aprovação para pacientes com mCRPC num período pré quimioterapia se deu após alguns poucos anos e hoje já é realidade no Brasil, tornando possível o uso de abiraterona e de enzalutamida mesmo antes do encaminhamento do urologista ao oncologista.

Mais uma vez, são medicamentos de alto custo e a burocracia para acesso a estas medicações diminui muito com a revisão das resoluções da ANS. Do ponto de vista de tolerabilidade, são remédios muitas vezes tranquilos de serem administrados, mas os estudos pivotais apontam taxas de efeitos adversos graves (Grau 3-4) na faixa de 45% dos pacientes. Efeitos como fadiga, retenção de fluidos, eventos cardiovasculares são de preocupação com estas medicações, mas geralmente de baixo grau de severidade.

Em suma, tanto o oncologista como urologista podem ser os que prescrevem e os que monitoram os pacientes com tumores de próstata e de rim que fazem uso de agentes antineoplásicos orais. Porém, o mais importante é que seja feito pelo profissional que possa identificar os desafios e possa prover o bem-estar do paciente durante o tratamento. Vale a pena lembrar que em países como a Alemanha, que faz quimioterapia para tumores de próstata e de testículo, são os próprios urologistas!



Tanto o oncologista como o urologista podem ser os que prescrevem e os que monitoram os pacientes com tumores de próstata e de rim que fazem uso de agentes antineoplásicos orais.



SERVIÇOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

COMO SÃO OS SERVIÇOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM UROLOGIA NA FACULDADE DE MEDICINA DO ABC E NO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL DE SÃO PAULO

Continuamos a traçar um perfil dos serviços de Residência Médica em Urologia no Estado de São Paulo, sempre na visão particular dos chefes de residências médicas e seus residentes mais graduados. Neste número apresentamos os serviços de residência de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC (FMABC) - representado pelos Drs. Carlos Alberto Bezerra (regente da Disciplina de Urologia), Prof. Dr. Sidney Glina (coordenador da Urologia na Pós-Graduação), Dr. Antônio Corrêa Lopes Neto (responsável pelo Programa de Residência Médica) e Dr. Rafael Rocha Tourinho Barbosa (residente de Urologia) - e do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM) - representados por Dr. Alexandre Crippa (responsável pelo Programa de Residência Médica) e Dr. Diego Barbosa Garofo Stabile Moura e Drs. Wellington Rodrigues Porciuncula

Júnior e José Vinicius de Moraes (residentes de Urologia).

O Dr. Crippa faz um breve resumo histórico do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, que inicia suas atividades nos anos 1930. Embora careça de registros, é provável que as atividades em Urologia no HSPM tenham se iniciado em meados dos anos 1960, período em que a especialidade começou a se sedimentar verdadeiramente no país. A partir de meados dos anos 1970, mais precisamente no biênio 1976/1977, se estabelece como Residência Médica, visto que até então gozava do status de estágio, sob a tutela do Dr. Alfredo Duarte Cabral, a época presidente da SBU-SP.

Os pontos que precisam ser melhorados no serviço de residência da FMABC são decorrentes dos obstáculos encontrados na saúde pública, principalmente na obtenção/manutenção de equipamentos e tecnolo-

gia. A qualidade e disponibilidade de alguns dos exames de imagem também poderiam melhorar, segundo o Dr. Antônio Corrêa.

A descentralização do serviço, com distribuição dos residentes em diversos hospitais, se mostra desconfortável, bem como a ausência de Robótica, segundo o Dr. Rafael Rocha. Ele também comenta que está preparado para exercer a Urologia em sua forma plena, não só em qualquer lugar do Brasil, mas do mundo. O Dr. Rocha tem como objetivo pessoal a especialização em Cirurgia Minimamente Invasiva, com foco na Videolaparoscopia que, embora muito forte na nossa Residência, precisa ser aprimorado para as grandes cirurgias, principalmente as pélvicas, e na Robótica.

Os residentes do HSPM comentam que existem pontos que precisam ser melhorados em seu Serviço de Residência, como um maior nú-

NA OPINIÃO DOS REPRESENTANTES DA FMABC, OS PONTOS DE DESTAQUE DO SEU SERVIÇO DE RESIDÊNCIA SÃO:

- 1 Seguir rigorosamente as recomendações da SBU e do MEC e manter a Residência dentro das normas estabelecidas pela instituição, o que traz credibilidade e segurança aos jovens que optam por realizar sua formação em nosso serviço;
- 2 Dispor de um staff de assistentes qualificados e envolvidos na formação dos residentes. Isso forma uma massa crítica muito valiosa e permite aos residentes ter visões, técnicas e opiniões diversas;
- 3 Os residentes podem exercer suas atividades em vários campos de atuação, tendo contato com todas as subáreas da Urologia, incluindo transplante renal, microcirurgia, infertilidade, endourologia e laparoscopia, além das tradicionais. No último ano de Residência, passam trinta dias em algum Serviço de Urologia no exterior, como observadores;
- 4 Ao término de sua formação, todos têm a oportunidade de realizar pós-graduação (mestrado e doutorado) no Programa de Pós-Graduação e alguns podem ser absorvidos, como preceptores de ensino e assistentes;
- 5 A disponibilidade de material é outro ponto forte. Temos acesso durante a Residência a material de Endourologia para realização de cirurgias percutâneas com diferentes fontes de energia, disponibilidade de ureteroscópio semirrígido e flexível, sem restrições. O serviço dispõe também de material para sling feminino, prótese peniana, material para enxerto para correção de curvatura peniana, moderno material de Laparoscopia e Microcirurgia, aparelhos de Urodinâmica, material para realização de biópsia de próstata guiada por ultrassonografia transretal, dentre outros. Os residentes ficam distribuídos em diferentes hospitais, o que possibilita o atendimento de um grande número de pacientes e, conseqüentemente, grande volume cirúrgico. Permite, ainda, exposição a diferentes realidades no que concerne ao perfil do paciente e à disponibilidade de material;
- 6 No campo acadêmico, a Residência realiza reuniões semanais com discussão de casos, artigos, "guidelines", "Journal Club" mensal, promoção de cursos teórico-práticos de Endourologia, Microcirurgia e Videolaparoscopia pela Disciplina em laboratórios apropriados e incentivo à produção bibliográfica.

NA VISÃO DOS REPRESENTANTES DO HSPM, O SERVIÇO DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM UROLOGIA TEM VÁRIOS PONTOS POSITIVOS, PORÉM NENHUM DELES ACONTECERIA SEM A UNIÃO E O COMPROMETIMENTO DOS ASSISTENTES E DO PRECEPTOR DR. NELSON GASPAR DIP JUNIOR AO SERVIÇO.

- 1 Aulas teóricas e discussão de artigos semanalmente;
- 2 Visita magna semanalmente;
- 3 Grande volume de pacientes atendidos;
- 4 Pronto-socorro aberto ao SUS;
- 5 Material endoscópico e laparoscópico de boa qualidade e condizente com as práticas urológicas modernas;
- 6 Serviço de Urodinâmica voltado à Residência Médica;
- 7 Supervisão de assistentes e preceptoria contínuas;
- 8 Corpo clínico constituído em sua maioria por Doutores.

mero de cirurgias laparoscópicas e microscópicas, além de aprimoramento da logística do Centro Cirúrgico.

No âmbito da formação teórico-prática, a SBU cumpre seu papel, segundo os serviços da FMABC e HSPM, destacando-se os congressos de excelente qualidade, diretrizes, cursos de aprimoramento e confecção de material didático, como livros e separatas e a prova de Título de forma estagiada. Foram destacados, também, as visitas aos Programas de Residência Médica, ato fundamental para verificar a qualidade da formação que se está oferecendo e, conseqüentemente, observar que profissional será "lançado" no mercado, segundo o Dr. Antônio Corrêa. A título de sugestão, o Dr. Rafael assinala que a SBU poderia ter uma maior parceria e disponibilidade de Bolsas de Estudo no exterior, que seriam conquistadas pelos residentes via concurso.

Finalizando, a FMABC parabeniza o BIU pela excelente iniciativa de abrir este espaço para os Serviços de Residência expressarem suas ideias e opiniões.

VALIDADE JURÍDICA DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO DO PACIENTE: O QUE O UROLOGISTA PRECISA SABER



Dr. Marcus Vinicius Bachiega - Magistrado no Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo e professor de Direito Penal e Processual Penal da Faculdade Itiana de Botucatu, mantida pela Instituição Toledo de Ensino



O Conselho Federal de Medicina regulamentou o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) nas Resoluções CFM nºs 1.638/2002 e 1.821/2007, visando, em resumo, atender à demanda do mundo digital de segurança e de confiabilidade das informações. Aliás, pode-se dizer que o fez tardiamente, uma vez que pelo menos desde o início da década de 1990 o arquivamento eletrônico de informações e documentos se difundiu em órgãos públicos e privados. A título de comparação, nos Estados Unidos, a partir de 1997, aproximadamente 70% dos hospitais com mais de cem leitos já disponibilizavam esse documento no formato eletrônico.

O artigo 1º da Resolução CFM nº 1.638/2002 define o prontuário médico (do paciente) como “o documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos

e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo”.

Por se tratar de documento que revela a prestação de serviços médicos e hospitalares ao paciente, é evidente que há aspectos jurídicos a serem tratados nessa seara. Como sabido, o artigo 87 do Código de Ética Médica determina ao médico a elaboração do prontuário do paciente. Todavia, as Resoluções supracitadas não impõem a realização do PEP, ou seja, a confecção do prontuário do paciente em meio eletrônico é uma faculdade do médico e do estabelecimento hospitalar. O prontuário do paciente, em razão do seu conteúdo, é documento extremamente importante em processos judiciais cuja demanda tenha como pano de fundo a prestação de serviços médicos e hospitalares, seja a pretensão de

cobrança desses serviços, seja a pretensão da apuração da responsabilidade civil por eventual erro médico, imperícia ou má prestação. Serve, portanto, tanto ao demandante como ao demandado.

A propósito, o artigo 5º, inciso XXXIII, da Constituição Federal de 1988, estabelece, entre os direitos e garantias fundamentais, que “todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.” Logo, o paciente deve ter acesso ao seu prontuário, independentemente de ordem judicial. Do contrário, segundo o artigo 88 do Código de Ética Médica, haverá infração ética. Vale essa regra para o prontuário eletrônico, cuja cópia poderá ser fornecida pelo mesmo meio.

Registre-se que aos familiares do paciente, quando este não puder seu consentimento, igualmente precisa ser franqueado administrativamente (sem ordem judicial) o prontuário, uma vez que, de acordo com a jurisprudência dos Tribunais, o disposto no artigo 73 Código de Ética Médica veda ao médico “revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente, não condicionando o motivo justo à apresen-

tação dos documentos apenas por requisição judicial (grifo nosso)". Assim, o sigilo desse documento não justifica a recusa porque presente o motivo justo, isto é, a defesa de direitos do paciente e de seus herdeiros ou representantes legais. Apenas como ilustração, vejamos a ementa do seguinte julgado recente do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo:

APELAÇÃO. AÇÃO CAUTELAR DE EXIBIÇÃO DE DOCUMENTOS. PRONTUÁRIO MÉDICO. Pleito formulado pela filha do paciente falecido. Cabimento. O sigilo estabelecido pelo Código de Ética Médica não pode constituir um óbice capaz de ferir os direitos dos herdeiros. Recusa de exibição do documento pela via administrativa que se mostra injustificada. Verbas sucumbenciais que devem ser suportadas integralmente pela apelante, em razão da aplicação do princípio da causalidade. Precedentes jurisprudenciais. Sentença mantida. RECURSO NÃO PROVIDO. (Relatora: Rosângela Telles; Comarca: São Paulo; Órgão julgador: 2ª Câmara de Direito Privado; Data do julgamento: 15/12/2015; Data de registro: 15/12/2015).

Ressalvam-se as situações da Resolução CFM nº 1.605/2000, a qual regulamenta a revelação do prontuário do paciente em procedimentos criminais e recomenda, em caso de dúvida, a consulta ao Conselho de Medicina.

Superada essa questão, devemos ressaltar que o PEP, de maneira idêntica ao elaborado em papel, é prova juridicamente válida. O artigo 369 do atual Código de Processo Civil (Lei nº 13.105/2015) fixa que "as partes têm o direito de empregar todos os meios legais, bem como os moralmente legítimos, ainda que não especificados neste Código, para provar

a verdade dos fatos em que se funda o pedido ou a defesa e influir eficazmente na convicção do juiz." É certo que entre os meios legais e moralmente legítimos está o PEP, que, como visto, tem regulamentação adequada pelo Conselho Federal de Medicina. Outrossim, o Código Civil admite plenamente os documentos eletrônicos ou digitais como prova:

Art. 225. As reproduções fotográficas, cinematográficas, os registros fonográficos e, em geral, quaisquer outras reproduções mecânicas ou eletrônicas de fatos ou de coisas fazem prova plena destes, se a parte, contra quem forem exibidos, não lhes impugnar a exatidão.

A vantagem é que o PEP, se tiver autoria identificada por qualquer meio legal de certificação (eletrônica ou digital), terá presunção de autenticidade (artigo 411, inciso II, do Código de Processo Civil). A Resolução CFM nº 1.821/2007, em boa hora, disciplinou a assinatura digital no PEP. Além disso, considerando que desde março de 2006 o processo judicial, por força da Lei nº 11.419/2006, vem sendo informatizado, a ponto de nos dias atuais ser quase totalmente digital nos principais Tribunais do país, o formato do PEP terá plena compatibilidade.

De outro lado, não podemos olvidar que o PEP, por ser digitado e padronizado, evita a corriqueira dificuldade dos leigos, inclusive magistrados, acerca compreensão dos escritos de próprio punho e das expressões peculiares do

ambiente médico, o que pode levar a conclusões equivocadas.

Finalmente, é relevante abordarmos o prazo de guarda do prontuário do paciente, com vistas ao prazo prescricional das ações judiciais, é dizer, o prazo em que uma ação judicial pode ser ajuizada pelo interessado.

A ação de reparação civil de danos prescreve ordinariamente em três anos (artigo 206, parágrafo 3º, inciso V, do Código Civil). Já a ação de cobrança de dívida líquida (de valor certo) constante de instrumento público ou particular e a ação de cobrança honorários médicos prescrevem em cinco anos, contados, neste último caso, do término dos serviços (artigo 206, parágrafo 5º, incisos I e II, do Código Civil). Fora dessas hipóteses, o prazo prescricional é de dez anos (artigo 206, caput, do Código Civil). Porém, não devemos descurar que o prazo prescricional não tem curso quando afeta direito de incapazes (menores de 16 anos e enfermos ou deficientes), até que a causa da incapacidade cesse.

Destarte, podemos afirmar que seria temerário apontar um prazo exato para a guarda do prontuário do paciente. A Resolução CFM nº 1.821/2007 determina o prazo mínimo de vinte anos, a partir do último registro, para a preservação dos prontuários dos pacientes em suporte de papel que não foram arquivados eletronicamente em meio óptico, microfilmado ou digitalizado. Mesmo os prontuários arquivados em meio físico poderão ser digitalizados, conforme a Resolução acima. Daí outra virtude do PEP, haja vista que deverá ser armazenado indefinidamente em sistema informatizado (artigo 7º da Resolução CFM nº 1.821/2007), o que facilitará a defesa de direitos do próprio paciente, do médico e do estabelecimento hospitalar.



A confecção do prontuário eletrônico do paciente é uma faculdade do médico e do estabelecimento hospitalar.

CARLOS JOSÉ BOTELHO, ESTADISTA E PERCURSOR DA UROLOGIA PAULISTA

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

Carlos José Botelho (1855-1947) nasceu em Piracicaba (São Paulo) no dia 14 de maio de 1855. Era filho primogênito do coronel Antonio Carlos de Arruda Botelho, conde de Pinhal, e Francisca Teodora de Arruda Botelho. Passou a sua infância na Fazenda do Pinhal, no solar da família, e realizou seus estudos primários e colegiais na sua cidade natal e em Itu.

Iniciou o curso de medicina na Faculdade Nacional de Medicina, na cidade do Rio de Janeiro, cursando até o 2º ano. Estudou em Montpellier e Paris, onde obteve o título de doutor em medicina, em 1878. Posteriormente fez estágios de especialização em cirurgia geral e urologia. Retornando a São Paulo, após revalidar o diploma de médico, iniciou suas atividades na Santa Casa de Misericórdia, que funcionava na rua da Glória, no bairro da Liberdade, até se mudar em 1884 para o prédio atual, em estilo gótico, em Santa Cecília.

Carlos Botelho possuía profunda formação cultural e técnica oriundas da escola francesa, de grande prestígio no século passado. Assim, introduziu nos hospitais de São Paulo o que aprendera na França e tudo o que havia de mais moderno na época sobre a arte operatória. Foi o primeiro a operar no Brasil, com sucesso, um caso de bócio.

Cirurgião de classe, possuía valiosos recursos técnicos, ao lado de grande audácia profissional. Sistematizou a antissepsia e a assepsia operatórias, normatizando suas rotinas. Ao lado de Nicolau Vergueiro, seguidor da disciplina da escola alemã, passou a figurar como um dos cirurgiões mais brilhantes e reconhecidos do corpo clínico da Santa Casa. Arnaldo Vieira de Carvalho, um dos grandes cirurgiões de seu tempo, foi um de seus mais brilhantes discípu-



Carlos José Botelho



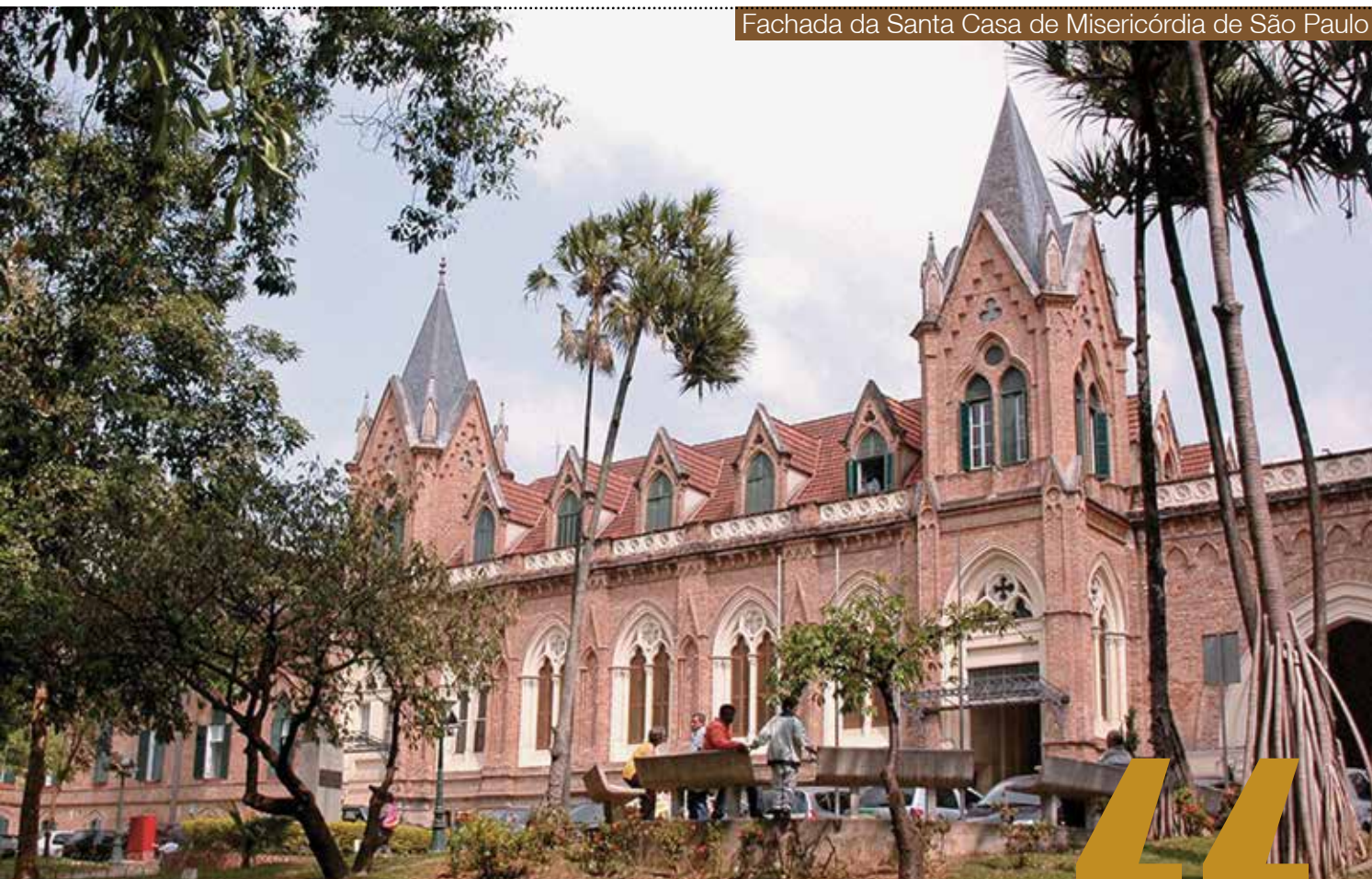
Sistematizou a antissepsia e a assepsia operatórias, normatizando suas rotinas.

los. Carlos José Botelho foi o primeiro diretor clínico da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e cofundador da Policlínica de São Paulo, custeando durante vários meses todas as despesas dessa instituição. Na rua do Gasômetro, localizada no Brás, instalou a “Casa de Saúde Dr. Botelho”, provida de todo o aparelhamento e dos recursos terapêuticos da época.

Foi também um dos sócios fundadores da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo (1895), que, a partir de 1954, passou a se chamar Academia de Medicina de São Paulo, sendo seu segundo presidente, entre 1896 e 1897. Em 1897, apresentou nessa entidade valioso trabalho sobre os problemas da sutura da bexiga e dos curativos pós-operatórios. Estimulou, como poucos, todos os impulsos do progresso, dentro e fora da esfera médica. Mas o dinamismo de Botelho, assinalou o professor Almeida Prado, e a sua sofreguidão em tudo especular, conhecer e abarcar, não se compadeciam com a clausura da vida médica. “A clínica é uma gaiola para suas asas. Procurou a política, sendo senador e secretário de Estado”.

Estadista de larga visão, introduziu em nosso meio a cultura do arroz por processos de irrigação. Iniciou o saneamento de Santos, eliminando os brejos e abrindo canais de desembocadura para o mar. Enriqueceu a lavoura com modernos métodos de agricultura, construindo, em Piracicaba, a Escola Agrícola, em terras doadas ao estado pelo dr. Luís Antônio de Souza Queiroz. Organizou também a primeira estação agrícola e de zootecnia do Estado. Fundou, em 1892, o Jardim da Aclimação e o Zoológico de São Paulo, encantador oásis de verdura e de recreio implantado em pleno perímetro urbano.

Secretário da Agricultura de 1904 a 1908, no governo Jorge Tibiriçá, organizou várias ex-



posições regionais de animais, levando-as a efeito em Campinas, São Carlos, Batatais, Itapetininga e Pindamonhangaba. Nesse mesmo governo assinou o contrato pela chegada em, 18 de junho de 1908, do vapor Kasato Maru, trazendo 165 famílias japonesas, totalizando cerca de 790 pessoas. Em consequência, o governo do Japão prestou expressiva homenagem póstuma a Carlos Botelho, introdutor, no Brasil, da primeira leva de imigrantes daquele país. Dedicou-se à Urologia, sobretudo ao tratamento da calculose urinária e suas complicações. Praticou, em São Paulo, a operação da “talha hipogástrica” com a retirada de um cálculo vesical de 13 quilos em um menino de 12 anos. No dizer do antigo urologista paulista Costa Manso, Carlos Botelho foi, sem dúvida, o pioneiro da urologia paulista, “o mais hábil especialista em questões urinárias; o nome unanimemente indicado para a regência da cátedra de vias urinárias das várias escolas médicas projetadas naqueles passados tempos”.

Por ocasião da inauguração do busto do dr. Carlos José Botelho no Jardim da Aclimação, em São Paulo, no dia 14 de maio de 1955, o dr. Ayres Netto proferiu belas palavras a respeito do ilustre paulista, ressaltando que toda a sua vida fora sempre salpicada, aqui e ali, de triunfos e aplausos de seus contemporâneos. Abandonou a vida pública e retornou à sua profissão médica, prestando relevantes serviços à comunidade. Possuidor de lavoura, contribuiu para o grande surto agrícola que São Paulo experimentou a partir do começo do século XX.

Pela influência que longamente exerceu no meio médico paulista e pelo seu dinamismo e valioso trabalho que soube executar, mereceu do grande público reconhecimento e consagração. Carlos José Botelho faleceu em 20 de março de 1947, aos 92 anos incompletos, em sua propriedade agrícola, no município de São Carlos. Seu nome é honrado com a patronímica da cadeira nº 55 da augusta Academia de Medicina de São Paulo.



No dizer do antigo urologista paulista Costa Manso, Carlos Botelho foi, sem dúvida, o pioneiro da urologia paulista e o mais hábil especialista em questões urinárias.

BOAS ONDAS!

CONTATO COM A NATUREZA, NECESSIDADE DE UM BOM CONDICIONAMENTO FÍSICO E AS DELICIOSAS SENSações QUE PROPORCIONA FAZEM DO SURF UM ESPORTE QUE PODE SER PRATICADO EM QUALQUER IDADE

Dr. Alex Meller, médico assistente da Disciplina de Urologia da UNIFESP/EPM, vice chefe do Grupo de Endourologia e Litíase Renal e coordenador do Departamento de Endourologia da SBU (2016/2017)



Desde criança sempre frequentei a praia. Meu avô tinha um pequeno apartamento na Praia Grande, litoral sul de São Paulo, e durante muitos anos esse foi nosso único destino nas férias de verão. Como sempre fui muito ativo (ou talvez agitado) não conseguia ficar sentado na areia vendo o tempo passar e, sendo péssimo no futebol, prática que atraía a maioria dos garotos que buscavam diversão na praia, comecei a pegar “jacarés”. No início com o corpo, depois com a prancha de isopor (marca Yopa, alguém lembra?) e, finalmente, com uma prancha de fibra de vidro que tomei “emprestada” do meu tio. Nessa época tinha doze anos.

Em trinta anos de ondas, aprendi muitas coisas. Uma das mais importantes é ter apoio ou orientação desde o começo. Naquela época o surf era considerado um “sub-esporte”, apenas praticado por “vagabundos” de praia ou drogados. Não existiam escolas de surf, ídolos nacionais ou programas de televisão especializados. As dicas vinham de outros surfistas mais velhos, que nem sempre tinham interesse em passa-las a iniciantes - pois seria mais um dividindo as ondas - ou de revistas de surf ainda incipientes, difíceis de achar nas bancas (sem contar a falta de dinheiro...). Esse panorama histórico retardou meu desenvolvimento no esporte e passaram-se ao menos 15 anos para que eu pudesse finalmente dizer: “agora sei surfar”.

Portanto, se você ou seus filhos desejam aprender o esporte, recomendo fortemente tomar aulas no litoral de São Paulo. Nas praias de ondas mais calmas existem diversas “escolinhas” conduzidas por surfistas - muitas vezes ex-profissionais - que oferecem cursos e aulas a beira mar. As atividades normalmente incluem teoria e prática (“hands on”) usando pranchas grandes com boa flutuação, que facilitam os primeiros passos no esporte. Se por algum motivo você não tem a possibilidade de frequentar esses cursos, recomendo que compre a primeira prancha de tamanho grande, os chamados funboards ou longboards - pode ser usada mesmo - para aprender a ficar em pé e deslizar nas ondas. Esse deve ser o início.

Após o primeiro passo dado, com muitas horas de água salgada e, obviamente, alguns caldos, você pode evoluir para uma prancha menor e tentar as primeiras manobras. Normalmente o início é mais fácil se for feito



**Se você ou
seus filhos
desejam aprender
o esporte,
recomendo
fortemente tomar
aulas no litoral
de São Paulo.**

em ondas pouco cavadas, com as encontradas em praias como Guarujá, Baleia e Itamambuca, que permitem uma evolução mais rápida no esporte do que as chamadas ondas buraco, como as de Maresias, Praia Vermelha do Norte, Praia do Tombo, Paúba e Barra da Tijuca, para citar algumas do eixo São Paulo – Rio.

Normalmente o período de verão tem as melhores ondas para o aprendizado e a temperatura da água é mais convidativa, mas após os primeiros passos, provavelmente você irá adorar surfar no inverno, quando ocorrem as maiores ondulações e, com elas, as ondas mais desafiadoras.

Outro aspecto que gostaria de enfatizar é o contato com a natureza que o surf possibilita, pois, diferente dos esportes de quadra, ele necessariamente é praticado ao ar livre, em meio ao ambiente natural.

A relação surf-natureza é intensa e íntima. Para surfar é preciso aprender sobre as marés, ondulações, vento e passar horas no mar, onde é possível avistar tartarugas marinhas, peixes diversos, golfinhos e toda a diversidade de vida marinha em seu habitat.

PREPARO FÍSICO

Realmente é uma experiência única e talvez explique porque, nós, os surfistas, dificilmente paramos de “pegar ondas” com o envelhecimento. Mas aqui vem um importante aviso: o esporte requer muito preparo físico (além de saber nadar, claro), pois é preciso ter força para remar, ultrapassar a arrebentação, ficar em pé na prancha e fôlego para resistir aos inevitáveis caldos. Com o passar dos anos percebi que necessitaria me exercitar regularmente durante a semana para poder continuar o esporte que amo, pois, como moro longe da praia, surfar apenas aos finais de semana não manteria meu condicionamento físico. Se você tem a vantagem de morar numa cidade com praia, tente praticar o esporte o maior número de dias possível.

DE “CARA LIMPA”

Quanto às drogas, e acho importante abordar também esse ponto, caso você seja mãe ou pai, como eu, fique tranquilo pois a praia não fará de seu filho um “maconheiro”. Lembro quando era adolescente (e surfista) que condenávamos os amigos que bebiam e usavam drogas, pois eles não conseguiriam acordar às 6 da manhã para surfar (como faço até hoje). O esporte exige “cara limpa”, pois o mar cobra quem não estiver preparado ou na sua melhor condição física. Acredito que a orientação e o exemplo em casa sejam a melhor forma de prevenção desse mal. Hoje os grandes ídolos do surf, como Gabriel Medina, Adriano de Souza e Kelly Slater, são notoriamente contra as drogas e o álcool. E sempre são reconhecidos pela mídia por levarem vidas tranquilas e focadas em saúde. Portanto, os

exemplos para as crianças não poderiam ser melhores.

Para terminar, penso que como em qualquer esporte de aventura existem riscos, mas os benefícios do contato com a natureza, o condicionamento físico necessário e as deliciosas sensações que o surf proporciona são as grandes vantagens desse esporte. Deslizar na água em cima de uma superfície instável é um prazer indescritível (passar dentro de um tubo então...).

Alguns anos atrás a revista *Veja* publicou um ranking sobre os esportes mais completos em termos de condicionamento aeróbico, anaeróbico, alongamento, flexibilidade, agilidade, rapidez de raciocínio e equilíbrio e adivinhem quem foi o primeiro colocado? O surf, claro.

Boas ondas!





**Deslizar na
água em cima de
uma superfície
instável é um
prazer indescritível.**



HIPOTERMIA E CIRURGIA UROLÓGICA

Dr. Ricardo Caio Gracco de Bernardis, Doutor em Anestesiologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo



Hipotermia é definida como temperatura corporal central menor que 36°C e ocorre frequentemente durante procedimento anestésico, devido à inibição do centro termorregulador, aumento da exposição corporal ao ambiente e diminuição do metabolismo e da produção de calor. A hipotermia é classificada em leve (34 a 36°C), moderada (30 a 34°C) e grave (menor que 30°C). A diminuição da temperatura corporal ocorre imediatamente após a indução de anestesia geral ou regional, decorrente da redistribuição de calor do compartimento central para o periférico.

Na anestesia geral, a maioria dos anestésicos possui ação vasodilatadora e todos alteram o controle central da temperatura inibindo as respostas termorreguladoras ao frio, tais como a vasoconstrição e os tremores musculares.

Na anestesia regional ocorre a inibição do controle central termorregulador por meio do bloqueio do sistema nervoso simpático periférico e dos nervos motores, que abolem a vasoconstrição e os tremores. A redistribuição fica restrita aos membros bloqueados e sua magnitude depende do estado térmico inicial do paciente e pode ser atenuado pelo aquecimento dos membros antes do início da anestesia. A anestesia combinada representa a situação de maior risco para o desenvolvimento de hipotermia perioperatória, pois nesta ocorre diminuição do limiar à vasoconstrição e dos tremores. A redistribuição inicial nas quatro extremidades leva rapidamente à hipotermia. A anestesia regional diminui o limiar de vasoconstrição e sobreposta à anestesia geral tem seu efeito somado. Como resultado, a vasoconstrição é desencadeada mais tardiamente e sob menor

temperatura, resultando numa mais rápida diminuição da temperatura intraoperatória.

A monitorização da temperatura corporal central deve ser realizada para controlar a temperatura ao redor de 36°C em todo paciente submetido a procedimento com mais de 60 minutos de duração, em todas as intervenções cirúrgicas de grande porte sob anestesia geral e/ou regional e procedimentos em que a indução da hipotermia é indicada. O compartimento central pode ter sua temperatura medida na artéria pulmonar, na membrana timpânica, na nasofaringe e no esôfago distal. Podem-se obter medidas confiáveis da temperatura com o uso de termômetros oral, axilar, vesical ou retal.

A manutenção da temperatura corporal durante o ato anestésico-cirúrgico é importante porque a hipotermia está associada a numerosas complicações. As complicações que podem estar relacionadas à hipotermia são: aumento dos eventos cardiovasculares, elevação na taxa de infecção de sítio cirúrgico, aumento no número de transfusões sanguíneas, prolongada permanência hospitalar, tremores e desconforto térmico pós-operatório. A maioria destas complicações pode ocorrer mesmo quando o paciente apresenta hipotermia de grau leve.

O método mais efetivo de manutenção da normotermia intra-operatória é a prevenção por meio de aquecimento prévio, que tem o objetivo de aquecer o compartimento periférico em maior escala que o compartimento central. O aquecimento pré-anestésico diminui a redistribuição da temperatura por dois mecanismos: reduz a diferença entre as temperaturas periférica e central e induz vasodilatação, o que facilita a transferência de calor para o compartimento central, já que o periférico está sendo ativamente aquecido. Horn et al, em 2012, avaliaram 200 pacientes em três grupos de pré-aquecimento 10, 20 e 30 minutos e concluíram que nos grupos de 10 e 20 minutos ocorreu prevenção de hipotermia e redução do tremor (1).

Embora o pré-aquecimento seja o método mais indicado para prevenir a hipo-

termia, o aquecimento intra-operatório é a estratégia mais realizada no Brasil e no mundo. Este é realizada logo após a indução da anestesia e pode reduzir a hipotermia na primeira hora de anestesia, com elevação da temperatura durante o procedimento anestésico e, em muitos casos, o paciente apresentando-se normotérmico ao final do procedimento. O aquecimento intraoperatório não isenta de complicações da hipotermia, como aumento das transfusões sanguíneas e prolongamento do tempo de hospitalização. A temperatura da sala cirúrgica também é um fator determinante na perda de calor, devendo-se evitar que fique mais baixa que 22°C. A temperatura ambiente elevada (> 23°C) mantém ou restabelece a normotermia durante anestesia, porém gera desconforto térmico para a equipe anestésico-cirúrgica e piora seu desempenho cognitivo. Consequentemen-

de porte. Sendo considerado padrão ouro a combinação de manta com fluxo de ar aquecido com o aquecimento do fluido.

A infusão de soluções aquecidas é útil na manutenção da temperatura corporal central, não funcionando no tratamento da hipotermia e, sim, como método de prevenção da hipotermia. Deve ser sempre associado a outro dispositivo de aquecimento ativo. Na recuperação da anestesia ocorre diminuição da concentração dos anestésicos no sistema nervoso central e o organismo é capaz de iniciar novamente as respostas termorreguladoras. A hipotermia quando identificada pelo hipotálamo desencadeia mecanismos compensatórios, como a vasoconstrição cutânea, termogênese sem tremor, tremores e alterações comportamentais. O conforto térmico na sala de recuperação anestésica é prejudicado pela hipotermia. Os pacientes geralmente se lembram da sensação de frio e dos tremores, relatando-os como desagradáveis e, muitas vezes, determinan-



A maioria das complicações pode ocorrer mesmo quando o paciente apresenta hipotermia de grau leve

te, estratégias de aquecimento passivo ou ativo devem ser empregadas. O aquecimento passivo é um método de baixo custo e eficaz. Consiste em cobrir e aquecer durante o intra-operatório toda a superfície cutânea possível com o emprego de lençóis, cobertores ou mantas, o que reduz a perda de calor em 30%. O aquecimento dos cobertores não gera transferências adicionais de calor, tornando-os apenas mais confortáveis. Cobertores ou colchões com circulação de água são benéficos apenas quando situados sobre o paciente, evitando a perda de calor por convecção.

O dispositivo de fluxo de ar aquecido, tipo manta térmica, pode ser utilizado sobre o corpo inteiro, nos membros superiores ou inferiores. O uso da manta térmica está indicado em todas as cirurgias, com tempo superior a 60 minutos, e de gran-

do sensações piores que a dor cirúrgica.

Um estudo retrospectivo com 58.814 casos, publicado em 2015, em pacientes que utilizaram os dispositivos de aquecimento no período intra-operatório, aqueles submetidos a cirurgias do sistema urinário apresentaram a quinta maior frequência de hipotermia entre todas as cirurgias realizadas, com 10,5% dos casos com temperatura inferior a 36°C (2).

Assim, concluímos que devemos estar sempre atentos aos procedimentos urológicos, como transplantes, prostatectomias, nefrectomias, extração percutânea de cálculos, entre outras, mas também àqueles em que o tempo não é prolongado, mas a utilização de grandes volumes de soluções na temperatura ambiente ou geladas intensifica a diminuição da temperatura do paciente causando riscos de complicações.



REFERÊNCIAS

(1)Horn EP, Bein B, Böhm R, Steinfath M, Sahili N, Höcker J. THE EFFECT OF SHORT TIME PERIODS OF PRE-OPERATIVE WARMING IN THE PREVENTION OF PERI-OPERATIVE HYPOTHERMIA. ANAESTHETISTS. 2012 June;67(6): 612-17.

(2)Sun Z, et col. INTRAOPERATIVE CORE TEMPERATURE PATTERNS, TRANSFUSION REQUIREMENT, AND HOSPITAL DURATION IN PATIENTS WARMED WITH FORCED AIR ANESTHESIOLOGY. 2015 February; 122(2): 276-285.

LITERATURA RECOMENDADA:

Forbes SS, Eskicioglu C, Nathens AB, Fenech DS, Laflamme C, McLean RF, McLeod RS. EVIDENCE-BASED GUIDELINES FOR PREVENTION OF PERI-OPERATIVE HYPOTHERMIA. 2009 Oct; 209(4): 492-503.

Biazzotto CB, Brudniewski M, Schmidt AP, Auler Jr JOC. HIPOTERMIA NO PERÍODO PERI-OPERATÓRIO. Rev Bras Anesthesiol. 2006 Jan; 56(1) :89-106.

Scott EM, Buckland R. A SYSTEMATIC REVIEW OF INTRAOPERATIVE WARMING TO PREVENT POSTOPERATIVE COMPLICATIONS. AORN j. 2006 May;83(5):1090-113.

Stewart MW. HYPOTHERMIA. J. perianesth. nurs. 2014 Oct; 29(5): 441-44.

Torossian A. THERMAL MANAGEMENT DURING ANESTHESIA AND THERMOREGULATION STANDARDS FOR THE PREVENTION OF INADVERTENT PERIOPERATIVE HYPOTHERMIA. Best Pract Res Clin Anaesthes. 2008; Dec;22(4):659-68.



PROGRAMA-SE PARA O **XIV CONGRESSO PAULISTA DE UROLOGIA**

Entre os dias 7 e 10 de setembro São Paulo vai sediar o XIV Congresso Paulista de Urologia, organizado pela seccional paulista da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU-SP). Neste ano, o evento terá como tema central “As fronteiras da Urologia”, remetendo ao duplo objetivo de proporcionar aos participantes a oportunidade de conhecer o que existe de mais atual no âmbito técnico e científico em Urologia e, ao mesmo tempo, aprofundar a interação com as diversas áreas da saúde que fazem interface com a especialidade.

O Congresso acontecerá no Centro

de Convenções do Sheraton WTC São Paulo, anexo ao Shopping D&D e próximo a importantes centros comerciais, com ampla e variada gama de opções para alimentação.

Workshops

A programação científica incluirá cinco workshops sobre: Endourologia e Litíase, Uro-oncologia, Disfunções Miccionais e Incontinência Urinária, Medicina Sexual e Robótica. Também serão realizados mais de seis Simpósios e mais de dez Cursos Paralelos.

Convidados estrangeiros

Importantes nomes da Urologia

mundial estarão presentes no evento. Dos Estados Unidos, David Susman, Arthur Burnett, Manoj Monga, Fernando Kim, Warren Snodgrass e Mohamad E. Allaf; o canadense Sender Herschorn, os argentinos Francisco de Baciola e Norberto Bernardo, os holandeses Barry Berghmans e Philip E.V. Van Kerrebroek e o sueco Peter Wiklund.

Interfaces internacionais

Outro ponto a ser destacado é a interface do evento com reconhecidas organizações estrangeiras, como a Associação Americana de Urologia e International Continence Society.

Para conhecer a programação completa e consultar todas as informações sobre o evento, acesse o site CONGRESSOPAULISTAUROLOGIA.COM.BR/

OS ENCANTOS DE SÃO PAULO

Conhecida por sua condição de centro econômico e financeiro do País, a cidade de São Paulo também oferece ampla diversidade de opções de lazer e de cultura a seus visitantes, sem deixar nada a dever em relação às mais badaladas metrópoles de todo o mundo. Capital nacional da gastronomia, abriga restaurantes da mais variadas origens e estilos. É possível, por exemplo, experimentar desde pratos típicos da exótica culinária da Mongólia aos apreciados ceviches que elevaram os chefs peruanos ao estrelato mundial da gastronomia. Isso sem falar no pastel de bacalhau servido no pitoresco Mercado Municipal e nas massas preparadas nas centenas de cantinas existentes na cidade – muitas delas localizadas no bairro do Bixiga, que concentra a comunidade descendente dos italianos – ou nas pizzas que atendem todos os paladares.

O Bixiga, aliás, está para os italianos como a Liberdade está para os japoneses. O comércio, os enfeites nas ruas e os moradores desse bairro remetem ao Japão e lembram que São Paulo, entre outras particularidades, abriga a maior colônia japonesa fora daquele país. Uma visita à Liberdade permite comprar artigos orientais ou comer em alguns dos restaurantes típicos espalhados por suas ruas, especialmente na Galvão Bueno e da Glória.

São Paulo é, também, um vibrante polo artístico e cultural. Em qualquer época do ano é possível assistir apresentações musicais – da popular à clássica

– e de dança. Suas casas de espetáculos, como o Theatro Municipal e a Sala São Paulo, por exemplo, valem uma visita mesmo que seja apenas para apreciar sua arquitetura. Para quem gosta de arte, museus e galerias formam um roteiro imperdível. Das pequenas e charmosas galerias situadas no boêmio bairro da Vila Madalena ao icônico MASP – Museu de Arte de São Paulo –, cartão postal da cidade, é possível percorrer todo o espectro das artes visuais, de todas as escolas. Uma dica é conhecer o Instituto Tomie Ohtake, localizado no bairro de Pinheiros. Visitar suas exposições e tomar um café em seu hall do térreo é um programa simples e delicioso.

A cidade do concreto e avenidas tem também seus espaços verdes para serem apreciados. O mais emblemático é o Parque Ibirapuera, projetado por Oscar Niemeyer e inaugurado em 1954 para comemorar o 4º centenário de fundação da cidade. Quem quiser passear por esse pulmão da metrópole, recortado por vias arborizadas, poderá conhecer também o Pavilhão da Bienal. Por coincidência, em 10 de setembro, último dia do Congresso, será a abertura da 32ª Bienal de São Paulo, uma das mais importantes mostras de arte contemporânea de todo o mundo, que neste ano foi batizada de Incerteza Viva.

São Paulo, uma cidade que muitas vezes intimida por sua grandeza física e populacional, tem seus muitos encantos e atrações. Quem se aventurar, se sentirá gratificado e, certamente, vai querer voltar.



MASP – Museu de Arte de São Paulo



Theatro Municipal de São Paulo



Parque do Ibirapuera



Mercado Municipal de São Paulo

A G E N D A

CALENDÁRIO DE EVENTOS 2016

NACIONAIS

AGOSTO

12

ARGUS DAY – CURSO TEÓRICO PRÁTICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA

São Paulo – SP

13

SIMPÓSIO DE UROLOGIA SOBRE ENDOUROLOGIA HOSPITAL SÃO LUIZ – JABAQUARA

São Paulo – SP

SETEMBRO

2

ARGUS DAY – CURSO TEÓRICO PRÁTICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA

Barretos ou Campinas (a definir)

7 a 10

CONGRESSO PAULISTA DE UROLOGIA

São Paulo – SP

www.congressopaulistaurologia.com.br

OUTUBRO

28 e 29

CURSO – UROLOGIA MINIMAMENTE INVASIVA NA CRIANÇA

Casa de Saúde Santa Marcelina Itaquera – São Paulo

www.aagapesantamarcelina.com.br/site/cursos/urologia_invasiva_crianca/

INTERNACIONAIS

AGOSTO

2 a 6

IUGA – INTERNATIONAL UROGYNECOLOGICAL ASSOCIATION

Cidade do Cabo, África do Sul
www.iuga.org

SETEMBRO

13 a 16

ICS – INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY

Tóquio – Japão
www.ics.org/2016

OUTUBRO

4 a 8

CAU – CONFEDERACIÓN AMERICANA DE UROLOGÍA

Cidade do Panamá – Panamá
www.caupanama2016.org

20 a 23

SIU – SOCIÉTÉ INTERNATIONALE D'UROLOGIE

Buenos Aires – Argentina
www.siu-urology.org/congress-2016

AGOSTO E SETEMBRO 2016

Promedon
People + Innovation

PROJETO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA

ORGANIZAÇÃO: SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA – SECCIONAL SP – EM ASSOCIAÇÃO COM A PROMEDON

ARGUS DAY – CURSO TEÓRICO PRÁTICO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA MASCULINA

COORDENADO: PROF. DR. FLÁVIO EDUARDO TRIGO ROCHA

12 DE AGOSTO – SÃO PAULO

2 DE SETEMBRO – BARRETOS OU CAMPINAS (A DEFINIR)



Boletim de Informações Urológicas • Maio / Junho 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.



FRONTEIRAS DA UROLOGIA

PRINCIPAIS DESTAQUES

CONVIDADOS INTERNACIONAIS

PHILIP

VAN KERREBROECK

Professor of Urology at the University of Maastricht, Holanda

PETER

WIKLUND

Professor of Urology, Karolinska University Hospital, Estocolmo Suécia

MOHAMAD

E. ALLAF

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

WARREN

SNODGRASS

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

BARY

BERGHMANS

Pelvic care Center Maastricht University Hospital Maastricht

WORKSHOPS

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

PRÉ-CONGRESSO ICS
(INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY)

SBU ENCONTRO
FISIOTERAPEUTAS E ENFERMAGEM
(EM UROLOGIA)

SAVE THE DATE

SHERATON WTC SÃO PAULO

7, 10 SET 2016

CONTAMOS COM A SUA VALIOSA PRESENÇA E PARTICIPAÇÃO!

Presidente da Comissão Científica

FLAVIO
TRIGO ROCHA

Presidente da SBU São Paulo

JOÃO
LUIZ AMARO

Iniciativa e Realização



Organização e Secretaria Executiva



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

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