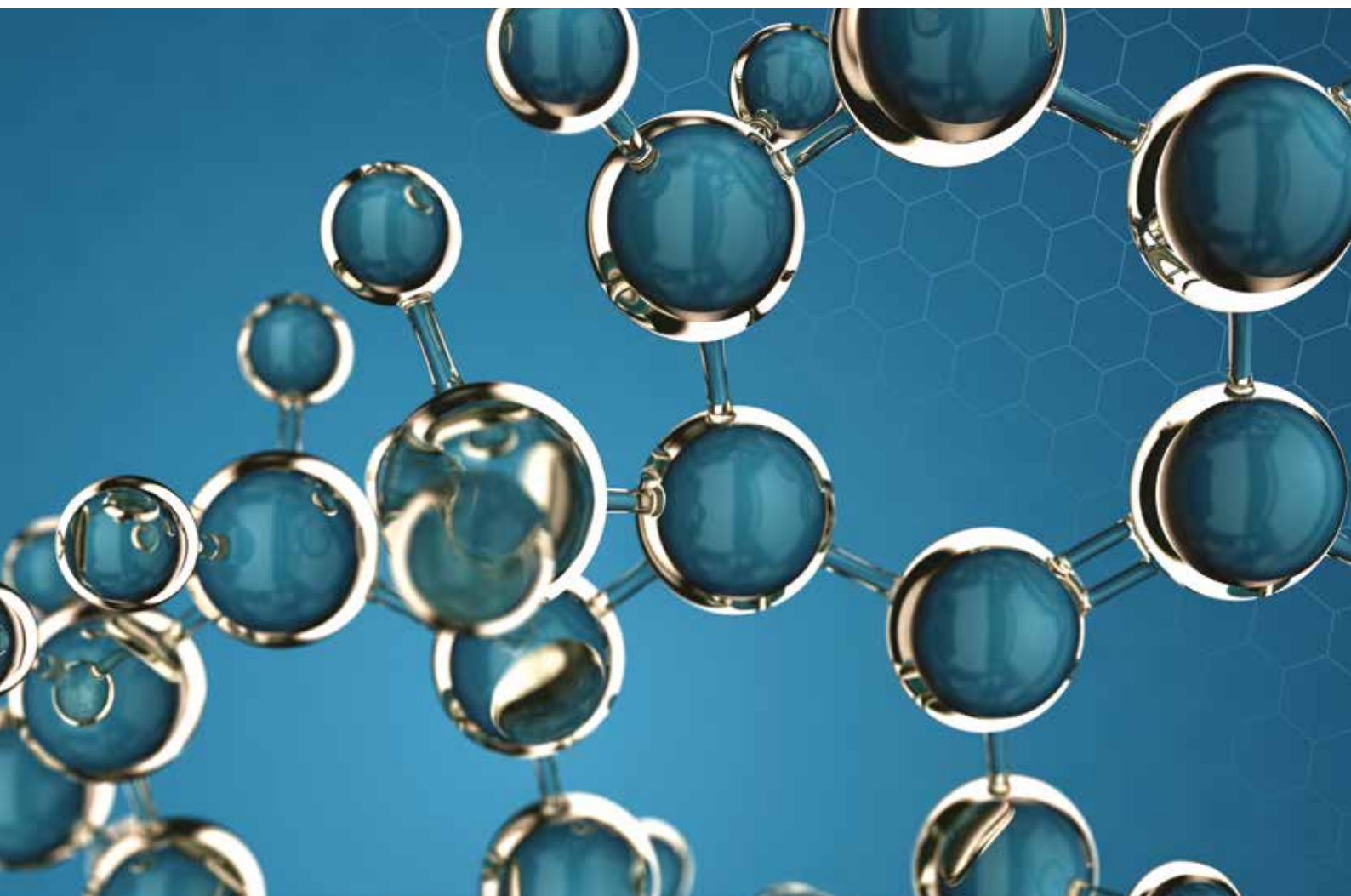




Boletim de Informações Urológicas · Nov/Dez 2016

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



## PONTO DE VISTA

### QUANDO DEVE SER REALIZADA A REPOSIÇÃO HORMONAL MASCULINA?



#### Entrevista

Dr. Florisval Meinão,  
presidente da APM



#### Fique Sabendo

Administração  
Médica



#### Direito Médico

Como investir em  
tempos de crise

# save the date

## 4 A 6 DE MAIO DE 2017

CENTRO DE CONVENÇÕES DE CAMPOS DO JORDÃO



BOAS PRÁTICAS E NOVAS TECNOLOGIAS

CURSOS *HANDS ON*, SIMPÓSIOS  
E CONVIDADOS INTERNACIONAIS



Phillip Pierorazio



Mariano González  
Morales



Emmanuel  
Chartier-Kastler

EM BREVE!



NOMES A  
CONFIRMAR

[www.jornadaurologia.com.br](http://www.jornadaurologia.com.br)



José Carlos Truzzi

Chegamos ao final de 2016.

Encerramos o ano com um balanço positivo da atual gestão da SBU-SP: metas cumpridas, projetos executados, recorde de participantes no PROTEUS, o maior Congresso Paulista de Urologia de todos os tempos, saldo financeiro que permitirá manter as atividades planejadas para 2017 de modo independente. Em 2016, o BIU recebeu um novo formato. Tivemos a oportunidade de saber diferentes pontos de vista sobre rastreamento do câncer de próstata, prescrição de medicamentos em oncologia, uso de telas em prolapso genitais, profilaxia do tromboembolismo venoso, cirurgias minimamente invasivas. Aprendemos com especialistas como envelhecer melhor, como cuidar da nossa saúde cardiovascular, como prevenir complicações com a hipotermia cirúrgica, a importância das diretrizes médicas. Refletimos sobre temas que vão além da Urologia, que nos remetem a aspectos espirituais, religiosos ou não; conhecemos um pouco mais sobre grandes urologistas do nosso Estado. Pudemos compartilhar atividades que diminuem o estresse nosso cotidiano: pintura, triatlo, surfe e até esportes na neve. A SBU-SP mostrou-se transparente: os dados financeiros foram apresentados mês-a-mês, o conteúdo de cada Reunião da Diretoria, os números e as repercussões de cada evento urológico do ano relatado de modo detalhado para que o urologista paulista reconheça a SBU como sua.

Este ano foi marcado por um cenário político e econômico de grandes desafios e dificuldades. As projeções para 2017 não são mais animadoras, mas há consenso de que devemos continuar trabalhando para que o crescimento do país seja retomado. É com este pensamento que a arquitetura dos trabalhos da Seccional São Paulo foi projetada. Ampliação de cursos práticos no interior e capital, a Jornada Paulista de Urologia em Campos do Jordão, alianças com Sociedades de outras especialidades médicas, aproximação cada vez mais efetiva com a Associação Paulista de Medicina. Neste contexto, trouxemos para esta edição do BIU uma entrevista com o Dr. Florisval Meinão, Presidente da APM. É fundamental que nós, urologistas, tenhamos profundo conhecimento das ações que têm sido tomadas pela APM junto ao SUS, às operadoras de saúde e autoridades na busca de melhores condições para nossa atuação profissional.

Mais um ano se passou; todos envelhecemos. Quando se faz necessária a reposição hormonal masculina? Os benefícios clínicos realmente correspondem à crescente prática de suplementação androgênica que temos observado? Na seção Ponto de Vista, as opiniões do urologista Fernando Facio, do geriatra Nelson Carvalhaes Neto e da endocrinologista Maria Izabel Chiamolera sobre um tema amplamente abordado na mídia leiga e muitas vezes tratado sem o devido rigor científico.

“Muito dinheiro no bolso...” diz a clássica canção de Ano Novo. Em um momento de crise, onde os ganhos estão limitados, a inflação desponta como uma potencial ameaça e o desemprego é uma realidade de proporções alarmantes, o que podemos fazer para proteger nossos recursos financeiros, na visão do economista José Rubens Alvarez.

Ao longo das últimas duas décadas um grande número de médicos, de diversas especialidades, migrou do atendimento clínico para a gestão em saúde. Esse crescente mercado proporcionou a criação de diversos cursos de pós-graduação e, mais, abriu a oportunidade para um novo segmento de atividade médica. Muitas vezes, deparamo-nos com questões administrativas que consomem mais e mais do nosso tempo e acabam, em muitos casos, por se tornar a principal atividade profissional. O Dr. José Marcelo Amatuzzi Oliveira, Superintendente Executivo de Negócios do A.C. Camargo Cancer Center, nos oferece uma abordagem ampla e dinâmica de como podemos nos preparar melhor para atuação administrativa na prática diária de um consultório, ou para seguirmos na carreira de gestão em saúde.

Além da Urologia traz um texto do jornalista Domingos Zamagna para refletirmos um pouco sobre o amor neste período de Natal. E para finalizar esta última edição do BIU de 2016, a música como atividade de lazer. Para muitos apenas uma opção de relaxamento no atribulado cotidiano. Para outros, como o urologista Marcos Freire, a oportunidade de convívio com amigos, a possibilidade de formar um grupo musical e de aperfeiçoamento da técnica instrumental.

Boas festas! Um Natal repleto de amor e paz! Um 2017 de vitórias para todos!



Boletim de Informações Urológicas • Novembro / Dezembro 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

Iderpól 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

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

## ENTREVISTA

Dr. Florisval Meinão, presidente da APM

# 16

## PONTO DE VISTA

Quando realizar a reposição hormonal masculina?



# 22

## FIQUE SABENDO

A importância da Administração Médica

## DIREITO MÉDICO

Como economizar e aplicar recursos em tempos de crise

# 24

**6**

**SBU  
E VOCÊ**

**28**

**RESIDÊNCIA  
MÉDICA**

**31**

**ALÉM DA  
UROLOGIA**

**32**

**SEM  
ESTRESSE**

**34**

**AGENDA**

# RELATÓRIO FINANCEIRO DA SBU-SP

ACOMPANHE A POSIÇÃO  
FINANCEIRA DA ENTIDADE  
EM NOVEMBRO DE 2016

texto: Tesouraria SBU-SP

**Prezados (as) colegas,**

Como é de praxe, a tesouraria da SBU-SP publica neste número do BIU o informe da posição financeira em 30 de novembro de 2016 e o relatório das despesas realizadas pela seccional para a manutenção da sede e outros encargos destinados à execução de projetos de interesse dos associados.

O custo com a manutenção da sede permanece equilibrado. Os saldos em conta corrente e aplicações no Banco Itaú já representam o resultado final do lucro apurado no Congresso Paulista de Urologia (R\$ 1.152.683,68). Atendendo as normas estatutárias, a SBU-SP fez o repasse de 25% do lucro líquido para a SBU Nacional (R\$ 288.170,92). A tesouraria já efetivou adiantamentos para pagamentos da Jornada Paulista de Urologia a ser realizada em Campos do Jordão no próximo ano.

Colocamo-nos a disposição para qualquer esclarecimento sobre os dados aqui apresentados.

**Atenciosamente,**  
**Geraldo Eduardo Faria – Tesoureiro**  
**Iderpól Toscano – Tesoureiro**

## REFERÊNCIA: NOVEMBRO/2016

DESPESAS	VALOR
Advoga. Peppe Bonavit	R\$ 2.271,17
Condomínio Augusta	R\$ 967,00
Condomínio Sede	R\$ 1.807,68
Convênio funcionários	R\$ 1.757,10
Eletropaulo Augusta	R\$ 57,43
Eletropaulo Tabapuã	R\$ 185,60
Copy Service	R\$ 156,00
IPTU Augusta	R\$ 123,38
IPTU Tabapuã	R\$ 539,34
Ligue Taxi	R\$ 896,30
Limpidus	R\$ 515,80
Motoboy SW	R\$ 950,00
Salário Funcionários	R\$ 6.200,00
Site	R\$ 4.810,00
Tectray	R\$ 600,00
Telefonia	R\$ 497,70
VR Funcionárias	R\$ 1.566,00
VT Funcionárias	R\$ 422,18
Tarifas Bancárias	R\$ 173,14
Uol Provedor	R\$ 49,76
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 24.545,58</b>

## SBU – SECÇÃO SÃO PAULO – 30/11/2016

SALDOS BANCÁRIOS		
Conta Eventos	68.525-1	R\$ 6.938,72
Conta Administrativa	71.322-8	R\$ 1.346,86
<b>SALDO ATUAL</b>		<b>R\$ 8.285,58</b>
APLICAÇÕES		
Aplicação (Eventos)	MAX DI/Compromissada DI	R\$ 550.662,89
Aplicação (SBU-SP)	Fundos	R\$ -
<b>TOTAL</b>		<b>R\$ 558.948,47</b>



## **CURSO SOBRE UROLOGIA MINIMAMENTE INVASIVA EM CRIANÇAS**

Dias 28 e 29 de outubro foi realizado, no hospital Santa Marcelina (São Paulo), o Curso sobre Urologia Minimamente Invasiva em Crianças, que incluiu aulas teóricas e acompanhamento de cirurgias ao vivo por meio de teletransmissão. Sob supervisão do prof. Francisco Denes e dr. Luiz Budib, o curso foi organizado pelos drs. Auro Simões, Alessandro Tavares e Davi Abe.

A programação de palestras contou com renomados professores de instituições de ensino tradicionais, como USP (campus de São Paulo e Ribeirão Preto), Unifesp e Unicamp, além do Instituto de Urologia e Nefrologia de Rio Preto.

Com a participação de quinze inscitos, entre residentes, urologistas e cirurgiões pediátricos de São Paulo, Rio Grande do Norte, Minas Gerais, Espírito Santo e Paraná, o curso teve apoio da SBU-SP, que chancelou o evento e colaborou com a sua divulgação.



## **FELLOWSHIP EM CIRURGIA ROBÓTICA**

Estão abertas as inscrições para o **8º ano do programa de Fellowship do Hospital Alemão Oswaldo Cruz em Cirurgia Robótica**. O programa conta com um treinamento teórico e prático em Urologia e Cirurgia Robótica com duração de março de 2017 a março de 2018. Serão disponibilizadas duas vagas para urologistas formados. Mais informações pelo site [www.fecs.org.br/Lists/Cursos/DispCursos.aspx?ID=13](http://www.fecs.org.br/Lists/Cursos/DispCursos.aspx?ID=13).



## SAIBA O QUE OCORREU NAS **REUNIÕES ORDINÁRIAS DA DIRETORIA DA SBU-SP**

**N**o dia 22 de outubro de 2016 foi realizada, na sede da SBU Seccional São Paulo, a oitava Reunião Ordinária da Diretoria Executiva. O Dr. Amaro apresentou o resultado da licitação da agência para produção de eventos da Seccional em 2017. Apresentaram propostas as Agências CCM, Promovisão, Malu Losso, RVmais e Eventus, tendo sido esta última a que ofereceu as melhores condições e com a qual será logrado contrato. Contaremos também com uma Assessoria de Imprensa para divulgação, em veículos oficiais de informação, sobre projetos e posicionamentos da SBU-SP em questões urológicas de maior relevância.

O Dr. Geraldo Faria apresentou o saldo final do Congresso Paulista de Urologia 2016, no valor de R\$ 1.152.683,68 (um milhão, cento e cinquenta e dois mil, seiscentos e oitenta e três reais e sessenta e oito centavos), não descontado o valor de repasse regimental para a SBU Nacional, datado este para o dia 24 de outubro de 2016. Foram discutidos detalhes organizacionais do PROTEUS 2017. Nessa edição serão realizados cursos hands-on e um simulado, com premiação para os três primeiros colocados. Ainda durante o evento, cada participante receberá um exemplar do Manual do PROTEUS de autoria dos professores participantes da edição 2017. A Jornada Paulista em Campos do Jordão terá como Coordenador da Comissão Científica o Dr. Flávio Trigo Rocha. Serão realizadas Sessões Plenárias gerais no período da manhã e sobre temas específicos à tarde, com capacidade para 1.200 participantes, além de cursos para-

lelos. Dois palestrantes internacionais já confirmaram presença no evento. Um projeto prioritário ao longo de todo o período da atual gestão, o de Defesa Profissional, sob coordenação do Dr. Armando Abrantes, terá novos eventos ainda no presente ano, assim como durante a Jornada Paulista e em cidades do interior no transcorrer de 2017. Por fim, foi definido apoio pleno à campanha do Novembro Azul, cujo personagem Dr. Uro será veiculado nas mídias sociais, além da distribuição de camisetas para divulgação.

A nona e última Reunião Ordinária da Diretoria Executiva ocorreu em 3 de dezembro de 2016. Foram apresentados os balanços finais e projeções de despesas para 2017. Até a data da Reunião não havia sido realizado o repasse financeiro da SBU Nacional referente a valor das anuidades 2016. A Jornada Paulista já conta com local definido – Centro de Convenções de Campos do Jordão (Grupo Dória) - e hospedagem de palestrantes no Grande Hotel. Tem-se enfrentado grande dificuldade na obtenção de patrocinadores para o evento junto à indústria farmacêutica. O PROTEUS está com praticamente todos os professores convidados já confirmados. O Manual do PROTEUS terá versão digital, o que permite sua atualização mais dinâmica. Entre os demais Projetos da SBU-SP para 2017 foram revisados os andamentos do Uro-Oncologia no litoral (data provável 02 a 04/11/2017), Endo-Pizza, com quatro edições no interior do Estado e duas na capital (o primeiro, realizado em 2 de dezembro de 2016, sob coordenação do Dr. Oscar Fujita, contou com mais de 60 participantes) e Argus-Day.



## “UM LÍDER NÃO É PARA IMPOR AUTORIDADE E SIM PARA ESTIMULAR SEUS DISCÍPULOS.”

Michel Frankly

Faleceu no dia 26 de novembro de 2016 o professor Nelson Rodrigues Netto Junior. Em 1982 ele assumiu a chefia da Disciplina de Urologia da Unicamp. Livre Docente da Faculdade de Medicina da USP, o Prof. Netto imediatamente empreendeu uma nova filosofia de trabalho. Além de pioneiro da Endourologia no nosso país, foi o grande responsável pela implementação do espírito acadêmico na Disciplina de Urologia, que logo se tornaria um importante polo de ensino, assistência médica e pesquisa clínica e experimental na Urologia Brasileira. Sua filosofia, fundamentada na busca incessante da perfeição e motivação constante dos assistentes, levou-o a se constituir num dos principais formadores de discípulos na especialidade no nosso país, e porque não dizer no mundo.

A marca de sua firme atuação jamais deixará a alma de quem com ele conviveu. A pontualidade como característica influenciou todos os eventos que sucederam aos que ele organizou. O rigor acadêmico na elaboração dos projetos, trabalhos e eventos era sua obstinação. Seu alto padrão profissional engrandeceu o nome do Brasil mundo a fora.

Nos 24 anos ininterruptos de dedicação à Disciplina de Urologia da UNICAMP publicou centenas de trabalhos referenciados, ministrou palestras em várias partes do país e do mundo e organizou dezenas de eventos nacionais e internacionais. O Prof. Netto era muito conhecido pela sua intolerância aos deslizes de conduta e às hesitações dos inseguros. Muitas vezes ríspido na ação, duro no falar, mas nobre na intenção, como todo mestre deve ser!

Frases como: “Quem fala muito dá bom dia a cavalo”; “Quem não é competente não se estabelece”; “O diabo é esperto porque é velho”, entre tantas, eram pílulas de sabedoria que emanavam em hora certa de sua mente privilegiada!

Professor Netto, esteja onde estiver, receba esta pequena e modesta homenagem dos que, em grande parte, devem sua formação acadêmica e pessoal à sua liderança!

Integrantes da Disciplina de Urologia da Unicamp!



Prof. Nelson Rodrigues Netto Junior com parte da equipe da Disciplina de Urologia da UNICAMP (na primeira fileira, segundo a partir da esquerda)

**Ubirajara Ferreira  
Professor Titular e  
Chefe da Disciplina  
de Urologia da  
UNICAMP**



## MEDALHA FRANCISCO DIAZ

Francisco Diaz (1527-1590) foi médico do Rei Felipe II, da Espanha, e é considerado o pai da Urologia Mundial. Foi autor do primeiro tratado de Urologia da história da Medicina, chamado “Tratado nuevamente impresso de todas las enfermedades de los riñones, vejiga y carnosidades de la verga y urina” (Madrid 1588) e reimpresso pela Associação Espanhola de Urologia em 2016.

Coube ao Prof. Antonio Puigvert, de Barcelona, a difusão da obra de Francisco Diaz, bem como a criação da medalha que leva o seu nome. Essa medalha é o mais alto galardão da Associação Espanhola de Urologia e é entregue na forma de rodízio a um médico espanhol, um europeu (não espanhol) e um do continente americano alternadamente. O nome de uma lista tríplice enviada pelas sociedades Espanhola, Europeia e Confederação Americana de Urologia é escolhido de comum acordo pela associação Espanhola e Fundação Puigvert.

Foram quatro os urologistas brasileiros a ganhar essa medalha: Alvaro Cumpido de Santana (1972), Roberto Rocha Brito (1977), Sami Arap (1995) e Paulo Palma (2016). O Brasil e os Estados Unidos são os países americanos que mais receberam a homenagem, ambos com quatro medalhas.



# DOUTORADO

O dr. Tiago Moura Rodrigues fez sua defesa de doutorado dia 7 de dezembro de 2016 na Faculdade de Medicina da USP. O título da tese foi “Avaliação histológica da distribuição das fibras nervosas periprostáticas em cadáveres humanos com idade superior a 50 anos”. Na foto, a partir da esquerda, o Prof. Dr. Lísias Nogueira Castilho, Prof. Dr. Alberto Azoubel Antunes, Dr. Tiago Moura Rodrigues, Prof. Dr. Anuar Ibrahim Mitre (orientador da tese do dr. Tiago), Dr. Fabiano André Simões e Dr. Mauricio Dener Cordeiro.



## DEFESA DE TESE DE DOUTORADO



- **ALUNO:** João Alexandre Queiroz Juveniz
- **TÍTULO:** A importância da biopsia de congelação como método complementar à ressecção endoscópica em câncer de bexiga: um estudo prospectivo randomizado.
- **BANCA:** prof. dr. Alexandre Crippa Sant’Anna (presidente)
- **TITULARES:** prof. dr. Anuar Ibrahim Mitre, dr. Celso di Loreto (Instituto Adolfo Lutz), dr. Daher Cezar Chade e dr. Pierre Damião Gonçalves (H.S.P. Municipal).
- **SUPLENTES:** prof. dr. Cristiano Mendes Gomes, dr. Francisco Paulo da Fonseca (Faculdade de Medicina Uninove), dr. Leopoldo Alves Ribeiro Filho, dr. Mauricio Dener Cordeiro e prof. dr. Ricardo Jordão Duarte.
- **DATA:** 4 de novembro de 2016
- **LOCAL:** Anfiteatro da Urologia – 7º andar do Instituto Central do Hospital das Clínicas da FMUSP.



### 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](mailto:sbu.sp@uol.com.br) ou para a SBU-SP, rua Tabapuã, 1123 Conj. 101 – CEP 04143-014, aos cuidados do Editor do BIU.



# PROTEUS INTENSIVÃO

## 2017

RECICLAGEM  
EM UROLOGIA  
30/03 a 01/04

CENTRO DE CONVENÇÕES REBOUÇAS  
SÃO PAULO - SP

**DIA 29/03**  
**PRÉ EVENTO**  
**CURSO HANDS ON:**  
**URODINÂMICA**  
**VAGAS LIMITADAS!**

## TEMAS

- » LITÍASE
- » LAPAROSCOPIA E ROBÓTICA
- » ANDROLOGIA
- » UROLOGIA GERAL
- » CÂNCER DE PRÓSTATA
- » PEDIATRIA
- » NEUROUROLOGIA, DISFUNÇÃO MICCIONAL E HPB
- » CÂNCER DE RIM
- » ENDOCRINOLOGIA
- » CÂNCER DE BEXIGA, TESTÍCULO, PÊNIS E URETRA

De 30/03 a 01/04 de 2017  
Centro de Convenções Rebouçás  
São Paulo - SP

[proteusurologia.com.br](http://proteusurologia.com.br)

# APM E SOCIEDADES DE ESPECIALIDADES DEVEM ATUAR UNIDAS PARA ENFRENTAR OS DESAFIOS NA SAÚDE

*As frentes de batalha são diversas e todas de grande relevância. Da luta por condições adequadas de trabalho que possibilitem ao médico oferecer um atendimento de qualidade ao embate pela atualização dos honorários, passando por temas relacionados à política de saúde pública e ao excesso de escolas médicas sem condições de formar bons profissionais, a pauta é extensa. E os avanços somente podem ser alcançados por meio da união das entidades médicas, segundo defende o dr. Florisval Meinão, presidente da Associação Paulista de Medicina (APM). Nesta entrevista ao BIU ele aborda os mais importantes temas relacionados à prática da Medicina e constata que, se observada a ata de fundação da APM, há 86 anos, os principais objetivos da entidade continuam sendo os mesmos: promover uma medicina de qualidade e representar e defender o médico na sua atividade profissional junto à sociedade como um todo.*

**BIU:** Qual a importância da parceria entre a APM e as Sociedades de especialidades?

**Dr. Florisval Meinão:** A Associação Paulista de Medicina e as Sociedades de especialidades em seu conjunto formam o associativismo médico e juntas desenvolvem atividades tanto em relação aos médicos quanto à sociedade como um todo. Junto aos médicos, procuramos garantir a eles uma boa condição de trabalho. A medicina brasileira se equipara à praticada nos centros mais desenvolvidos do mundo; os médicos daqui têm conhecimento técnico e científico que lhes permi-

te aplicar a seus pacientes todos os avanços da Medicina, mas enfrentamos grandes dificuldades, tanto no Sistema Único de Saúde, que é um sistema com um financiamento insuficiente, quanto na relação com as operadoras de saúde, com as quais existem inúmeros conflitos. Por isso, um dos pontos de destaque do associativismo é a defesa das condições de trabalho para os profissionais, para que eles possam praticar uma medicina de qualidade.

Em segundo lugar, temos que oferecer ao médico um modelo de defesa profissional, porque ele é muito vulnerável em sua atuação,

## PERFIL



**Especialidade:**  
Otorrinolaringologista.

**Onde trabalha atualmente:** Chefe de Seção de Diagnóstico e Terapêutica do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Servidor Público Estadual (contrato suspenso em função de seu cargo na APM) e atende em consultório.

**Desde quando atua na especialidade:** formado na Faculdade de Medicina de Botucatu em 1973. Fez Residência Médica no Hospital do Servidor Público do Estado, com mestrado e doutorado em Otorrinolaringologia.

**O que o fez se interessar pela otorrinolaringologia:** é uma área que sempre me interessou, porque agrega a parte cirúrgica com uma atividade clínica muito intensa, além da possibilidade de atender adultos e crianças.

**O que faz nas horas vagas como lazer ou hobby:** gosto muito de leitura, cinema e teatro.

**Time do coração:**  
Santos Futebol Clube.

é sujeito a ações tanto na área cível quanto criminal, nos Conselhos de Medicina, que têm por função fiscalizar o exercício profissional, e até em ações administrativas, nos hospitais onde trabalha. Pelas próprias características da profissão, que envolve riscos, o médico é vulnerável. Por isso precisamos ter um sistema de defesa profissional, para dar a ele a retaguarda necessária para trabalhar com tranquilidade.

O terceiro ponto importante é procurar interferir junto às autoridades constituídas, em todos os níveis, para que sejam programadas e executadas políticas de saúde que possam garantir à população o acesso a um sistema eficiente, com a agilidade e qualidade necessárias para a promoção, prevenção e para o tratamento. São funções importantes que as entidades devem executar em seu conjunto. Não podemos atuar individualmente. Precisamos somar esforços para tentar alcançar esses objetivos.

**BIU:** E como é essa relação?

**Dr. Florisval Meinão:** A APM tem uma estreita parceria com as Sociedades de especialidades. Fazemos reuniões regulares, pelo menos uma vez por mês, para discutir todos os temas relacionados ao trabalho do médico: defesa profissional, remuneração, qualidade, políticas de saúde. Essa parceria traz frutos. Sabemos que enfrentamos um setor privado que busca lucro e um sistema público com todas as dificuldades de acesso que conhecemos, mas o resultado das ações conjuntas tem sido satisfatório. Conseguimos proporcionar tranquilidade ao médico, oferecendo a retaguarda necessária e também conseguido avanços na questão dos honorários profissionais, o que é muito importante.

**BIU:** Como vê as perspectivas do trabalho do especialista diante das

dificuldades que enfrenta na relação com as operadoras?

**Dr. Florisval Meinão:** As operadoras de saúde têm um espaço importante, porque o SUS não consegue atender toda a demanda. Por isso, uma parte da população procura os planos de saúde, o que é legítimo, porque esses planos cumprem um papel relevante principalmente na qualidade assistencial. Entretanto, o médico tem muitas dificuldades junto a essas empresas. Uma delas é com relação aos honorários. Nós ficamos durante muitos anos sem reajustes. Em São Paulo, num trabalho conjunto

com as Sociedades de especialidades e com a força dessa união, conseguimos negociações mais favoráveis. Mas ainda estamos muito defasados com relação aos honorários, em especial no que se refere a procedimentos. Como isso ocorre em todas as especialidades, é importante a atuação do conjunto de Sociedades para negociar a valorização de procedimentos específicos que estejam mais defasados. Algumas Sociedades de especialidades fizeram isso e conseguiram até mesmo junto aos SUS negociações específicas para valorizar determinados procedimentos.

Outro ponto que considero importante na atuação das Sociedades de especialidades é a defesa do Título de Especialista como o principal instrumento para qualificar um bom especialista. Há várias formas possíveis de alguém tentar se identificar como especialista. Uma delas é por meio da Residência Médica, mas nem sempre as Residências reconhecidas pelo MEC oferecem uma boa formação. Hoje há algo que condenamos, os cursos de pós-graduação de fim de semana por exemplo, que oferecem um conhecimento muito vago sobre a especialidade, mas fornecem um título de pós-graduação. Esse profissional não é e nem pode se declarar um especialista, mas ao divulgar seu diploma de pós-graduação ele confunde a população. O Título de Especialista fornecido pela Sociedade Brasileira de Urologia, que faz a prova, e é emitido pela AMB, este sim é um instrumento de grande valor, porque identifica aquele profissional que passou por uma prova junto a seus pares e foi reconhecido por eles como alguém que tem condições e está apto a exercer a especialidade. Por isso acredito que o trabalho de valorizar o Título de Especialista é um trabalho muito importante e as especialidades devem fazê-lo.



**Considero importante que as Sociedades de especialidades façam a defesa do Título de Especialista como o principal instrumento para qualificar um bom especialista.**



**BIU:** E como é possível valorizar o Título de Especialista?

**Dr. Florisval Meinão:** Temos que transmitir à população que, ao procurar um profissional, ela deve procurar um profissional que tenha esse Título. Temos um projeto na APM de realizar uma campanha publicitária para alertar a população que ela deve sempre exigir o Título de Especialista quando for marcar uma consulta ou se submeter a uma cirurgia, por exemplo, porque assim terá um bom profissional para atendê-la.

**BIU:** Quais são as prioridades definidas pela APM, que em novembro completou 86 anos?

**Dr. Florisval Meinão:** Quando lemos a ata de fundação da APM vemos que as questões que eram tratadas em 1930 permanecem em pauta até hoje: promover uma medicina de qualidade e representar e defender o médico na sua atividade profissional junto à sociedade como um todo. Portanto, os objetivos continuam atuais e perenes. A atividade médica passou por grandes transformações. No passado não havia um sistema universal como o SUS, não existiam os planos de saúde, mas os problemas de então ainda persistem. A nossa prioridade é enfrentar os desafios que temos pela frente. O primeiro é o excesso de formação de médicos. Existem mais de trezentas escolas de Medicina no Brasil; a política dos últimos governos foi no sentido de abrir escolas médicas de forma intensa, sem que essas escolas estejam qualificadas para dar uma boa formação. Não têm preceptores com formação adequada para fazer a preceptoria. Nem sempre um bom médico é um bom professor ou preceptor. Também não temos hospitais aparelhados e adequados para o ensino da medicina. A grande verdade é que estamos formando muitos médicos e um número significativo desses

médicos não deveria estar atendendo a população por não terem o conhecimento suficiente para exercer a medicina. Isso é algo muito preocupante. O Conselho Regional de Medicina de São Paulo faz um exame para aferição da qualificação do médico. Não é um exame terminativo, ou seja, quem é reprovado não é impedido de exercer a profissão. E pelo menos 50% dos que participam dessa prova são reprovados. Este é um dos problemas que enfrentamos. Até o momento não conseguimos coibir essa abertura de escolas e dificilmente conseguiremos, porque os interesses políticos e econômicos existentes por trás da

abertura de escolas são muito fortes e acabam falando mais alto do que as ações das entidades médicas.

**BIU:** E quanto às condições de trabalho do médico?

**Dr. Florisval Meinão:** O médico trabalha em condições insatisfatórias, em especial no Sistema Único de Saúde, onde o paciente muitas vezes não tem acesso ao atendimento básico, as filas são longas, a demora para realização de exames e cirurgias também é muito grande e os equipamentos técnicos disponibilizados aos médicos são muito ruins. Por isso o médico tem dificuldade de exercer seu trabalho junto à população e geralmente isso não é levado em conta quando observados maus resultados, o que muitas vezes leva a ações contra o médico na área cível, penal ou no próprio Conselho. Esses maus resultados são considerados erro médico, quando na realidade muitas vezes são consequência da circunstância em que está se exercendo a profissão e até da imprevisibilidade do próprio tratamento. Mesmo tendo boas condições de trabalho muitas vezes o resultado não é bom. Mas a verdade é que o médico trabalha em condições insatisfatórias.

**BIU:** O sr. vê alguma perspectiva de melhora nessas condições de trabalho e de oferta de um atendimento de qualidade?

**Dr. Florisval Meinão:** Atualmente existe um projeto que está em vias de ser aprovado no Senado, que é o projeto do teto de gastos públicos (\*Quando realizada a entrevista, a PEC 241 havia passado na Câmara e aprovada em primeira votação no Senado). Apoiamos a iniciativa do governo atual de limitar os gastos de acordo com a inflação, porque ninguém pode gastar mais do que arrecada. Porém a área da saúde vai ser fortemente penalizada, porque como a

“

**A política dos últimos governos foi no sentido de abrir escolas médicas de forma intensa, sem que essas escolas estejam qualificadas para dar uma boa formação.**





*inflação na saúde é quase o dobro do IPCA, na prática vai representar um congelamento e daqui a alguns anos não teremos recursos sequer para fazer aquilo que fazemos hoje. Isto é muito preocupante. O Brasil investe pouco em saúde. Países com sistema de saúde semelhante ao nosso, de acesso universal e atendimento integral, gastam em média 8% a 9% do PIB em saúde pública. Nós gastamos apenas 3,5% do PIB, ou seja, menos da metade. Portanto, um dos objetivos da APM é lutar por políticas de saúde adequadas e garantir ao médico a sua inserção mercado de trabalho em boas condições. Além de lutar pela boa remuneração e a defesa do médico junto à sociedade.*

**BIU:** De que forma a crise econômica impacta o trabalho da APM?

**Dr. Florisval Meinão:** *Como as entidades são de associação voluntária, em momentos de crise o médico faz opções e nem sempre se associa. Em nosso trabalho à frente da entidade nos últimos cinco anos – estou indo para o sexto e último ano – uma das prioridades tem sido recuperar financeiramente a instituição. Em 2011, quando assumi, a APM gastava 98% do que arrecadava. Era muito para uma associação com fontes de renda muito vulneráveis, como as nossas, que dependemos da boa vontade de os médicos pagarem. Hoje gastamos 75% do que arrecadamos. Fizemos uma readequação para buscar o equilíbrio financeiro. Conseguimos fazer um saldo de caixa para construir um edifício no terreno do nosso estacionamento, que estava em vias*

*de ser desapropriado pela Prefeitura. Antes da mudança da lei de Zonamento nós conseguimos protocolar um projeto para construção de um edifício de 22 andares, que está em fase de construção, com previsão de término das obras em janeiro de 2018. É um edifício residencial e será uma nova fonte de renda para a APM. Isso mostra nossa preocupação com a sustentabilidade da Associação. Os recursos que temos hoje em caixa são suficientes para fazer esta construção sem necessidade de venda de unidades e sem necessidade de empréstimos. Ao comemorar seus 86 anos a APM completa um ciclo que começou em 2011, quando nosso grupo assumiu, de recuperação financeira, administrativa e patrimonial pensando em sua sustentabilidade.*

# UROLOGIA

CONHEÇA AS OPINIÕES DE TRÊS ESPECIALISTAS SOBRE QUANDO DEVE SER REALIZADA A REPOSIÇÃO HORMONAL MASCULINA?

**O** TEMA DESTA EDIÇÃO FOI ABORDADO PELA ENDOCRINOLOGISTA MARIA IZABEL CHIAMOLERA, PELO GERIATRA NELSON CARVALHAES NETO E PELO UROLOGISTA FERNANDO NESTOR FACIO JR.





## A VISÃO DO GERIATRA

*Nelson Carvalhaes Neto, geriatra e médico sênior do Check-Up Fleury*

Os clínicos que tratam de indivíduos idosos, sobretudo daqueles com mais de 85 anos, necessariamente se veem diante de pacientes portadores de múltiplas comorbidades. Hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, osteoartrose, osteoporose, depressão, demências e outras doenças neurodegenerativas, distúrbios do sono, alterações visuais e auditivas - dentre muitas outras - são as condições crônicas que não são curáveis, como são uma fratura ou uma infecção aguda, mas sim passíveis de controle. A correta gestão dessas comorbidades - através de mudanças de estilo de vida, terapia física e tratamentos farmacológicos ou não - tem como objetivo evitar o declínio funcional. E aí chegamos à essência da Geriatria e do papel do geriatra, que é o de manter a função apesar da existência quase inexorável das condições crônicas. O objetivo do trabalho do médico e de toda a equipe multiprofissional encarregada do tratamento de pessoas idosas é contribuir para uma vida longa e livre de incapacidades, zelando para que se mantenham autônomas pelo maior tempo possível, abreviando ao máximo o período de dependência que frequentemente antecede o óbito. É

o que chamamos de promoção do envelhecimento bem sucedido.

Portanto, o nosso dia a dia é receber em nossos consultórios pacientes acompanhados de suas famílias se queixando de quadros funcionais, tais como declínio cognitivo, alterações na mobilidade, instabilidade da marcha e quedas, incontinência urinária, dentre outras. Essas síndromes geriátricas potencialmente geradoras de dependência são multifatoriais: a instabilidade da marcha pode ser secundária a uma osteoartrose, somada a um distúrbio visual e a um parkinsonismo. A fratura secundária a uma queda pode ser precipitada pela osteoporose e por um piso escorregadio ou um calçado mal adaptado. A correção de um único fator pode não reduzir de maneira substancial o risco de um desfecho adverso. Para que a nossa intervenção tenha um impacto real na funcionalidade é necessária uma visão generalista abrangendo e até transcendendo os vários domínios da clínica médica.

Outra característica dos nossos pacientes idosos é a baixa especificidade de suas queixas. Observações genéricas tais como “fraqueza”, “fadiga”, “cansaço” e sinais clínicos inespecíficos, tais como confusão mental, sonolência e inapetência, podem ser a expressão de situações

clínicas as mais diversas, exigindo do clínico conhecimento, sensibilidade e disposição para diagnosticar situações que podem ser, de maneira errônea, facilmente atribuídas somente à idade (o que os americanos chamam de “ageism”, análogo a outras discriminações tais como “racism” e “sexism”). Todo esse preâmbulo se presta a definir o contexto no qual é diagnosticado o hipogonadismo masculino - e indicada a reposição hormonal - no consultório do geriatra.

Na maior parte das vezes o homem idoso hipogonádico não se apresenta ao médico queixando-se de queda de libido ou disfunção erétil. Na clínica geriátrica esse diagnóstico é evocado diante de um idoso apático, queixando-se de fraqueza, com alteração da mobilidade, marcha instável e histórico de quedas. Esse fenótipo, de fácil caracterização clínica, mas de difícil conceituação teórica e fisiopatológica, é chamado de “síndrome da fragilidade”.

Estudos transversais e longitudinais mostram que o envelhecimento se acompanha de redução da testosterona sérica, do aumento da globulina ligadora do hormônio sexual (SHBG) e do conseqüente declínio da testosterona livre. O Baltimore Longitudinal Study of Aging mostrou uma porcentagem crescente de indivíduos hipogonádicos (definidos com aqueles com testosterona total <325ng/dL) com o avanço da idade: 20% aos 60 anos, 30% aos 70 anos e 50% aos 80 anos. Observa-se também nesse grupo uma menor variabilidade diurna na concentração da testosterona (normalmente mais elevada pela manhã). As gonadotrofinas se elevam no homem idoso (FSH mais do que LH), mas não tanto



**A reposição hormonal deve ser sempre considerada diante de um homem idoso em quem o hipogonadismo é entendido como um dos fatores implicados na síndrome da fragilidade.**

a ponto de nos fazer crer que o hipogonadismo do idoso seja somente por declínio da função testicular. Mais razoável é supor que ele seja de causa primária (testicular) e secundária (hipofisária).

E a reposição hormonal? Ela deve ser sempre considerada diante de um homem idoso em quem o hipogonadismo é entendido como um dos fatores implicados na síndrome da fragilidade. Bem entendido, os potenciais efeitos ad-

versos dessa terapia devem ser observados, sobretudo o agravamento de patologias prostáticas (câncer e hiperplasia benigna), apneia do sono e eritrocitose.

As evidências dos benefícios da reposição hormonal em homens idosos hipogonádicos não são conclusivas. Aumento da densidade óssea e da massa muscular são efeitos comprovados. Aumento de força muscular e da performance física geral e melhora do humor e da qualidade

de vida carecem de comprovação.

A administração da testosterona se dá comumente por via intramuscular ou transdérmica. Pessoalmente, dou preferência à testosterona tópica sob a forma de gel, na dose inicial diária de 25mg, chegando a 50mg a depender da resposta terapêutica e dos efeitos secundários. Diferente da via intramuscular, o gel transdérmico permite a interrupção imediata do tratamento diante de efeitos adversos.



## A abordagem deve ser individualizada

*Maria Izabel Chiamolera, médica endocrinologista da Universidade Federal de São Paulo e médica assessora de Endocrinologia do Fleury Medicina e Saúde. Foi fellowship em Endocrinologia no Johns Hopkins Hospital.*

A reposição hormonal masculina é um assunto controverso. Está bem estabelecido que nos indivíduos com diagnóstico evidente de hipogonadismo essa reposição é benéfica, levando ao adequado desenvolvimento e manutenção dos caracteres sexuais secundários, melhora na função sexual, no humor e bem-estar geral, aumento de massa muscular e da densidade e qualidade do osso, assim como redução de gordura corporal. Por outro lado, essa reposição tem sido estendida aos indivíduos idosos com redução dos níveis androgênicos relacionada com a senescência e sintomas inespecíficos compatíveis com hipogonadismo, condição conhecida como hipogonadismo de aparecimento tardio, e para esse grupo os efeitos benéficos da reposição são menos evidentes e ainda não encontram respaldo unânime na literatura. Nos Estados Unidos a prescrição de testosterona

cresceu de 25% a 30% na década passada, principalmente após a introdução da testosterona transdérmica, apesar da não modificação da prevalência do hipogonadismo nesse mesmo período, mostrando com isso o aumento do uso dessa reposição hormonal no grupo de pacientes com redução das concentrações de testosterona relacionadas à senescência.

As recomendações atualmente mais aceitas são as elaboradas por um comitê de especialistas da *Endocrine Society* em 2010 e que sugerem que o diagnóstico de hipogonadismo seja restrito àqueles homens que apresentem sinais e sintomas consistentes com o quadro de deficiência hormonal e exames laboratoriais com padrão inequívoco de baixa concentração sérica de testosterona. Para esse painel de especialistas, a recomendação é que seja realizada a dosagem da testosterona só em indivíduos com queixas clínicas compatíveis com

hipogonadismo e não está indicada a realização de *screening* populacional. Contudo, algumas condições clínicas podem apresentar redução dos níveis séricos de testosterona e efeitos positivos com a reposição hormonal tais como: indivíduos que apresentaram doença ou lesão em região de sela túrcica, uso de medicações como opióides e glicocorticoides, perda de peso associada a infecção pelo HIV, doença renal em estágio avançado e hemodiálise de manutenção, doença pulmonar obstrutiva crônica moderada ou grave, diabetes mellitus do tipo 2, infertilidade e indivíduos jovens com osteoporose ou fratura por trauma de baixa intensidade. E nesse grupo é recomendada a dosagem de testosterona total.

O diagnóstico clínico de hipogonadismo não é um assunto trivial. Uma boa parte dos sinais e sintomas são inespecíficos e as características clínicas avaliadas para essa síndrome dependem de diversos fatores, tais como a idade do início da deficiência androgênica, presença de outras comorbidades, gravidade e duração do hipogonadismo, variação na sensibilidade aos andrógenos e tratamento prévio com testosterona. Os sinais e sintomas mais específicos são o retardo ou ausência do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários,



**A terapia de reposição com testosterona é recomendada em indivíduos sintomáticos com a síndrome clássica de deficiência androgênica.**

o déficit de altura em crianças e adolescentes, habitus eunucóide, redução da libido e da atividade sexual, redução na ereção espontânea, ginecomastia, redução nos pelos axilares e pubianos, diminuição na frequência do barbear, redução do tamanho testicular, infertilidade, redução da densidade óssea, fraturas e fogachos. Outros sinais menos específicos são: alterações de humor (depressão), fadiga, redução do vigor físico, perda de memória, alterações do padrão de sono, anemia discreta (parâmetros similares aos dos valores de referência para mulheres), diminuição de massa muscular, aumento da gordura corporal e do índice de massa corpórea (IMC). Em estudos populacionais com indivíduos de meia-idade e idosos, a presença de redução de libido, disfunção erétil e fogachos associaram-se à redução da concentração de testosterona, com uma prevalência de deficiência androgênica sintomática nessas populações ao redor de 6%. Outros fatores importantes associados ao hipogonadismo foram obesidade e diabetes.

Para a avaliação da concentração sérica de testosterona, a recomendação é a realização da dosagem da testosterona total pela manhã (devido ao ritmo circadiano), caso sejam detectados valores baixos de testosterona, a confirmação com um novo teste deve ser feita, devido à possibilidade de ocorrência de valores transitoriamente abaixo do limite inferior da referência, mesmo em indivíduos saudáveis. Importante lembrar que a coleta do exame deve ser evitada durante a ocorrência de doenças agudas ou subagudas. A avaliação dos níveis séricos de SHBG e da testosterona livre também devem ser realizadas em indivíduos com concentrações de testosterona total no limite inferior da normalidade e em quem se suspeita de alterações da SHBG, que podem ocorrer na obesidade, no envelhecimento, diabetes, hipo e hipertireoidismo, acromegalia e com o uso de algumas medicações. Como a disponibilidade da dosagem

de testosterona livre de maneira direta é muito restrita, é aceitável o cálculo da fração livre usando as dosagens da testosterona total e SHBG.

O limite inferior de normalidade populacional para a testosterona, no qual os efeitos adversos da deficiência androgênica ocorrem e na faixa a qual pertence o paciente em que a reposição de testosterona pode ser benéfica, ainda não é bem definido. Esse valor parece variar quanto à apresentação dos sintomas e os efeitos nos órgãos alvo; contudo, para a maioria dos sintomas parece que o valor inferior de normalidade para o adulto jovem é o mais aceito (aproximadamente 300ng/dL).

A avaliação clínica dos indivíduos com suspeita de hipogonadismo deve também incluir um exame clínico geral para descartar doenças sistêmicas, uso de medicações e drogas que afetem a síntese e o metabolismo dos andrógenos como opioides, glicocorticoides e metadona, desordens alimentares e exercício excessivo, pois essas condições podem levar à redução transitória dos níveis de testosterona.

Uma vez estabelecido o diagnóstico de baixos níveis de testosterona, outros exames como dosagens de LH e FSH devem ser realizados, para distinguir entre hipogonadismo primário (hipogonadismo hipergonadotrófico) e hipogonadismo secundário, de origem hipofisária-hipotalâmica (hipogonadismo hipogonadotrófico). A partir dessa determinação outras avaliações serão necessárias para definir o diagnóstico etiológico, tais como cariótipo, ressonância magnética de sela túrcica, dosagem de prolactina e outros exames para avaliação de função hipofisária.

A terapia de reposição com testosterona é recomendada em indivíduos sintomáticos com a síndrome clássica de deficiência androgênica, nos indivíduos com níveis reduzidos de testosterona e de libido e naqueles com disfunção erétil, após investigar outras causas para essa condição. O

uso da testosterona é contraindicado em indivíduos com câncer de mama ou de próstata (sempre avaliar risco antes de iniciar a terapia), pacientes com hematócrito superior a 50%, apneia do sono obstrutiva não tratada, alterações importantes em trato urinário inferior, insuficiência cardíaca sem controle e naqueles pacientes que almejem a fertilidade.

Os estudos clínicos mostram que existe uma redução nos níveis de testosterona total e livre com o decorrer da idade, e que essa queda é mais acentuada na oitava década de vida. Essa queda é variável e pode ser afetada por todos os fatores já citados anteriormente. Por isso, não é preconizado o uso de testosterona para todo o idoso com redução da concentração sérica do hormônio. O recomendado pela literatura é uma abordagem individualizada, discutindo caso a caso, os riscos e benefícios dessa reposição hormonal. Dependendo da gravidade dos sintomas apresentados, pode-se usar como parâmetro inferior de normalidade o usado para o adulto jovem, como já citado anteriormente, ou valores até mais baixos, como 200ng/mL. Contudo, os estudos randomizados realizados até o momento, controlados com placebo, não conseguiram determinar se o uso do hormônio foi benéfico ou se ocorreram consequências significativas do ponto de vista da próstata e da taxa de eventos cardiovasculares.

Pacientes com baixos níveis de testosterona e perda de peso associada a infecção por HIV podem se beneficiar do uso da testosterona por um curto período, para manutenção do peso e ganho de massa magra e força muscular. Assim como os pacientes em uso de altas doses de glicocorticoides que também apresentam ganho de massa magra e de densidade mineral óssea.

#### REFERÊNCIAS

Bhasin S, Cunningham GR, Hayes FJ, Matsumoto AM, Snyder PJ, Swerdloff RS, Montori VM; Task Force, Endocrine Society. *Testosterone therapy in men with androgen deficiency syndromes: an Endocrine Society clinical practice guideline*. J Clin Endocrinol Metab. 2010, 95(6):2536.



## Paciente submetido à reposição deve ter acompanhamento programado

*Fernando Nestor Facio Jr., doutor em Urologia pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), professor e responsável pelo Ambulatório de Saúde Masculina – FUNFARME – FAMERP e pós-doutorado em Medicina Sexual pela Johns Hopkins University*

**D**iante de um paciente com hipogonadismo hipogonadotrófico, devemos considerar: quais as implicações da deficiência de testosterona?

O hipogonadismo é uma síndrome clínica e bioquímica que pode estar associada a uma diminuição na qualidade de vida (QoL) do homem e é caracterizada por sinais e sintomas típicos e níveis baixos de testosterona sérica que causam prejuízo e afetam negativamente a função de múltiplos órgãos e sistemas (Rhoden EL, Averbek MA, Teloken PE – 2008). Com o envelhecimento, 20 a 30% dos homens apresentaram queda dos níveis de testosterona com repercussão clínica, caracterizando o Distúrbio Androgênico do Envelhecimento Masculino (DAEM) e a prevalência em homens com mais de 45 anos de idade é de 39% (Nardoza Junior A, Fregonesi A, Jardim CR, Guilhermino DA – 2006). A testosterona é o principal andrógeno produzido pelos testículos e sua deficiência resulta em sintomas e sinais predominantemente na esfera sexual. Entre os sintomas mais característicos estão a redução ou perda da libido e do vigor sexual, diminuição das ereções espontâneas, disfunção erétil, ginecomastia e rarefação pilosa. O quadro clínico do hipogonadismo é bastante amplo e envolve um conjunto de

outras situações e manifestações clínicas como: diabetes, depressão, tireoidopatias, perda de massa muscular e diminuição da força, redução da massa óssea, aumento da gordura visceral, sensação de cansaço, fadiga e apatia, redução da energia e motivação e distúrbios cognitivos (Matsumori A, Bremner WJ – 2011).

### Como devemos proceder para fazer o diagnóstico de hipogonadismo?

A avaliação inicial deve incluir a determinação de Testosterona Total (TT) de preferência matinal e o diagnóstico deve ser confirmado com nova medida de TT e, em situações onde a TT seja limítrofe ou há suspeita de anormalidade da Globulina Carreadora dos Hormônios Sexuais (SHBG), é recomendada a dosagem de testosterona livre ou biodisponível (Bhasin S, Gunningham G, Hayer F, Matsubara A, Snyder P, Swerdloff RS, et al. – 2010). A diminuição da SHBG, por sua vez, pode estar associada à presença de obesidade, resistência insulínica, diabetes mellitus e hipotireoidismo.

### Quais são benefícios decorrentes da reposição de testosterona em homens hipogonádicos na função sexual?

A disfunção sexual afeta significativamente a qualidade de vida do homem e acomete uma grande parcela de homens

com mais de 60 anos em todo o mundo. O tratamento com testosterona melhora a função sexual e restaura a libido em homens hipogonádicos já nos primeiros meses de tratamento (Zitzmann M, Matern A, Hanisch J, Gooren L, Jones H, M. M – 2013). A testosterona ainda aumenta o fluxo arterial peniano e melhora a resposta aos inibidores da fosfodiesterase tipo 5 no corpo cavernoso humano (Aversa A, Isidori A, Spera G, Lenzi A, Fabbri A – 2003 – e Cunningham GR, Stephens-Shields AJ, Rosen RC, Wang C, Bhasin S, Matsumoto AM, et al. – 2016).

### Quais os benefícios na restauração da massa óssea, força muscular e composição corporal?

Promove aumento da densidade mineral óssea, significativo aumento da densidade óssea em coluna lombar e quadril (Morgentaler A, Khera M, Maggi M, Zitzmann M – 2014). A testosterona é capaz de aumentar a massa magra e a força muscular dos membros inferiores e reduzir a massa gorda em homens hipogonádicos jovens e idosos (Morgentaler A, Khera M, Maggi M, Zitzmann M – 2014).

### Quais os benefícios na melhora do humor, da qualidade de vida e das funções cognitivas?

A prevalência dos sintomas depressivos aumenta com a idade, bem como a diminuição dos níveis de testosterona (Perry PJ, Yates WR, Williams RD, Andersen AE, MacIndoe JH, Lund BC, et al. – 2002). A relação causal da deficiência androgênica com a regulação do humor ainda é discutida, porém, testes cognitivos demonstraram que a reposição com testosterona, melhora a memória verbal e a memória espacial (Cherrier MM, Craft S, Matsumoto A – 2003).



**Apesar da contraindicação clássica do emprego de terapia de reposição com testosterona em homens com diagnóstico ou suspeita de CaP, não há evidência convincente de que a normalização dos níveis de testosterona séricos seja deletéria.**

### Qual a Influência sobre o metabolismo de carboidratos e lipídeos?

Alguns autores sugerem que ela aumenta a sensibilidade à insulina e diminui o risco de aparecimento de diabetes mellitus não insulino-dependente (Boyanov MA, Boneva Z, Christov VG – 2003). Em homens portadores de hipogonadismo e diabetes tipo 2, a reposição com testosterona diminuiu a glicemia e a hemoglobina glicada (Boyanov MA, Boneva Z, Christov VG – 2003). Portanto, a reposição em homens idosos com baixos níveis de testosterona exerce efeitos benéficos sobre a sensibilidade à insulina, o humor, a libido e a qualidade de vida (Morgentaler A, Khera M, Maggi M, Zitzmann M – 2014).

### Há redução de mortalidade com a reposição de testosterona em pacientes hipogonádicos?

A Doença Cardiovascular (DCV) é a principal causa de morte na maioria dos países desenvolvidos, com um número estimado de 17,3 milhões de mortes no mundo por ano (Lasslett LJ, Alagona PJ, Clark BA, Drozda JJP, Saldivar F, Wilson SR, et al. – 2012). Os homens estão em maior risco para DCV do que as mulheres na pré-menopausa, sugerindo uma possível influência de hormônios sexuais (Yang XP, Reckelhoff JF – 2011). Tanto a DCV quanto ao hipogonadismo hipogonadotrófico são doenças relacionadas ao envelhecimento; elas compartilham fatores de riscos como a idade, obesidade, diabetes, consumo de álcool e doenças crônicas. Níveis sanguíneos de testosterona menores do que 241ng/dL associam a maior mortalidade, em especial por DCV (Laughlin GA, Barrett-Connor E, Bergstrom J – 2008). Há evidências de que o tratamento do hipogonadismo pode reduzir a mortalidade cardiovascular. Estudo com seguimento de 6 anos mostrou que o efeito do baixo nível de testosterona prevê um aumento na mortalidade por todas as causas durante longo prazo de acom-

panhamento. A reposição de testosterona pode melhorar a sobrevida em homens hipogonádicos com diabetes tipo 2 (Muraleedharan V, Marsh H, Kapoor D, Channer KS, Jones TH – 2013). Estudo populacional mostrou que o homem hipogonádico está significativamente associado à Doença Cardíaca Coronariana (DCC) e morte cardíaca repentina ou arritmia com risco de morte (Saigal CS, Gore JL, Krupski TL, Hanley J, Schonlau M, Litwin MS – 2007). Vários estudos também analisaram a associação entre testosterona biodisponível e mortalidade cardiovascular, e todos indicavam que um risco mais alto de mortalidade CV estava associado a níveis mais baixos de testosterona biodisponível (Laughlin GA, Barrett-Connor E, Bergstrom J – 2008 –; Malkin CJ, Pugh PJ, Morris PD, Asif S, Jones TH, Channer KS – 2010 – e Menke A, Guallar E, Rohrmann S, Nelson WG, Rifai N, Kanarek N, et al. - 2010).

### Qual a relação entre níveis de testosterona e câncer da próstata?

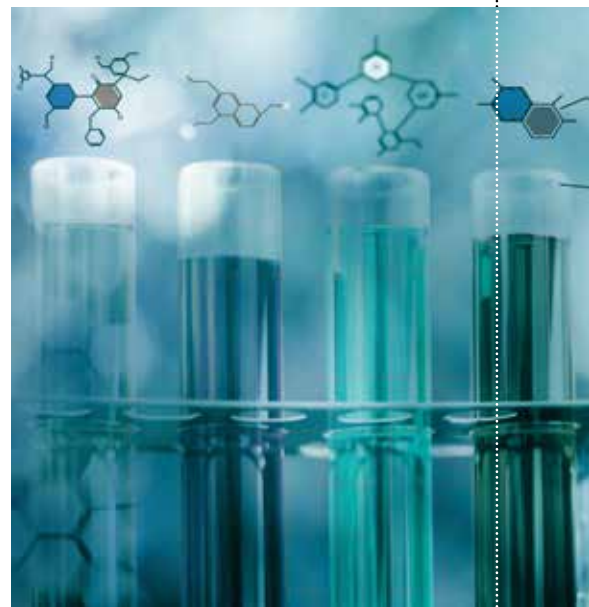
Repor testosterona se associa a um maior risco de câncer de próstata? Com o aumento na expectativa de vida e sobrevida do câncer prostático (CaP), espera-se um número maior de diagnósticos de hipogonadismo em homens submetidos ao tratamento potencialmente curativo do CaP. Apesar da contraindicação clássica do emprego de terapia de reposição com testosterona (TRT) em homens com diagnóstico ou suspeita de CaP, não há evidência convincente de que a normalização dos níveis de testosterona séricos em homens com baixos níveis seja deletéria. Em poucas séries de casos que descreveram a TRT após o tratamento do CaP, não houve casos de progressão clínica ou bioquímica do tumor e os dados disponíveis sugerem que a TRT pode ser considerada em homens hipogonádicos selecionados, previamente tratados curativamente para o CaP de baixo risco e sem evidência de doença ativa.

### Quais as possibilidades de tratamento do hipogonadismo disponíveis no mercado Brasileiro?

É importante esclarecer que o tratamento de reposição hormonal do hipogonadismo masculino deve ser realizado com testosterona, salvo se o paciente desejar fertilidade ainda. Os principais objetivos do tratamento são restaurar as concentrações séricas de testosterona para manter e recuperar as funções sexuais, proporcionar o desenvolvimento de massa muscular, melhorando a composição corporal e manter ou aumentar massa óssea. Além de melhorar a energia, vitalidade e humor.

### CONCLUSÃO

Qualquer paciente submetido à terapia de reposição com testosterona requer um acompanhamento programado. Durante o primeiro ano de terapia, os homens devem ser monitorados em intervalos de 3 a 6 meses e pelo menos anualmente depois disso. Uma avaliação clínica e andrológica completa é obrigatória em cada visita. A avaliação com o exame de toque retal, bioquímica dos níveis hormonais, hematócrito (Hct) e do antígeno prostático específico (PSA) é indispensável.



# ADMINISTRAÇÃO MÉDICA

## UMA NOVA CARREIRA OU UMA NECESSIDADE PARA TODOS OS MÉDICOS?

*José Marcelo Amatzuzi de Oliveira, Superintendente Executivo de Negócios do A.C. Camargo Cancer Center. Doutor em Radiologia Clínica pela UNIFESP, Fellowship Clínico na Cleveland Clinic, OH (EUA) e MBA Executivo Internacional pela FIA.*

**A**pós sólida carreira como radiologista, desenvolvida tanto na UNIFESP quanto no Grupo Fleury, onde atuei por 20 anos, gradualmente foram sendo apresentadas novas oportunidades de colaborar com a gestão de serviços de saúde. Inicialmente, na área de Radiologia, mas com o tempo houve a ampliação da abrangência e também colaborei em outras especialidades médicas. Atualmente atuo com serviços de saúde para Oncologia.

A migração da atividade clínica para a gestão é um caminho conhecido pela grande maioria dos médicos. Iniciamos nossa carreira com o objetivo de cuidar de pacientes e ao longo dessa jornada percebemos que no sistema de saúde o médico é um líder natural e a sua atuação profissional exige mais do que o conhecimento técnico, seja como autônomo no consultório ou em hospitais, como membro de uma empresa de saúde, ou até mesmo como cientista.

Para o médico contribuir efetivamente com a gestão de serviços de saúde é necessário buscar qualificação para ampliar sua capacidade de colaborar com soluções para a saúde.

Ao desenvolver conhecimentos básicos de gestão, mesmo permanecendo na atividade clínica ou cirúrgica, o médico ampliará a sua competência para cuidar das pessoas e gerar valor para a sociedade. A Urologia, por exemplo, é uma especialidade que compreende, de modo amplo, atendimentos cirúrgicos, clínicos e diagnósticos. Em cada uma dessas frentes as oportunidades se expandem e exigem cada vez mais do urologista, que somente conseguirá ampliar a sua contribuição por meio de uma equipe de profissionais de saúde composta por vários perfis: enfermeiros, fisioterapeutas, auxiliares administrativos, entre outros.

Para lidar com a complexidade das relações profissionais é necessário planejamento, gestão de processos e desenvolvimento de equipes multiprofissionais, entre outros aspectos. Além dessas atividades mais relacionadas à atuação do médico como líder de equipe, é preciso lembrar que existem outras frentes importantes que devem fazer parte do processo sistêmico, como a escolha de insumos ou equipamentos médicos, negociação com operadoras de planos de saúde ou com gestores administrativos de hospitais, centros diagnósticos e clínicas multi-

profissionais. Há, ainda, a definição do custo e preço dos serviços e o acompanhamento dos recebimentos, com a verificação de glosas e inadimplências. Vejam que estamos considerando a grande maioria dos médicos que permanecem na atividade direta de cuidar das pessoas. Para esses profissionais a sugestão é dedicar algum tempo para leitura de temas centrais de gestão: liderança, planejamento estratégico, gestão de serviços, empreendedorismo, marketing de saúde, medicina baseada em evidências e aspectos legais da prática médica. É impossível encontrar uma única fonte para tantos temas. Um meio conveniente para buscar este conhecimento está nas revistas científicas. Essas publicações incluem textos sobre gestão, que estão cada vez mais frequentes. Geralmente as referências contêm as obras fundamentais de cada tema. Para aqueles que decidirem ir além, a recomendação é buscar cursos de curta duração nas sociedades médicas, escolas de administração ou mesmo cursos on line. Qualquer um destes caminhos



**Ao desenvolver conhecimentos de gestão, mesmo permanecendo na atividade clínica ou cirúrgica, o médico ampliará a sua competência para cuidar das pessoas e gerar valor para a sociedade.**

permitirá que o profissional construa uma visão integrada sobre os componentes da cadeia de valor em saúde, independentemente do seu papel.

Já para os profissionais que tiverem ainda mais interesse em desenvolver temas de gestão, a recomendação são os cursos de MBA. Há que se decidir entre os programas de instituições de saúde ou aqueles organizados por escolas de administração de empresas para os profissionais de saúde. Existem também os programas clássicos de MBA, voltados a gestores de todos os setores da economia. A escolha da melhor opção depende dos objetivos de cada profissional e deve incluir a análise detalhada do programa, dos docentes e do perfil das turmas (idade, formação e experiência).

Na minha visão, optar por um programa geral é mais enriquecedor porque o perfil dos professores e dos colegas de turma é mais diversificado, contribuindo para ampliação das capacidades de gestão e para a troca de experiências. Nesse caso, é necessário fazer as correlações do conceito geral aplicado para o setor de saúde, que no início pode ser um desafio, mas trará maior capacidade de inovação, construindo competência profissional. Além disso, após seis anos de curso médico e três de residência, o médico acumula vasto conhecimento dos sistemas de saúde para suprir as necessidades básicas; e frequentar um curso organizado por uma instituição de saúde pode ter muita redundância.

Para concluir, poucos colegas decidirão pela carreira de gestão logo de início. Esses poucos casos buscarão uma formação nacional ou internacional especializada, ao invés de iniciar um programa de residência médica. Outros, como eu, combinarão atividades médicas e gestão por algum tempo e terminarão migrando completamente para a gestão. Esta decisão acaba sendo dolorosa pela complexidade que um redirecionamento de car-

reira acarreta quando envolve atividades médicas com gestão, o que pode tornar o dia insuficiente para acomodar todas as atividades profissionais e pessoais. Um dos principais motivos para considerar essa transição de carreira é perceber que o propósito profissional continua sendo “cuidar dos pacientes”, mesmo que indiretamente. O esforço de atualização é contínuo, para acompanhar a evolução dos conhecimentos de gestão. Na fase mais madura da carreira de gestão, o profissional prossegue o seu contínuo desenvolvimento, compartilhando experiências com as equipes das instituições em que atua, por meio de projetos desenvolvidos com auxílio de consultorias, ou nos eventos setoriais e nas próprias atividades e projetos que participa. É uma necessidade intrínseca, muito semelhante ao constante aprimoramento que todo médico deve perseguir também na sua atividade clínica ou acadêmica.



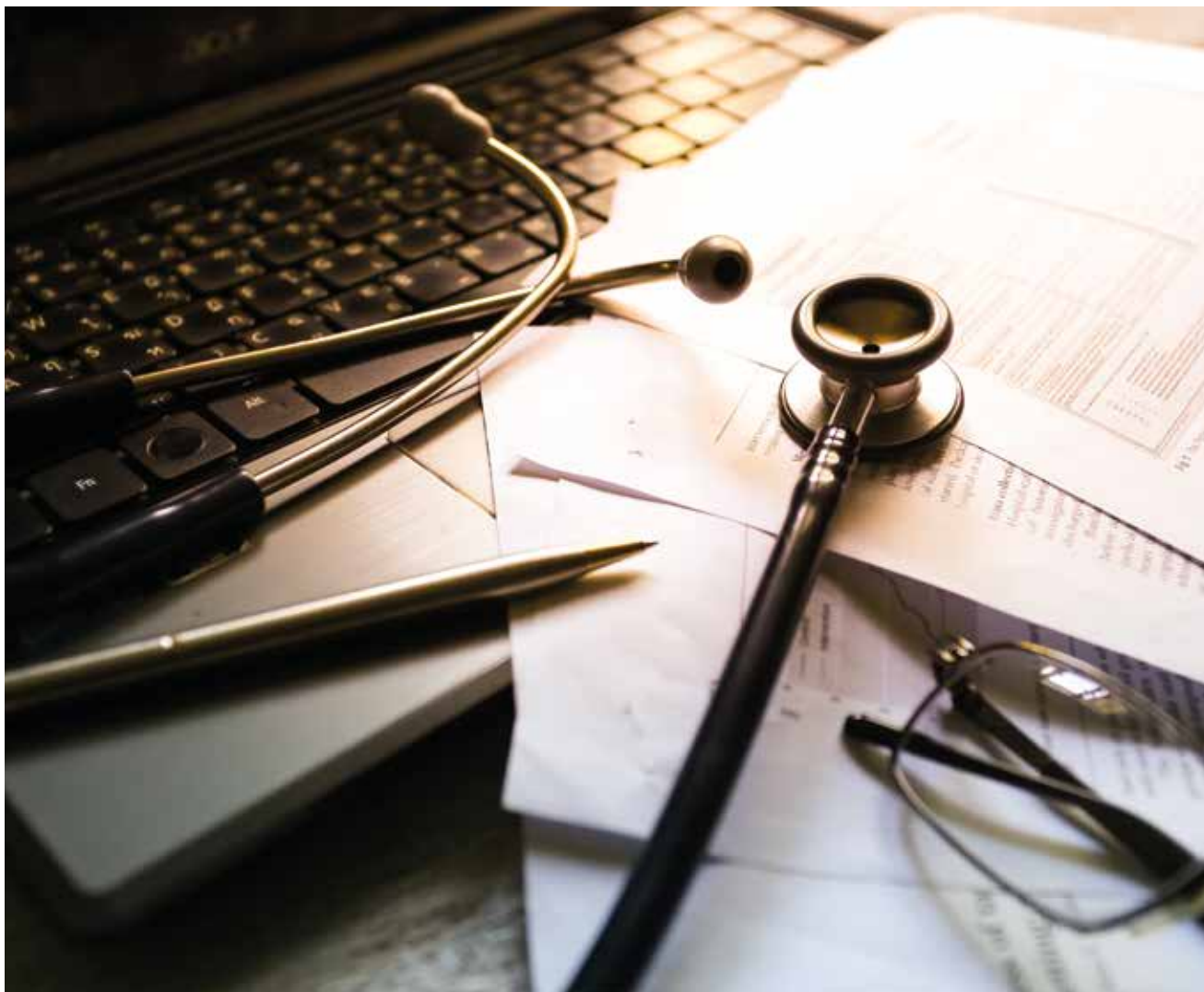
## LEITURA RECOMENDADA:

**GESTÃO EM SAÚDE.** Vecina & Malik, 2a edição, Editora Guanabara (2016).

**GOVERNANÇA CORPORATIVA EM SAÚDE: CONCEITOS, ESTRUTURAS E MODELOS.** Organizador: Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. St Paul Editora (2014).

**A SAÚDE DOS PLANOS DE SAÚDE: OS DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA PRIVADA NO BRASIL;** Drauzio Varela e Maurício Ceschin. Editora Paralela (2014).

**REDEFINING HEALTHCARE. CREATING VALUE-BASED COMPETITION ON RESULTS.** Michael Porter. Harvard Business School Ed (2006)



# COMO ECONOMIZAR E APLICAR RECURSOS EM **TEMPOS DE CRISE**



*José Rubens Alvarez, economista e sócio proprietário da empresa  
Zr Consultoria Econômica e Financeira Ltda.*



**E**m tempos de inflação alta e desequilíbrio nos principais fundamentos da economia, é natural que queiramos preservar o nosso patrimônio e protegê-lo do efeito perverso que é a corrosão causada pela inflação. Mas para entendermos melhor o que isso significa, cabe salientarmos dois aspectos importantes do linguajar econômico. O primeiro: o que é inflação?

A noção de inflação em economia surgiu em 1838 e significa o aumento dos preços que acontece de forma persistente e generalizada e que resulta na diminuição do poder de compra de bens e serviços. Uma das causas da inflação é o aumento da emissão de papel-moeda pelo Governo para cobrir os gastos do Estado. Quando isso acontece, há um maior volume de dinheiro em circulação no mercado, mas sem criação de riqueza ou aumento de produção. Nestes casos, é exigida maior quantidade de dinheiro para adquirir a mesma quantidade de produto, resultando em inflação.

Outras causas da inflação estão relacionadas com o aumento exagerado do preço de um bem básico como, por exemplo, energia elétrica ou petróleo, ou, ainda, pela elevação ou excesso de consumo, aumentando a procura do produto e, conseqüentemente, o seu preço.

Existem diversos tipos de inflação, mas os mais importantes são:

**1. INFLAÇÃO DE DEMANDA.** Quando há excesso de demanda de um produto em relação à produção disponível, ou seja, muita procura de um mesmo bem, como por exemplo o petróleo. As chances de a inflação da demanda acontecer aumentam quando a economia não é capaz de produzir acima da procura. Para a inflação de demanda ser combatida é necessário que a política econômi-

ca se baseie em instrumentos que provoquem a redução da procura.

**2. Inflação de Custos.** O nível da demanda permanece o mesmo e os custos aumentam. Com o aumento dos custos ocorre uma retração da produção, fazendo com que os preços de mercado também sofram aumento. Uma das causas mais comuns da inflação de custos é o aumento do preço de uma matéria-prima básica, que provoca um super aumento nos custos da produção, fazendo com que o custo final do bem ou serviço aumente.

Atualmente o IPCA (Índice de Preços ao Consumidor Amplo) é considerado o índice oficial de inflação do país, medido mensalmente pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). O segundo conceito econômico que temos que analisar é: o que é um ganho ou aumento real, ou seja, quando vencemos a inflação de um período analisado?



**Para preservarmos  
nosso patrimônio  
ou buscarmos ganhos  
reais de qualquer  
investimento temos  
que nos basear  
nos valores de  
inflação para um  
determinado período.**

Vamos tomar como exemplo o ano atual, 2016. A expectativa de inflação estimada para esse ano é de 7,34% (Dados do Banco Central do Brasil). Ora, se há um aumento de 8,5% em determinado bem ou serviço, isso quer dizer que houve um aumento de 1,08 ponto percentual acima da inflação, ou ganho real por exemplo, se estivéssemos falando de salários.

Para preservarmos nosso patrimônio ou buscarmos ganhos reais de qualquer investimento temos que nos basear nos valores de inflação real ou estimada para um determinado período. Para protegermos o nosso rico dinheirinho temos que analisar o que o mercado nos oferece. Há duas maneiras de diversificar as aplicações: Renda Fixa e Renda Variável.

## RENDA FIXA

Na Renda Fixa os ganhos são conhecidos quando do momento da aplicação. Exemplo: Poupança, CDB, Fundos DI. Esses investimentos se subdividem em: pós ou prefixado. Exemplos:

**1. CERTIFICADOS DE DEPÓSITO BANCÁRIO (CDB).** São títulos nominativos emitidos pelos bancos e vendidos ao público como forma de captação de recursos. A rentabilidade dos CDBs é expressa em forma de um percentual da taxa de juros de mercado, o CDI. CDI é um título de emissão das instituições financeiras, que lastreia as operações do mercado interbancário, ou seja, transações entre bancos. Os CDBs podem ser pré-fixados ou pós-fixados. O fator de rentabilidade dos prefixados leva em consideração o valor que foi aplicado e o prazo de vencimento do investimento. Assim, existe um prazo mínimo para manter a aplicação: quanto maior o prazo de vencimento, maior a taxa de rentabilidade. Quando resgatados num prazo menor do



**As taxas de administração cobradas pelas instituições podem afetar a rentabilidade. Taxas a partir de 1,5% são altas e não recomendadas.**

que aquele mínimo previsto (30, 60 ou 90 dias) a rentabilidade estabelecida ficará comprometida.

**2. RECIBO DE DEPÓSITO BANCÁRIO (RDB).** Possui as mesmas características de um CDB, sendo que este não pode ser negociado antes do vencimento, ou seja, o RDB não tem liquidez antes do vencimento. Se o investidor precisar do recurso antes do vencimento, em casos excepcionais o RDB poderá ser cancelado, o que acarretará ao investidor a perda de todo o rendimento, recebendo apenas o valor do principal.

**3. LETRA DE CRÉDITO IMOBILIÁRIO (LCI).** São títulos de renda fixa baseados em empréstimos imobiliários. O lastro de uma LCI são imóveis dados em garantia em financiamentos imobiliários e, com base no valor desses bens, a instituição emite as LCIs. Este lastro é o que garante a operação de crédito e, portanto, o pagamento do valor tomado como

empréstimo e o juro da operação. Os depósitos dos investidores são emprestados a terceiros pela instituição, a qual distribui parte da renda que obtém através dos juros para seus cotistas de acordo com os termos da LCI.

**4. LETRA DE CRÉDITO AGRÍCOLA (LCA).** São títulos de renda fixa baseados em empréstimos contraídos no setor do agronegócio. Esses títulos são lastreados em direitos creditórios originários de negócios realizados por agentes da cadeia produtiva do agronegócio. A instituição financeira utiliza os recursos de seus cotistas como fonte de empréstimos para o setor do agronegócio. Os créditos e ativos do produtor, tal como a receita da venda da safra, por exemplo, ficam vinculados como garantia para o cumprimento dos pagamentos referentes ao empréstimo. Parte do resultado dos juros obtidos pela instituição é repassada aos cotistas conforme os termos e o regulamento da LCA.

■ **Vantagem dos títulos LCI e LCA:** o diferencial dessa categoria de investimento é a isenção do Imposto de Renda e do IOF para pessoas físicas.

■ **Risco:** a capacidade de pagamento do emissor do título.

**5. TÍTULOS PÚBLICOS.** O Governo Federal, através do Tesouro Nacional, emite títulos para financiar a dívida do país, isto é, a diferença entre os gastos e a arrecadação. Esses títulos podem ser pré-fixados, pós-fixados ou indexados à inflação e, assim como os CDB's, têm um prazo de vencimento e um modo de remuneração já definidos no momento em que são emitidos. Esses títulos podem ser:

■ **Pré-fixados:** sabe-se exatamente a rentabilidade que irá receber se

mantiver o título até a data de vencimento. Esses títulos são indicados se você acredita que a taxa pré-fixada será maior que a taxa de juros básica da economia (Selic). Por terem rentabilidade pré-definida, seu rendimento é nominal. Isso significa que é necessário descontar a inflação para obter o rendimento real da aplicação.

■ **Pós-fixados:** neste caso, os títulos têm seu valor corrigido por um indexador, que pode ser a taxa básica de juros (Selic) ou a inflação (IPCA). Assim, a rentabilidade da aplicação é composta por uma taxa pré-definida no momento da compra do título, mais a variação de um indexador.

Importante observar que as regras de tributação variam de acordo com o prazo de aplicação. Quanto mais tempo investido, menor a alíquota do Imposto de Renda. Abaixo as alíquotas praticadas:

Aplicações até 180 dias: 22,5%
Aplicações até 181 a 360 dias: 20%
Aplicações até 361 a 720 dias: 17,5%
Aplicações acima de 720 dias: 15%

Para prazos inferiores a 30 dias, o IOF (Imposto sobre Operações Financeiras) também será cobrado. Se vale uma dica, fuja da Previdência Privada. Veja os porquês:

■ As taxas de administração cobradas pelas instituições podem afetar a rentabilidade. Taxas a partir de 1,5% são altas e não recomendadas. Além da taxa de administração, existe também a taxa de carregamento, que incide sobre cada depósito que é feito no plano. Na maioria das vezes, essa taxa não ultrapassa 5 por cento

sobre o valor de cada contribuição. Como algumas instituições não cobram taxa de carregamento, pesquise, compare e pressione seu banco para conseguir condições melhores.

■ Na Previdência Privada, indiretamente, você está aplicando em um fundo, produto financeiro que nem todos conhecem. Assim, antes de iniciar uma Previdência Privada, é fundamental conhecer as características do fundo, sua composição e, claro, comparar a sua rentabilidade com a de outros planos. Lembrando que nada disso adianta se você não acompanhar os rendimentos da sua Previdência Privada periodicamente.

■ Os impostos cobrados na Previdência Privada tornam esse investimento pouco vantajoso em curto prazo. Por conta da tributação diferenciada, Progressiva (de zero a 27,5 por cento) ou Regressiva (de 35 a 10 por cento), a Previdência Privada não pode ser vista como uma aplicação de curto ou médio prazo.

## RENDA VARIÁVEL

Na Renda Variável o investidor não tem como saber previamente qual será a rentabilidade que poderá obter. Fazem parte dessa categoria os investimentos em ações. Vale lembrar que a renda variável, por conter mais riscos, pode proporcionar maiores ganhos.

O investimento no mercado de ações é a forma mais conhecida de renda variável. Os preços das ações sofrem constantes variações refletindo os interesses distintos dos agentes do mercado. Diferente da renda fixa, onde o investidor não perde o capital investido, na renda variável os juros podem ser negativos, ou seja, o investidor pode perder parte do capital inicialmente investido. São investimentos dessa categoria:

**1. AÇÕES.** São “pedacinhos” de uma empresa, comercializados na Bolsa de Valores com o intuito de gerar renda para que a empresa possa fazer investimentos, melhorias em sua infraestrutura e outros projetos. Portanto, ao comprar ações de uma companhia, você se torna sócio dela, adquirindo uma pequena porcentagem daquele negócio.

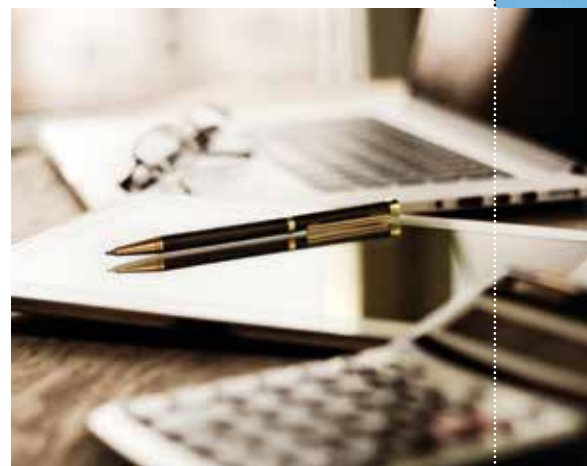
**2. DERIVATIVOS.** São contratos no qual se estabelecem pagamentos futuros, cujo montante é calculado com base no valor assumido por uma variável, tal como o preço de um outro ativo (por exemplo, uma ação ou commodity), a inflação acumulada no período, a taxa de câmbio, a taxa básica de juros ou qualquer outra variável dotada de significado econômico. Derivativos recebem esta denominação porque seu preço de compra e venda deriva do preço de outro ativo, denominado ativo-objeto.

No início do desenvolvimento dos mercados financeiros, os derivativos foram criados como forma de proteger os agentes econômicos (produtores ou comerciantes) contra os riscos decorrentes de flutuações de preços, durante períodos de escassez e superprodução do produto negociado, por exemplo.

**3. FUNDOS DE AÇÕES.** Funcionam como um condomínio, em que diversos investidores aplicam seu dinheiro para adquirir cotas. Nesse modelo, como o próprio nome já sugere, a carteira de ativos fica concentrada na área de ações. Negociados na Bolsa de Valores, são duas as opções mais comuns: os fundos passivos e os de dividendos. No primeiro caso, o objetivo é ficar o mais próximo possível de um índice específico, como é o caso do Ibovespa, o mais conhecido de todos. O maior desafio é prever as

variações do mercado. No segundo, mais previsível, o investimento ocorre em ações de empresas que já são reconhecidas por pagar regularmente parcelas do lucro aos seus acionistas. Para ter mais chances de fazer um bom negócio, a dica é pesquisar o desempenho do fundo ao longo dos últimos anos e perceber como ele foi afetado. A principal vantagem de se investir em um fundo de ações é a diversificação dos investimentos, que permite menor exposição aos riscos. Ao mesmo tempo, você conta com um gestor profissional para encontrar as melhores oportunidades e compor a carteira ideal.

Logicamente que qualquer investimento dependerá do perfil do investidor e seus objetivos. Para alguns, por exemplo, será mais importante ir de encontro ao imóvel próprio do que continuar pagando aluguel. O assunto é amplo, mas acredito ter feito uma síntese dos principais investimentos existentes hoje no mercado e nunca esquecendo que tudo depende dos fatores macroeconômicos atuais. O investidor bem informado pode se antecipar a possíveis movimentos e lucrar com a maré adversa – que, inclusive, tem dado importantes sinais de virada com a nova equipe econômica liderada por Henrique Meirelles.



# SERVIÇOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

## CONHEÇA OS SERVIÇOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA EM UROLOGIA DO HOSPITAL BRIGADEIRO E DO HC DA FMUSP NA VISÃO DE SEUS COORDENADORES E RESIDENTES

**N**este número iremos mostrar o perfil dos serviços de Residência Médica em Urologia do Hospital Brigadeiro, na cidade de São Paulo, e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O serviço do Hospital Brigadeiro é apresentado pelo prof. dr. Joaquim Claro (chefe de Serviço e coordenador do Programa de Residência em Urologia) e seu residente, dr. Vinicius Meneguette Gomes de Souza. O do HC da FMUSP descrito pelo prof. dr. Eduardo Mazzuchi (supervisor da Residência Médica em Urologia) e pelos drs. Eder Nisi Ilário e Renato Oyama, residentes. Vale lembrar que se trata da visão particular dos chefes das Residências Médicas e de seus residentes mais graduados.

O professor Joaquim Claro considera como pontos de destaque em seu Serviço o grande volume de cirurgias, equipamentos e materiais de

última geração, além da proximidade com urologistas de grande experiência. Coloca como ponto negativo a necessidade de aprimorar reuniões multidisciplinares. Em sua opinião, a SBU/SP precisa quebrar alguns paradigmas: “instituições de grande prestígio, mas com Residência de baixo nível, não são fiscalizadas e não cumprem requisitos mínimos, porém continuam sendo prestigiadas em congressos e cursos. Por outro lado, instituições menos tradicionais que se empenham sobremaneira na qualificação de seus residentes e apresentam grande movimento assistencial se tornam alvos de visitantes da SBU despreparados e sem nenhum compromisso com as normas de atendimento e produtividade governamentais ou com a realidade de atendimento e resolução do SUS”, afirma. Ele finaliza parabenizando a iniciativa dessa pesquisa, que permite o conhecimento e divulgação da opinião de Serviços

de Residência Médica em hospitais assistenciais de grande movimento, muitas vezes de alto nível técnico e de resolução, contando com equipamentos muitas vezes não disponíveis em hospitais-escola, mas que não recebem o apoio merecido. O supervisor da Residência Médica em Urologia do HC-FMUSP, prof. dr. Eduardo Mazzuchi, coloca os seguintes pontos de destaque em seu Serviço:

- Oferece ao residente uma visão geral e completa de toda a Urologia, incluindo áreas como transplante renal e uropediatria.
- Oportunidade de estágio no exterior por meio de intercâmbio com outras residências.
- Grande número de cirurgias e contato com inovações tecnológicas.
- Corpo docente qualificado.

E menciona a necessidade de melhorar em pontos como busca da am-

pliação dos conhecimentos teóricos, formação em pesquisa e de aprimoramentos pontuais em algumas áreas com formação não ideal.

Na sua opinião, a SBU/SP cumpre com o seu papel na preparação do residente. “Isto tem melhorado muito nos últimos anos. Iniciativas como o Proteus, o Congresso Paulista de Urologia e a Jornada Paulista são importantes. Acho que deveria haver um incentivo maior à participação dos residentes no CPU e na Jornada Paulista. Muitos não comparecem por dificuldades financeiras ou por não conseguirem liberação dos serviços. Minha sugestão é que a SBU crie um compromisso formal com a indústria farmacêutica e de equipamentos no sentido de que todos os residentes do Estado de São Paulo tenham um auxílio financeiro para participar. Os Serviços de Residência deveriam ser chamados a colaborar no sentido de liberar os residentes, sem prejuízo de seu funcionamento. Paralelamente a isto, deve haver uma cobrança de presença e participação a fim de não se criar uma ‘bolsa turismo’. Também sugiro que sessões de residentes e jovens urologistas (tais como fóruns, discussões de casos específicas, etc) sejam mais incentivadas no CPU e na Jornada Paulista, como é praxe nos grandes congressos internacionais”, sugere.

O prof. dr. Mazzuchi afirma, ainda, que “infelizmente, notamos que mesmo no Estado de São Paulo alguns residentes saem com formação deficiente, sobretudo em áreas que exigem mais recursos, como transplante, endourologia, laparoscopia e uropediatria. Acredito que a realização de maior número de cursos “hands on” voltados para os residentes, com apoio da indústria, e de maior intercâmbio entre os diversos serviços, no sentido de um cobrir falhas de outro e vice-versa, ajudariam a minimizar o problema. Incentivar

os serviços menores a criar estágios obrigatórios no exterior também contribuiria muito na formação dos residentes. A SBU-SP poderia viabilizar a parte financeira e burocrática, atuando junto à indústria e sociedades internacionais. Ressalto também que estas iniciativas sempre devem ser acompanhadas de uma ‘cobrança ou avaliação’ no sentido de garantir proveito, pois é sabido que muitos têm oportunidades e não as aproveitam.

### O QUE PENSAM OS RESIDENTES

Na opinião do Dr. Vinicius Meneguette Gomes de Souza, residente do Hospital Brigadeiro, o ponto de destaque do serviço é o Centro de Referência de Saúde do Homem, anexo ao Hospital, que faz jus à sua denominação. Apresenta como grande atrativo a disponibilidade de tecnologias de ponta em Urologia, juntamente à organização de um hospital de médio porte praticamente toda voltada ao exercício da Urologia. Endourologia

(referência em tratamento de nefrolitíase realizando até quarenta nefrolitotripsias percutâneas por mês), videolaparoscopia urológica e cirurgia minimamente invasiva fazem parte do dia-a-dia do centro cirúrgico, que faz em média 230 procedimentos urológicos mensalmente. A disponibilidade de aprendizado e realização de cirurgias com laser prostático também é um destaque a ser notado.

Dr. Vinicius também comenta os pontos que no seu entender precisam ser melhorados:

- A produção científica está evoluindo, mas ainda tem um caminho a percorrer. O hospital tem como missão principal a assistência, mas com um corpo clínico especializado, que conta com um grande número de pós-graduados além de um livre docente, existem alguns protocolos de pesquisa em andamento e o interesse em estimular a produção de conhecimento vem aumentando



nos últimos anos, fato que em breve produzirá algumas publicações em periódicos relevantes.

- Quanto à parte assistencial, certamente há oportunidade de uma formação ampla em todos os campos da Urologia, mas novamente pela missão do hospital (oferecer atenção altamente especializada) não temos um Serviço que contemple diversas especialidades. Mesmo não sendo referência em Ginecologia, temos um volume razoável de patologias de uroginecologia que, entretanto, poderia ser pouco maior, para proporcionar maior vivência nessa área da Urologia.

O dr. Vinicius se julga preparado para exercer a Urologia na sua forma plena em qualquer estado do Brasil ao final da residência médica. Ele comenta que “durante os três anos de residência tive a oportunidade de ter contato com todas as subespecialidades da Urologia nos seus aspectos clínicos ambulatoriais, cirúrgicos pré/intra e pós-operatórios, fato que me deixa em posição bastante confortável no que tange ao exercício pleno desta especialidade”. Afirma que pretende fazer pós-graduação stricto sensu (mestrado e doutorado). “Gosto do ambiente acadêmico e este é um passo fundamental para seguir uma carreira acadêmica”, explica.

O residente do Hospital Brigadeiro acredita que a SBU/SP contribui para a formação e atualização do urologista no Estado de São Paulo. “Tive a oportunidade de participar de dois cursos PROTEUS e de um curso hands-on de ureterosopia flexível, além do Congresso Paulista, que certamente contribuíram com a minha formação”,

conclui. Os drs. Eder Nisi Ilário e Renato Oyama destacam pontos positivos do Serviço de Residência no HC-FMUSP:

- grande volume cirúrgico em patologia urológica, como HPB e litíase;
- experiência de quatro meses em uro-oncologia (inclusive prostatectomia VLP);
- treinamento de anastomose vascular durante o estágio de transplante renal;
- tratamento de patologia urológica infantil, inclusive VLP;
- quantidade e diversidade de casos durante a residência;
- elevada capacitação da maioria dos assistentes;
- visitas diárias com professor com mais de 40 anos de experiência.

Na visão dos residentes há pontos que precisam ser aprimorados:

- maior atenção em DST, lesões penianas e reposição hormonal;
- os equipamentos, como em todo o serviço público, necessitam de financiamento e os aparelhos não são submetidos a revisões e/ou substituições periódicas;
- necessidade de incorporação de novas tecnologias. Falta de verba para compra dos materiais;
- videolaparoscopia: aumento da quantidade de cirurgias laparoscópicas nos últimos anos, mas em número ainda insuficiente para realizar alguns procedimentos com segurança.

O dr. Éder se julga preparado para exercer a Urologia, em sua forma plena, em qualquer estado do Brasil ao final da residência médica. “Formação ampla com

tratamento cirúrgico de patologias complexas e grande volume em patologias frequentes, como litíase e HPB, permite exercer a especialidade com segurança”, afirma. O dr. Renato, entretanto, tem opinião diferente: “sinto-me preparado para realizar os procedimentos mais frequentes e com baixa ou média complexidade (como ureterolitotripsia semirrígida, RTU próstata e bexiga, prostatectomia transvesical, nefrectomia vlp, prostatectomia aberta, uretrotomia interna, cistoscopia, postectomia, orquiectomia, varicocelectomia microcirúrgica, vasectomia, prótese peniana). Por outro lado, quando se trata de procedimentos menos comuns e mais complexos, não tenho segurança em realizar sem o auxílio de urologista com maior experiência (por exemplo, ampliação vesical, uretroplastia, reconstruções em doenças congênitas em crianças, adrenalectomia vlp, nefrolitotripsia percutânea, ureterorenoscopia flexível, pieloplastia vlp, transplante renal, cistectomia, prostatectomia vlp)”, assinala.

Com relação ao papel da SBU/SP na preparação do residente, o dr. Élder acredita que a entidade cumpre com essa missão e destaca o Congresso Paulista como uma das mais importantes iniciativas nesse sentido. Em opinião divergente, dr. Renato diz acreditar “que a SBU se mantém distante dos residentes. Sabe-se da sua existência, mas não há estímulo à participação em seus eventos. Há redução das taxas de anuidade e inscrição, mas não recebemos qualquer tipo de informativo sobre os cursos e congressos. Entendo que o interesse também deve partir do residente mas, devido à rotina, não é sempre que lembramos de verificar quais atividades estão disponíveis” conclui.

# NATAL: 'NÓS SOMOS DA RAÇA DE DEUS'



*Domingos Zamagna, jornalista e professor universitário, atua nas áreas de cultura e religião. Trabalhou na cobertura jornalística de quatro conclaves, desde o que elegeu o Papa Paulo VI, em 1963, até a eleição do Papa Bento XVI, em 2005. É membro da Academia Cristã de Letras.*

**N**a convicção dos cristãos, há dois mil anos o Amor Infinito abriu mão de suas prerrogativas divinas e quis ser igualado aos seres humanos, mais exatamente aos mais pobres, aliás, ao último dos seres humanos, já que assumiu a forma de escravo (cf Fil 2,11).

Nenhum pobre nasceu tão pobre como Jesus. Seu nascimento, porém, conferiu-lhe um "poder" para que, em face dele, nada fique indiferente. Desde que ele veio para o meio de nós o mundo se dividiu entre os que desejavam persegui-lo, como o rei Herodes, e os que desejavam segui-lo, como João Batista. Até hoje, os que desejam persegui-lo não o encontram; os que desejam segui-lo radicalmente, são perseguidos.

Homem-Deus, sempre segundo a fé cristã, Ele nos ensinou a viver entre o céu e a terra. Mas é um grande mal quando subimos tanto que não vemos os outros, e nos desinteressamos pelas coisas da terra; ou quando descemos tanto que já não vemos mais as coisas do Céu.

O Natal serve para nos recordar que a maior festa é a do Amor Infinito que se fez pequeno, que se fez carne, que se fez fraco, que se fez criança. Criança que experimentou

de um lado as belezas de um amor familiar, amparada por José e Maria; de outro lado, os limites de toda criatura humana. Limites que foram sendo superados pela abundância do amor, a tal ponto que nesse jovem de Nazaré não houve espaço senão para amar, a ponto de nos ensinar que Deus é Amor (1 Jo 4,8).

Não há definição para tanto amor, nem razões que o justifiquem. Mas se nada o explica, a fé ensina que tudo pode ser explicado por ele.

O Natal desperta em nós o sonho de uma transcendência que nos arraste para o alto, para a vida de beatitude ou felicidade, para a fruição do amor, que culmina na bem-aventurança da Paz: Glória a Deus, Paz na terra (cf Lc 2,14). O sonho do Natal não despreza o humano; ao contrário, recorda-nos que pela ternura do Deus-menino, somos pensados, somos ouvidos, somos amados pelo poder do Altíssimo (cf Lc 1,35).

Desde que Deus se tornou homem, como ensinou S. Agostinho, nós nos tornamos um enigma, uma grande questão para nós mesmos. No presépio, contemplamos ao mesmo tempo o Deus absconditus e o homo absconditus: Deus e homem escondidos. O Novo Tes-

tamento nos ensina a mais maravilhosa das verdades: se Deus é capaz de ser e nascer homem, é para nos provar que nós somos capazes de ser Deus. Foi o apóstolo Paulo quem, citando o poeta pagão Aratus (271-213 a. C.), pregou que "nós somos da raça do próprio Deus" (cf At 17-28-29). Essa é a dignidade dos seres humanos. Os que têm fé são os que já sabem, ou pelo menos não ignoram que – mesmo pecadores – somos participantes da natureza divina (cf 2Pd 1,3-4).

## “

**O Natal serve para nos recordar que a maior festa é a do Amor Infinito que se fez pequeno, que se fez carne, que se fez fraco, que se fez criança.**



# MÚSICA, UM HOBBY QUE TRAZ PRAZER E BEM-ESTAR

*Marcos Paulo Freire, doutor em Ciências pela Escola Paulista de Medicina (UNIFESP) e pós-doutorado em Cirurgia Minimamente Invasiva pela Harvard Medical School. Atualmente é diretor da Escola de Ciências da Saúde da Universidade Anhembi Morumbi.*

**E**xistem várias definições para música, mas dentre todas elas uma ideia é comum: a música é uma forma de Arte, manifestada de maneira constante em toda a história da Humanidade, independentemente de raças, credos ou localização geográfica. Não se conhece um povo ou civilização que não possua suas próprias expressões musicais. Desta forma, entendemos a música como manifestação artística

da humanidade, que a utiliza como forma de expressão de seu cotidiano, de suas crenças, de seus valores e, em última análise, de sua identidade.

A criação e exploração de ritmos e sons, que de forma organizada ao longo de um tempo constituem o que chamamos música, é peculiar para cada região e para cada aglomeração humana. Esta identidade depende basicamente da forma como o homem interage com a natureza ao seu

redor e com as tradições passadas de geração em geração, criando ritmos e sonoridades que representam a identidade de um povo. No mundo globalizado, o compartilhamento destas identidades musicais criou uma mistura ainda mais rica entre as civilizações, abrindo espaço para um universo infinito de possibilidades de criação musical e de aproximação entre os povos.

Neste contexto, enxergamos a música na sociedade moderna como



uma forma universal de manifestação artística que retrata de forma igualitária a diversidade do ser humano. música é Arte. E, como tal, possui uma especial intenção em transmitir uma mensagem emocional, que pode atingir o ouvinte de formas peculiares e únicas.

Nos dias de hoje podemos enxergar esta manifestação como um hobby, uma profissão ou até mesmo um negócio. Do ponto de vista prático, quando pensamos em um hobby, imaginamos uma atividade que não possua finalidade lucrativa, mas que seja objeto de conquista de prazer e realização pessoal. É neste contexto que enxergamos uma das maiores qualidades da música enquanto manifestação artística. Ela é capaz de transformar o ser humano, tanto aquele personagem que a cria ou a pratica, quanto o indivíduo que a ouve e a aprecia.

Esta capacidade de transformação independe do conhecimento musical ou da profundidade dos estudos nesta área. A música pode ser extremamente complexa e recheada de técnicas e conceitos rebuscados, como também pode ser extremamente simples, podendo atingir e transformar as pessoas em quaisquer destas possibilidades.

Sabemos que a música, além de todas as qualidades descritas acima, pode também atuar como um fator de promoção de saúde, possibilitando relacionamento, aprendizado, mobilização e comunicação. Pode, ainda, promover alterações físicas, emocionais, mentais e cognitivas em um indivíduo.

Desta forma, podemos qualificar a música como um excelente hobby para prevenção de estresse e manutenção de uma vida saudável. Para os profissionais da área da saúde e especialmente para nós, médicos urologistas, a música pode ser encarada de uma forma extremamente positiva e transformadora, melhorando nossa qualidade de vida e, em última análise, melhorando nossa performance no dia a dia, com significativo impacto em

nossa produtividade. Este resultado pode ser obtido de diversas maneiras: através do estudo de um instrumento que eventualmente tenhamos familiaridade de experiências da infância e da juventude ou pela busca de novas experiências musicais, por meio do estudo de um instrumento completamente novo, com o qual nunca tivemos contato anteriormente.

Ambas as situações representam desafios e podem gerar conquistas, desde que tenhamos plena consciência de nosso objetivo: a busca pelo prazer e pela sensação de bem-estar. A busca pela qualidade de vida e gerenciamento de nossas ansiedades e preocupações. Em qualquer situação, deve-se ter em mente que do hobby nada mais se extrai a não ser paixão, emoção e sentimento. Assim, retiramos de nossos ombros a necessidade e a busca pela perfeição e pelos resultados e colocamos à nossa frente somente a realização pessoal.

## MEUS ACORDES

No meu caso pessoal, comecei estudar música aos cinco anos de idade. De forma descompromissada e sempre com a mentalidade de que isso seria um complemento na minha formação, continuei os estudos em violão clássico. Ao longo dos anos, estudei canto, guitarra e contrabaixo. Há cinco anos montei uma banda de rock progressivo com o meu irmão mais velho (também músico de finais de semana) e desde então fazemos apresentações mensais. Divido o consultório e minhas atribuições acadêmicas com a música e dedico pelo menos uma hora por dia a este exercício.

Ao longo dos anos, nosso hobby acabou se tornando algo sério. Participamos de festivais musicais e tocamos em casas noturnas e museus de São Paulo. Investimos pesado em equipamentos e ensaiamos quase todos os domingos pela manhã. No entanto, esta rotina tem como única e

exclusiva finalidade a manutenção de nossa saúde mental e eliminação do estresse do nosso dia a dia. Encaramos o hobby de forma extremamente profissional, entretanto sem almejar dividendos ou lucros desta atividade. O único objetivo é o bem-estar e a busca pelo prazer e realização pessoal.

Além disso, a música une nossa família. De certa forma, influenciamos nossos filhos e sobrinhos. Minha filha de oito anos estuda piano e violino. Há cerca de seis meses iniciei meus estudos em contrabaixo acústico, com o único objetivo de acompanhá-la em suas apresentações. A música nos une e nos transforma.

A todos os urologistas que por ventura se interessem por música, meu conselho é: redescubra aquele violão guardado no armário, retire a poeira daquele piano desafinado! Dedique um pouco do seu tempo à música, de forma leve, criativa e descompromissada.



**Deve-se ter em mente que do hobby nada mais se extrai a não ser paixão, emoção e sentimento.**

## CALENDÁRIO UROLÓGICO



# 32º CONGRESSO EUROPEU DE UROLOGIA

**L**ondres sediará o **32º Congresso Europeu de Urologia** entre 24 e 28 de março de 2017. O evento ganhou notoriedade ao longo das últimas duas décadas, transformando-se no segundo maior congresso de Urologia do mundo. Mais de 1.400 apresentações, cirurgias ao vivo, debates e simpósios serão realizados no ExCel London. As inscrições para o Congresso estão abertas e seguem o cronograma:

- **early fee deadline:** 16/01/2017 (valor para membros da EAU - € 870)
- **late fee deadline:** 13/02/2017 (valor para membros da EAU - € 1.074)
- **onsite fee:** a partir de 14/02/2017 (valor para membros da EAU - € 1.212)

As inscrições online serão aceitas até o dia 06/03/2017.

A Programação científica contará com Sessões Plenárias nas quais serão abordados entre os dias 25 e 28 de março, de modo abrangente, aspectos legais no tratamento do câncer renal, andrologia, câncer de bexiga, HPB, câncer de próstata, Urologia funcional e litíase. Outro ponto de destaque do evento serão as Sessões Temáticas, onde temas centrais e desafiadores da Urologia serão discutidos em formato interativo. As clássicas Sessões de Abstracts contarão com mais de 1.100 apresentações. Além disso, o congressista poderá participar de Encontros de Especialidades Urológicas, Sessões de Cirurgias ao vivo, Cursos teóricos e Hands on.

As reservas de hotéis e passagens já estão disponíveis.

Para informações mais detalhadas sobre o Congresso Europeu de Urologia acesse <http://eau17.uroweb.org/>  
Também se encontra disponível o aplicativo do Congresso para download nos formatos para iOS e Android.

### EVENTOS NACIONAIS

#### PROTEUS INTENSIVÃO – RECICLAGEM EM UROLOGIA

De 30 de março a 1º de abril de 2017  
Centro de Convenções Rebouças (São Paulo)

#### XV JORNADA PAULISTA DE UROLOGIA

De 4 a 6 de maio de 2017  
Centro de Convenções de Campos do Jordão

### EVENTOS INTERNACIONAIS

#### CONGRESSO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE UROLOGIA (AUA)

De 12 a 16 de maio de 2017  
Boston (EUA)

# LONDRES,

## UM DOS MAIS CONCORRIDOS DESTINOS TURÍSTICOS DO MUNDO

Uma das mais importantes cidades do planeta, Londres é, também, um centro que atrai uma gama diversificada de povos, culturas e religiões, além de ser um dos destinos turísticos mais apreciados e procurados por visitantes de todo o mundo. Passear por suas ruas já é, em si, um programa interessante. A todo momento depara-se com peculiaridades que a caracterizam e a tornam única – dos táxis pretos, ou cabs, às cabines de telefone vermelhas e aos ônibus de dois andares. A cidade ostenta, ainda, algumas marcas que dão ideia de sua histórica vitalidade.

O Metrô de Londres, por exemplo, circula pela mais extensa e antiga rede ferroviária subterrânea do mundo; o aeroporto de Heathrow é o mais concorrido do mundo em número de passageiros internacionais e o espaço aéreo da cidade é mais movimentado do que em qualquer outro centro urbano do mundo. Londres abriga um grande número de museus, galerias, bibliotecas e outros equipamentos culturais, além de parques, palácios e passeios imperdíveis.



National Gallery



Camden Town



London Eye



Palácio de Buckingham

### PALÁCIO DE BUCKINGHAM

Residência oficial e local de trabalho da Rainha Elizabeth II. Os 77 mil metros quadrados de área construída foram erguidos ao longo de mais de 75 anos. Era uma grande casa do Duque de Buckingham adquirida pelo Rei Jorge III, em 1762. O Palácio tornou-se a residência oficial da monarquia britânica em 1837, com a ascensão da Rainha Vitória. É ali que a maioria dos turistas assiste à troca da Guarda. Em frente ao Palácio de Buckingham, o procedimento de substituição envolve manobras militares, marchas clássicas e músicas e ocorre às 11h30 da manhã. No verão, a atividade acontece todos os dias. No restante do ano, em dias alternados. A Troca da Guarda também ocorre na Horse Guards Parade e no Castelo de Windsor.

**Endereço:** Buckingham Palace, London SW1A 1AA

**Metrô:** Estação Victoria (Circle, District e Victoria Line), St James's Park (District e Circle) e Green Park (Jubilee, Piccadilly e Victoria Lines)

**Ingresso:** Gratuito

**Dica:** Chegue com 1 hora de antecedência

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

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

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



- **Litotripsia Extra Corpórea**

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

- **Estudo Urodinâmico**

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



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

## Certificado Dornier Medtech



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