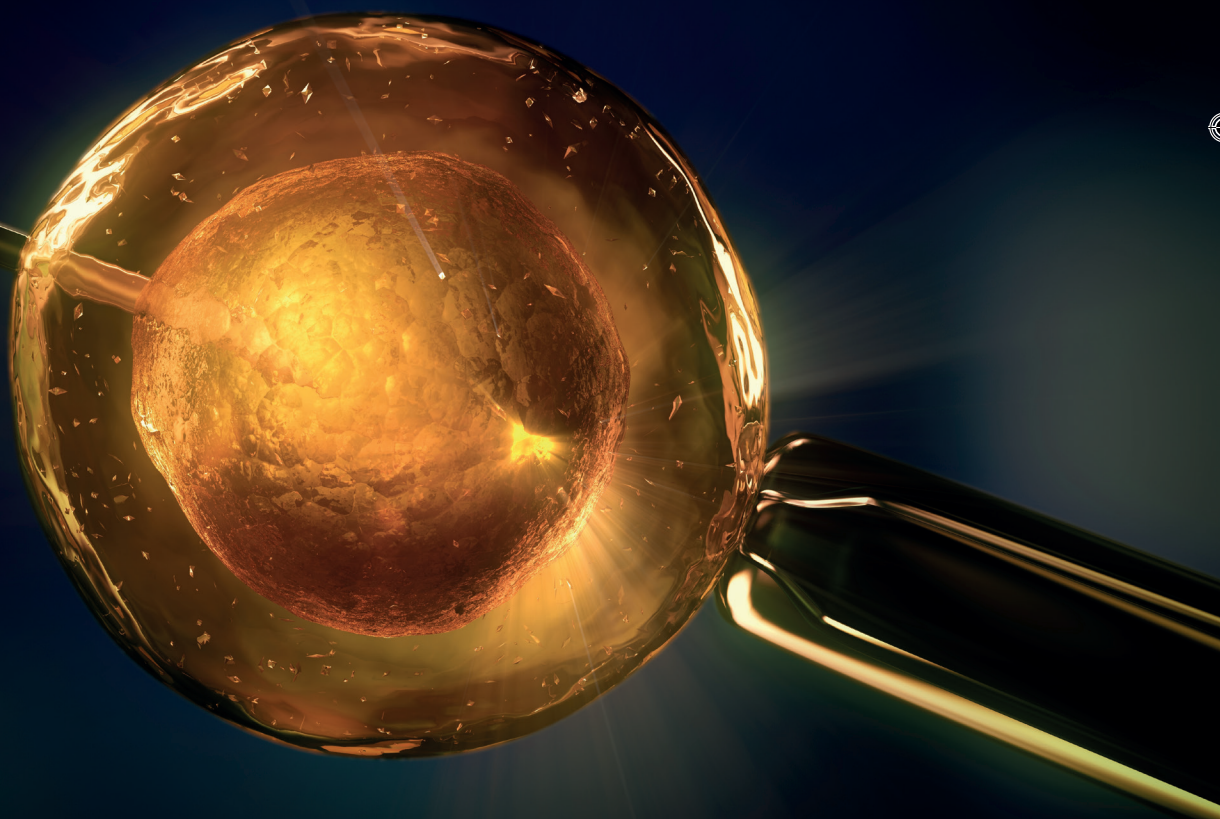


PONTO DE VISTA

O TRATAMENTO DA INFERTILIDADE DO CASAL



Entrevista

O trabalho do urologista
no interior do Estado



Fique Sabendo

Cuidados ergonômicos na
cirurgia laparoscópica



Direito Médico

A partir de 2018 médicos
poderão optar pelo SIMPLES



Informações para o público em geral

Conheça e divulgue!



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



NOTÍCIAS

SBU-SP e SOCEP – futuras parcerias

O presidente da SBU-SP, Dr. João Amaro, já está em contato com Dr. Ilvam Porto, presidente da SOCEP (Sociedade de Cardiologia do Estado de SP).

[Saiba mais](#)

SBU-SP define coordenadores de seus projetos para o ano de 2016.

A Diretoria da SBU-SP reuniu-se no dia 22 de janeiro, em sua sede em SP, para dar início aos projetos para o ano de 2016.

[Saiba mais](#)

Diretoria da SBU-SP reúne-se com empresas do setor médico.

No último dia 26 de janeiro, a diretoria da SBU-SP realizou um bate-papo com diversas empresas do setor médico para estabelecimento de relações com a SBU-SP.

[Saiba mais](#)

Resultado das eleições SBU-SP Biênio 2016/2017

Conheça os membros da chapa e também os propostos da equipe.

[Saiba mais](#)

PROJETOS SBU-SP

ASSISTA AS AULAS ONLINE, siga as avaliações e acadêmicos prontos para a Revalidação do Título de Especialista!

FÁCIL ACESSO AOS CURSOS E PRÓXIMOS EVENTOS

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



WWW.SBU-SP.ORG.BR

PALAVRA DO EDITOR



José Carlos Truzzi

Primeiro mês desta nova fase da gestão da Sociedade Brasileira de Urologia – São Paulo (SBU-SP). Dr. Flávio Trigo Rocha assumiu a Presidência da maior seccional do Brasil e dará continuidade à sua administração até o final de 2019, uma vez que foi eleito com expressiva votação para o próximo biênio. Ações e projetos seguirão como programado para este último semestre de 2017. A Diretoria da SBU-SP também sofreu reestruturação dos cargos em razão da determinação regimental estatutária de desligamento dos cargos diretivos para os membros candidatos à eleição para a SBU Nacional. No entanto, a participação integrada entre a Diretoria e a Presidência em todas as atividades, desde o início da gestão 2016/2017, possibilitou a manutenção da estrutura e diretrizes da SBU-SP. Para a comunidade urológica paulista, a certeza de que os compromissos assumidos ao longo da campanha em 2015 continuarão a ser cumpridos. A atenção às demandas do urologista, as ações junto à Associação Paulista de Medicina e outras Sociedades de especialidades continuam no mesmo ritmo dos últimos 18 meses.

O Endo-Pizza seguirá seu cronograma em cidades do interior do Estado. O Uro-Oncologia em Santos está com a programação científica concluída. Constará com a participação de diversas autoridades nacionais e internacionais em câncer urológico. Graças à parceria entre SBU-SP e Prefeitura de Santos, o evento irá além da integração e atualização do conhecimento médico. Ao final do Uro-Oncologia haverá uma atividade de conscientização junto à população da cidade litorânea como parte da campanha de prevenção ao câncer de próstata do Novembro Azul.

Nesta edição do BIU, a visão do urologista Daniel Zylberstejn e do ginecologista Eduardo Motta sobre a infertilidade conjugal. Especialistas em Reprodução Humana pela Universidade Federal de São Paulo enaltecem a necessidade de atuação conjunta das duas especialidades na abordagem do casal que busca assistência para obtenção da gestação.

O entrevistado desta edição é o dr. Marcelo Denilson Baptistussi, sócio-diretor do Centro Avançado em Urologia

de Ribeirão Preto, ele dá seu avalizado testemunho sobre a realidade enfrentada por quem pratica a Urologia em cidades do interior do Estado e como desenvolver um serviço médico de excelência.

Como administrar melhor suas finanças. Em meio às muitas mudanças nas regras de Tributação, *Direito Médico* traz um texto esclarecedor da advogada tributarista dra. Alessandra Bianchi com as características mais importantes do Simples Nacional para médicos.

Pensando no futuro da sua saúde, *Fique sabendo* até que ponto a cirurgia laparoscópica pode comprometer a biomecânica da sua coluna e quanto a cirurgia robótica pode contribuir para que a dor de coluna não atrapalhe sua atividade profissional e acelere a sua aposentadoria.

Além da Urologia nos apresenta a história de um dos mais conceituados e tradicionais serviços de Urologia de São Paulo: o do Hospital do Servidor Público Estadual, responsável pela formação de vários urologistas de renome no âmbito urológico nacional.

“Velejar é preciso...”, a arte do iatismo pelo Dr. Paulo Cordeiro. A sensação de paz e o contato com a natureza durante um passeio, ou ainda, a possibilidade de estar envolvido em uma competição no esporte onde tantos brasileiros têm se destacado em categorias olímpicas.

Em *Agenda Urológica*, conheça Florença, a cidade Toscana que sediará o próximo congresso da Sociedade Internacional de Continência. A programação científica do mais importante evento na área de Disfunções Miccionais.

No dia 27 de agosto de 2017 foi concluído o processo eleitoral para a SBU Nacional biênio 2020 – 2021 com a votação presencial no Centro de Convenções de Fortaleza e apuração dos votos obtidos in loco e enviados por carta. Sagrou-se vencedora a Chapa Movimento Urológico Brasileiro (MUB) presidida pelo paulista Antônio Carlos Lima Pompeo. Desejamos ao Professor Pompeo e Diretoria eleita uma gestão que venha a integrar e aproximar o urologista da sua Sociedade.

Boa leitura!

José Carlos Truzzi
Editor do Biu



Boletim de Informações Urológicas • Julho / Agosto 2017

EXPEDIENTE

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

Presidente

Flavio Eduardo Trigo Rocha

1º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

Editor do BIU

José Carlos Truzzi

Delegados

Leonardo Oliveira Reis
Fernando Nestor Facio Junior
Roberto Vaz Juliano

Conselho Editorial do BIU

Alexandre Saad Feres Lima Pompeo
Daniel Santinho Portugal e Silva
Hamilton de Campos Zampolli
Helio Begliomini
Marco Aurélio Silva Lipay
Edmilson de Oliveira Longhi
Osnir Carvalho da Silveira

Delegados Suplentes

Gilberto Chavarria
André Luiz Farinhas Tomé
Francisco Kanasiro

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.



10

ENTREVISTA

Dr. Marcelo Denilson Baptistussi

14

PONTO DE VISTA

Tratamento da infertilidade do casal



22

FIQUE SABENDO

Ergonomia em cirurgia laparoscópica

SEM ESTRESSE

Velejar é preciso...

28

6

SBU E
VOCÊ

18

RESIDÊNCIA
MÉDICA

20

ALÉM DA
UROLOGIA

26

DIREITO
MÉDICO

30

AGENDA

RELATÓRIO FINANCEIRO DA SBU-SP

ACOMPANHE AS DESPESAS
ADMINISTRATIVAS E O
DEMONSTRATIVO BANCÁRIO
REFERENTE A JULHO DE 2017

texto: Tesouraria SBU-SP

Prezados associados,

Como é feito em todas as edições do BIU, a diretoria da entidade apresenta a relação de despesas administrativas para manutenção da sede e demais encargos que possibilitam a realização dos projetos e atividades de interesse dos associados. É publicada, também, a posição financeira da SBU-SP referente ao dia 31 de julho de 2017.

Como nos meses anteriores, os custos administrativos permanecem equilibrados.

A diretoria da SBU-SP está à disposição dos associados para prestar qualquer esclarecimento a respeito dos dados apresentados.

REFERÊNCIA: JULHO/2017

DESPESAS	VALOR
Advoga. Peppe Bonavita	R\$ 2.576,75
Condomínio sede Augusta	R\$ 972,00
Condomínio sede Tabapuã	R\$ 1.988,28
Convênio funcionários	R\$ 1.926,09
Eletropaulo sede Tabapuã	R\$ 201,06
Copy Service	R\$ 174,20
IPTU sede Augusta	R\$ 141,88
IPTU sede Tabapuã	R\$ 634,86
Ligue Táxi	R\$ 1.106,25
Limpidus	R\$ 515,80
Motoboy SW	R\$ 1.500,00
Salário Funcionários	R\$ 6.200,00
Tributos folha funcionários	R\$ 2.963,83
Site Unimagem	R\$ 4.809,91
Tectray serv. T.I	R\$ 690,00
Telefonia + Cel. Corporativo	R\$ 597,63
VR Funcionários	R\$ 1.566,00
VT Funcionários	R\$ 519,56
Tarifas bancarias	R\$ 103,50
UOL Provedor internet	R\$ 44,18
TOTAL	R\$ 29.231,78

SBU – SECÇÃO SÃO PAULO – 31/07/2017

SALDOS BANCÁRIOS

Conta Eventos	68.525-1	17.236,20
Conta Administrativa	71.322-8	11.935,15
SALDO ATUAL		R\$ 29.171,35

APLICAÇÕES

Aplicação (Eventos)	MAX DI/Compromissada DI	R\$ 697.174,85
Aplicação (SBU-SP)	Fundos	R\$ -
TOTAL		R\$ 726.346,20



DEFESA DE TESE DE DOUTORADO

No dia 25 de julho, o dr. Daniel Moser fez sua defesa de tese de Doutorado na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), dentro do Programa de Pós-graduação em Ciências da Cirurgia. Com orientação do professor Carlos D’Ancona, o título de sua tese foi “Análise de métodos de avaliação pré-operatória na cirurgia de sling transobturatório retrouretral não ajustável após cirurgia prostática”. A banca foi composta pelos professores Flávio Trigo Rocha, Carlos Sacomani, Cassio Riccetto e Paulo Palma.



DESCERRAMENTO DA PLACA DA DIRETORIA 2016-2017

Em sessão solene realizada dia 11 de agosto foi feito o descerramento da Placa da Diretoria da SBU-SP biênio 2016-2017, presidida pelo dr. João Luiz Amaro. A solenidade foi promovida em razão do afastamento regimental estatutário de vários membros da gestão 2016-2017 para candidatura na Eleição da SBU Nacional.

O presidente, dr. Flávio Trigo Rocha, discursou so-

bre o papel relevante do Dr. João Amaro na retomada do contato da SBU-SP com Sociedades de Especialidades Médicas e Associação Paulista de Medicina, além da responsável e efetiva administração financeira que proporcionou o pleno equilíbrio orçamentário. O dr. Amaro agradeceu o apoio incondicional que recebeu de toda a Diretoria e atribuiu à amizade e trabalho conjunto o sucesso da gestão.



Da esquerda para a direita, Gilberto Chavarria, Fernando Nestor Facio Jr., João Amaro, Flávio Trigo Rocha, Iderpól Toscano, José Carlos Truzzi e Leonardo Reis



ESTE ESPAÇO É SEU

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



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

A 13ª Reunião Ordinária da Diretoria Executiva da Sociedade Brasileira de Urologia Seccional São Paulo ocorreu dia 8 de julho de 2017 na sede da SBU-SP. Os saldos bancários foram apresentados e foi evidenciada a situação orçamentária positiva oriunda da gestão do Dr. Amaro, o que possibilitará a realização dos projetos programados. O PROTEUS ocorrerá nos dias 11 a 13 de abril de 2018 no Centro de Convenções Rebouças. Para a sua organização serão cotadas agências para que se estabeleça o processo de licitação. O Uro-Oncologia Litoral ficará sob coordenação geral do Dr. André Farinha e a programação científica do Dr. Leonardo Reis. A agência responsável será a EVENTUS. O XV Congresso Paulista de Urologia será organizado pela agência CCM, vencedora do processo de licitação, e ocorrerá entre os dias 6 e 8 de setembro de 2018.

No dia 12 de agosto de 2017 ocorreu a 14ª Reunião Ordinária da Sociedade Brasileira de Urologia - Seccional São Paulo, também na sede da instituição. A sessão foi presidida pelo Dr. Flávio Trigo Rocha. Foram apresentados e aprovados os balanços bancários. O pagamento do Centro de Convenções Rebouças para o PROTEUS 2018 foi totalmente efetivado, assim como

o pagamento de um quarto do valor referente ao contrato com o WTC para a próxima edição do Congresso Paulista de Urologia.

O processo de licitação para a organização do PROTEUS 2018 terá a participação de quatro empresas de eventos. Foi definido que as apresentações do PROTEUS passarão a ser realizadas por jovens urologistas que têm se destacado nas suas respectivas áreas de especialização urológica. Com isto, a SBU-SP segue no firme propósito de prestigiar o urologista jovem e estimular a renovação da nossa Sociedade.

O Uro-Oncologia passa a fazer parte do calendário anual das atividades da SBU-SP. O evento deste ano, que ocorrerá na cidade de Santos, já está com a programação científica concluída. O Dr. Leonardo Reis foi designado o responsável pela logística de participação dos palestrantes internacionais convidados. O pagamento da última parcela da locação do Balneário de Santos, onde ocorrerá o Uro-Oncologia Litoral 2017, será efetuado neste mês. Em setembro será realizada reunião expositiva junto a representantes da Indústria Farmacêutica e de Materiais para divulgação e início das negociações de cotização do Congresso Paulista de Urologia 2018.



COMO É SER UROLOGISTA NO INTERIOR DO ESTADO?

O Estado de São Paulo, com seus mais de 248 mil quilômetros quadrados e uma população que se aproxima dos 45 milhões de habitantes espalhada por 645 municípios, não pode ser entendido como uma realidade uniforme. As disparidades são observadas em todas as áreas e, possivelmente, na prática da Medicina elas sejam ainda mais evidentes. Para entender as dificuldades e também as possibilidades existentes para o urologista que trabalha no interior, BIU entrevistou o dr. Marcelo Denilson Baptistussi, formado pela Faculdade de Medicina da USP (Ribeirão Preto), sócio-diretor do Centro Avançado em Urologia de Ribeirão Preto e diretor científico do ICEPS.

BIU: Como o sr. vê a atividade do médico urologista que trabalha em cidades do interior? Quais são as principais vantagens e maiores dificuldades?

Dr. Marcelo Baptistussi: Atualmente o médico que atua no interior encontra muita dificuldade, principalmente para acompanhar o grande desenvolvimento tecnológico pelo qual passa a Medicina, em especial a Urologia. Ele não consegue acompanhar os grandes eventos urológicos, pois estes são caros na maioria das vezes e o médico não dispõe muitas vezes das facilidades de abandonar seu serviço diário e passar sete dias fora de seu domicílio.

As dificuldades se iniciam em sua prática diária, trabalhando em suas clínicas privadas em 90% das vezes com convênios médicos, que infelizmente remuneram mal, além de não existir o reconhecimento adequado ao médico que procura investir e se especializar mais. Por conta disto, boa parte dos urologistas em cidades do interior necessita trabalhar em outros empregos, muitas vezes comprometendo sua qualidade de vida e, às vezes, até colocando em risco sua vida ao ter que dar plantões noturnos e trabalhar o dia todo. Sem contar que em cidades do interior temos uma situação peculiar, onde o médi-

PERFIL



Idade: 52 anos

Onde trabalha atualmente: Hospital São Paulo, Hospital Beneficência Portuguesa, Hospital UNIMED e Hospital Sinhá Junqueira.

Desde quando atua como urologista: Terminei Residência Médica em janeiro de 1993 e desde então trabalho como urologista.

O que o fez se interessar pela Urologia: na verdade eu iria fazer cirurgia pediátrica, mas seis grandes amigos influenciaram minha escolha, aos quais agradeço de coração (Dr. Daniel Molinari, Dr. Edson Hayacibara, Dr. Luciano Nesralahh, Dr. Enio de Freitas, Professor Silvio Tucci Jr. e meu parceiro de residência, Dr. José de Bessa Junior). Minha namorada na época trabalhava com TX renal e foi muito importante (Ana Cláudia T. Torrecilhas).

O que faz nas horas vagas, como lazer ou hobby: gosto muito de futebol mas não posso mais jogar por lesão no joelho. Pratico bike e musculação em academia diariamente. Também gosto muito de cinema e leitura.

Time do coração: São Paulo

co acaba sendo obrigado a trabalhar para o SUS, recebendo quanto muito honorários médicos menos que vis.

Mas existem vantagens. E muitas. O médico no interior consegue ter uma qualidade de vida melhor, pois boa parte das vezes mora e tem consultório próximo aos hospitais onde opera, a locomoção é mais rápida entre consultório, emprego, hospital e casa, consegue praticar atividades físicas mais frequentemente caso queira, pode almoçar em casa e outras tantas facilidades que existem por simplesmente morar em cidades menores e mais tranquilas.

BIU: Como esse profissional pode realizar atividades para reciclagem e atualização do conhecimento?

Dr. Marcelo Baptistussi: O médico de cidade do interior aguarda ansiosamente alguns eventos

- como Congresso Paulista de Urologia, Jornada Paulista de Urologia e Congresso Brasileiro de Urologia - para se atualizar. Cursos menores e ministrados em cidades próximas são muito interessantes também, pois ao versarem sobre assuntos mais específicos, conseguem trazer ao urologista conhecimento mais profundo em alguma área específica que queira se aprofundar.

Todos hoje gostam muito do mundo digital e cada vez mais esta é uma ferramenta para trazer conhecimento sem investimento financeiro.

BIU: Com relação aos procedimentos urológicos, quais as principais dificuldades ou limitações que ele enfrenta?

Dr. Marcelo Baptistussi: As limitações existem e são muitas. O treinamento em novas tecnologias

tem custos altos, conforme já falamos, e isto desencoraja o médico a querer investir em novos conhecimentos. Nos hospitais, principalmente em cidades pequenas, o médico tem o costume de ser proprietário de seu material cirúrgico, investimento em equipamentos que rapidamente se tornam obsoletos e cujos reparos ou trocas não são subsidiados por hospitais ou convênios para os quais trabalha. Hoje, um grande número de empresas, talvez entendendo esta dificuldade, criou um novo modelo de negócios que consiste em levar ao médico um equipamento itinerante para efetuar um procedimento. O problema aqui consiste em ficar à mercê de uma empresa, que leva material o dia que pode e muitas vezes atrasa ou leva equipamentos em situação muito ruim, se quisermos oferecer ao paciente uma cirurgia com qualidade e confiança.

Outro problema é a baixa remuneração dos convênios médicos, que não sofre reajuste adequado há anos, o que torna a vida do médico mais sacrificada, pois ele necessita ter volumes altos de cirurgias e consultas para tentar manter um padrão mínimo de qualidade de vida aos seus familiares e a si próprio.

BIU: De que forma é possível superar essas dificuldades?

Dr. Marcelo Baptistussi: Existe a necessidade de uma mudança cultural, onde o administrador do hospital entenda que o médico é seu cliente também e, assim, dedique maior atenção a ele e destine maiores investimentos em equipamentos. As empresas que nos ajudam devem entender que para atuarmos com o mínimo de segurança devemos ter sempre equipamentos em boas condições de uso, para que não tenhamos surpresas após um paciente já estar anestesiado e verificarmos que o material não permitirá a realização



da cirurgia. O próprio médico deve se valorizar mais perante os hospitais, convênios e empresas, exigindo melhores condições de trabalho, sem que o maior sacrifício seja do profissional de saúde.

BIU: Procedimentos como ureterolitotripsia são possíveis em cidades distantes dos grandes centros médicos?

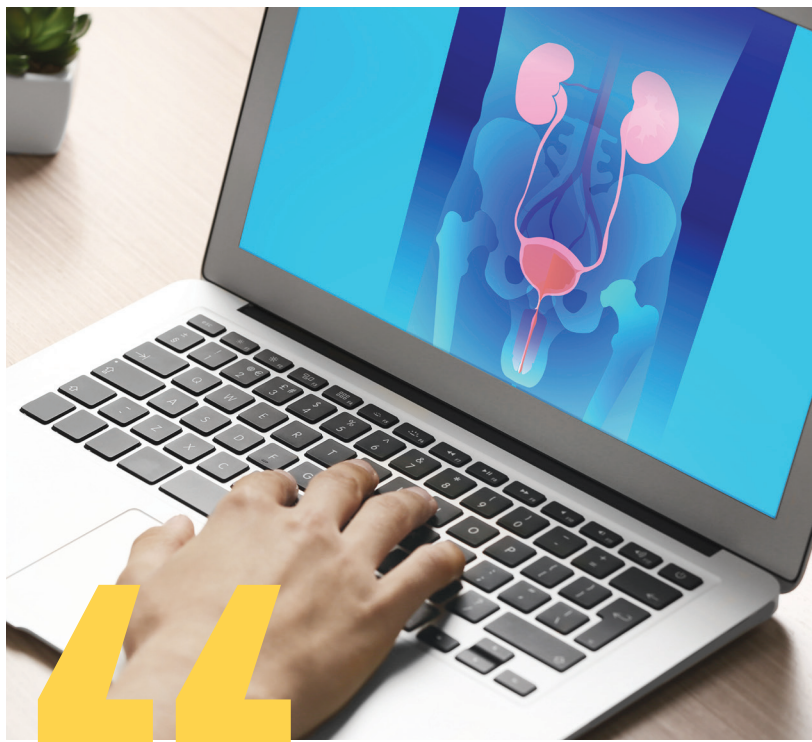
Dr. Marcelo Baptistussi: Sim, pois esta é uma cirurgia que praticamente todo urologista do país consegue realizar, pois recebem treinamento na Residência Médica e não há necessidade de equipamentos tão dispendiosos. A maioria dos hospitais hoje dispõe de um fluoroscópio, requisito mínimo para fazer a cirurgia, e de uma mesa radiotransparente (muitos ainda utilizam mesas de madeira, pois têm custo baixo). Claro que na maioria das vezes o rack cirúrgico e o ureteroscópio, bem como a fonte de energia, são comprados pelo médico.

BIU: Como possibilitar aos pacientes residentes no interior o acesso a procedimentos mais complexos?

Dr. Marcelo Baptistussi: O que muitos médicos fazem hoje em dia para procedimentos que não dispõem em suas cidades é fazer parcerias com serviços e hospitais de cidades próximas, maiores, que dispõem do equipamento e de equipe médica treinada para realizar estes procedimentos cirúrgicos especiais.

BIU: Acredita que exista espaço no interior para procedimentos como a litotripsia extracorpórea?

Dr. Marcelo Baptistussi: Sem dúvida existe, pois ainda hoje, apesar da difusão da ureteroscopia flexível, existem muitas indicações para realizar a LECO, e sem dúvida alguma esta máquina acaba sendo um diferencial para tratar paciente



As limitações existem e são muitas. O treinamento em novas tecnologias tem custos altos e isto desencoraja o médico a querer investir em novos conhecimentos.

em seu próprio domicílio, sem precisar recorrer a centros maiores.

BIU: Como vê a atuação da SBU-SP em apoio à formação e atualização do médico que reside e trabalha no interior do Estado?

Dr. Marcelo Baptistussi: Entendo que a SBU-SP desde há muitos anos trabalha muito em prol do médico urologista do interior, mantendo

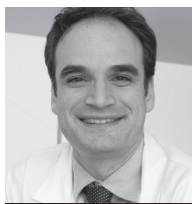
dois congressos de alto nível, pelo menos uma vez ao ano, apoiando eventos específicos nas cidades menores, com “experts” levando seu conhecimento. Criou o PROTEUS e outras iniciativas que só vêm a contribuir para engrandecimento do urologista do interior.

Por outro lado, no que se refere às questões de honorários médicos, acho que existe uma grande dificuldade para a SBU-SP ajudar aos médicos do interior, pois somos um Estado grande e com muitas peculiaridades regionais, além de sermos uma categoria numerosa, o que dificulta mais ações em massa. Sem dúvida, a educação continuada, justa, aberta a todos sem exceção, deve ser mantida, bem como se iniciar alguns processos que visem melhorar a relação dos médicos com hospitais, convênios e empresas, a fim de que o médico não tenha que investir tanto em equipamentos e tecnologia, em prejuízo do seu trabalho árduo.

UROLOGIA

O TRATAMENTO DA INFERTILIDADE DO CASAL
NA VISÃO DE ESPECIALISTAS EM UROLOGIA E GINECOLOGIA

O TEMA DESTA EDIÇÃO FOI ABORDADO PELO UROLOGISTA DANIEL SUSLIK ZYLBERSZTEJN E PELOS GINECOLOGISTAS MELISSA CAVAGNOLI E EDUARDO L. A. MOTTA.



O casal avaliado como “entidade única”

Daniel Suslik Zylbersztein é urologista pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, doutor em Ciências pela EPM-UNIFESP, orientador do Programa de Pós-Graduação da Disciplina de Urologia/UNIFESP e médico assessor do Laboratório de Análise Seminal do Grupo Fleury Medicina e Saúde.

O ano de 1978 trouxe uma mudança de paradigma no tratamento de infertilidade conjugal com a conquista do primeiro nascido vivo (Louise Brown) pela técnica de FIV (Fertilização *in Vitro*) **Clássica**, criada pela dupla Patrick Steptoe (ginecologista) e Robert Edwards (biólogo) na Inglaterra. Já o ano de 1992, com o aparecimento da técnica da **ICSI** (Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoides), foi ainda mais impactante para os inférteis e, em especial, para os urologistas afeitos ao tratamento da infertilidade masculina.

A técnica da ICSI, criada por Gianpiero Palermo, associada às técnicas de extração de espermatozoides testiculares - biópsia por punção, pela técnica aberta ou ainda pela microdissecção testicular - permitiu que homens com pouca produção e baixa qualidade de espermatozoides, além daqueles diagnosticados previamente como estéreis pela presença de azoospermia, pudessem se tornar pais biológicos.

Após uma empolgação da comunidade médica e científica pela nova técnica laboratorial durante toda a década de 90, os altos índices de falhas nos tratamentos que se seguiram com o uso da ICSI arrefeceram este ímpeto inicial. Taxas de gravidez abaixo do esperado, embriões de má qualidade morfológica e abortamentos de repetição evidenciaram que, para a aquisição de uma gravidez viável, seria necessário mais do que apenas usar um espermatozoide. Os estudos começaram a mostrar que fertilizar o óvulo com um espermatozoide de qualidade, representado pela integridade dos seus cromossomos e

com uma correta expressão genética de suas proteínas, seria característica primordial para que as chances de uma gravidez se tornassem realidade.

Com o advento da ICSI, o fator masculino, já naturalmente pouco avaliado pelos médicos ginecologistas e até mesmo pelos próprios urologistas gerais, tornou-se ainda menos investigado. Estudos mostram que, quando os casais são avaliados para infertilidade, o fator masculino é totalmente ignorado em 20% a 30% das vezes pelo médico. Em muitos casos, um único espermograma é solicitado, e ao seu resultado, mesmo que francamente alterado, não é dispensada a devida relevância clínica. Esta prática, muito observada na nossa realidade, pode ser consistente com a cultura da mulher buscar mais o atendimento médico do que o homem, sendo na grande maioria das vezes a responsável por procurar auxílio mé-

dico quando constatado um quadro de dificuldade para engravidar. Isto gera uma falsa sensação de que o fator feminino de infertilidade seja mais prevalente que o masculino.

A infertilidade masculina representa o único fator conjugal em 25% a 30% das vezes, contribuindo em até 50% das vezes quando a causa é mista. Com estes números tão expressivos, é inconcebível o homem não receber dos urologistas a mesma atenção na avaliação de infertilidade conjugal que os ginecologistas dispensam às suas pacientes. Na última década, muitos estudos têm demonstrado que a expressão da redução do potencial de fertilidade masculina pode estar associada a várias doenças importantes, como câncer (tumor de testículo, leucemias, linfomas), doenças crônicas (diabetes, síndrome metabólica, hemoglobinopatias) e até mesmo à mortalidade mais precoce. Portanto, a investigação do homem se faz necessário não apenas para ajudar o casal a engravidar, mas também como forma de avaliar a saúde global masculina.

A partir dos anos 2000, com o melhor entendimento de que a ICSI não é a cura para todos os males que atingem o potencial fértil masculino, a comunidade científica voltou-se novamente para o estudo de doenças que pudessem afetar a espermatogênese, como a varicocele, tabagismo, doenças sexualmente transmissíveis, obesidade, sedentarismo, entre outras causas. Os urologistas e pesquisadores de infertilidade masculina passaram a ter o entendimento de que uma melhora da saúde do homem, agregada à otimização do perfil hormonal para a espermatogênese, traria benefícios



A infertilidade masculina representa o único fator conjugal em 25% a 30% das vezes, contribuindo em até 50% das vezes quando a causa é mista.



para a qualidade seminal utilizada nos tratamentos de reprodução assistida. Desta forma, inúmeros estudos atestam que o ganho de saúde e a correção de fatores de agravo à fertilidade, como a varicocelectomia, por exemplo, podem melhorar a qualidade embrionária em tratamentos de fertilização *in vitro* (e, por consequências, as chances de gravidez), além de, em muitas vezes, recuperar o potencial de uma gravidez natural do casal.

Atualmente, preconiza-se a avaliação do casal infértil como uma “entida-

de única”, com o objetivo de buscar as causas que estão interferindo na ausência de gravidez, avaliar o verdadeiro potencial de gravidez natural que este casal pode apresentar e propor a melhor forma de tratamento. Assim, evita-se a dicotomização na avaliação e na terapêutica deste casal, reduzindo os erros e aumentando as chances de gravidez. Um exemplo clássico desta situação é indicar para o casal um tratamento de reversão de vasectomia no homem cuja mulher apresenta tubas obstruídas por

uma doença inflamatória pélvica. Se a informação de obstrução tubária fosse integrada com a proposta de reversão de vasectomia - avaliação do casal com uma “entidade única” -, o médico prontamente faria uma correção de rumo e indicaria um tratamento de fertilização *in vitro* do tipo ICSI com a técnica de aspiração de espermatozoides epididimários como a única modalidade real deste casal atingir a gravidez.

A infertilidade masculina será uma situação cada vez mais presente nos consultórios dos urologistas. Assim como as mulheres, os homens também estão alcançando a paternidade em uma idade mais avançada e, portanto, com uma chance maior de apresentarem redução do potencial fértil. Conclui-se, desta forma, que o urologista de hoje tem um papel de fundamental importância para que estes homens possam mais facilmente se tornarem pais, seja realizando uma medicina preventiva com os nossos adolescentes, seja promovendo uma melhora do potencial fértil para a aquisição de uma gravidez natural ou ainda otimizando a qualidade espermática para um tratamento que necessite o uso de alguma técnica de reprodução assistida.

Bibliografia: 1. Pastuszak, AW; Sigalos, JT; Lipshultz, LI. The Role of the Urologist in the Era of In Vitro Fertilization-Intracytoplasmic Sperm Injection. *Urology*. 2017 Maio;103:19-26.



A visão do ginecologista

Eduardo L. A. Motta, médico assistente da Huntington Medicina Reprodutiva e do Setor Integrado de Reprodução Humana e professor-adjunto do Departamento de Ginecologia da EPM – UNIFESP ()*

A infertilidade deixou de ser um tópico isolado, menos importante ou apenas de alguns. Hoje vemos um número crescente de homens e mulheres com dificuldades, quer seja nos consultórios dos urologistas ou dos ginecologistas; e várias são as explicações. Dentre tantas, houve uma dramática mudança comportamental dos jovens de meia-idade, onde o desejo de estabelecer famílias é cada vez mais

adiado, quer pela ascensão profissional ou pelo simples fato de aproveitar os benefícios de nossa atual sociedade e achar que, quando quiserem, terão o sucesso alcançado. Esta demora em ter filhos, além de aumentar a incidência de doenças induzidas pelo tempo e que contribuem para a infertilidade - como a endometriose ou as alterações tubárias nas mulheres e as modificações da espermatogênese relacionadas a vari-

cocele nos homens - afeta sobretudo a capacidade ovular, alteração esta impeditiva, sem uma forma de regeneração e muito pouco esclarecida pela comunidade médica junto à sociedade.

Diferente dos homens, que produzem seus espermatozoides de forma contínua ao longo da vida, as mulheres já nascem com um número pré-determinado de óvulos, que serão consumidos desde a sua vida intrauterina até a chegada da



menopausa. Mas esta seleção ovular não se dá de forma aleatória, permitindo que uma mulher ao final do período reprodutivo tenha apenas uma reserva menor. Ao contrário, durante o recrutamento ovular um complexo sistema autócrino irá promover uma “verdadeira competição” entre os folículos que povoam o ovário e, ao longo da vida reprodutiva, apenas os mais sensíveis serão capazes de se desenvolver, respondendo aos estímulos hormonais. Assim, a mulher consome antes os óvulos de melhor qualidade e deixa para o final da vida os menos hábeis a formar um embrião capaz.

Isto explica a grande demanda para tratamentos de infertilidade, sobretudo para as mulheres acima de 35 anos de idade, quando se estabelece o processo de envelhecimento e esgotamento da reserva ovular. A partir de então, as dificuldades para engravidar aumentam, assim como os riscos de abortamento e do nascimento de bebês com alterações cromossômicas, como a síndrome de Down. Só para se ter uma idéia, desde a puberdade até os 35 anos uma mulher tem cerca de 20% dos seus óvulos alterados do ponto de vista de aneuploidias, ao passo que aos 45 anos, essa porcentagem chega aos 95%.

Pensando sob esse aspecto, o óvulo tem um papel preponderante na obtenção da gestação, tanto que as taxas de sucesso geralmente se relacionam a idade ovular, independente do problema vivenciado pelo casal. O mesmo pensamento se aplica nas gravidezes espontâneas.

Já nos homens, o impacto do envelhecimento etário se dá de forma bem mais branda na capacidade reprodutiva, sendo esse processo mais evidente apenas após os 50 anos. Assim é imperativo que a classe médica atue de forma conjunta, esclarecendo as consequências de se retardar indefinidamente a maternidade. Por outro lado, é também importante



É imperativo que a classe médica atue de forma conjunta, esclarecendo as consequências de se retardar indefinidamente a maternidade.

salientar que existem hoje recursos tecnológicos capazes de sobrepujar muitas das alterações determinantes da infertilidade. Estima-se que mais de 2 milhões de bebês tenham nascido pela fertilização *in vitro* (FIV). Nesta verdadeira revolução da Medicina Reprodutiva, a FIV se consolida como alternativa segura em proporcionar aos casais chances reais de realizar o sonho de construir uma família.

Com o avanço nas técnicas de congelamento de gametas, sobretudo de óvulos, a preservação da fertilidade feminina passa a se tornar opção viável, sobretudo para as mulheres que têm seus gametas criopreservados durante seu melhor momento po-

tencial. Ademais, o material biológico pode ficar armazenado por tempo indeterminado, proporcionando relativa tranquilidade à mulher - ou ao casal - para decidir o melhor momento de engravidar. Importante salientar que esta talvez não seja a solução definitiva para o envelhecimento do oócito, mas é uma alternativa válida quando bem aplicada.

Diante do exposto, um dos grandes desafios de nós, médicos, é levar a apropriada informação aos casais, para que fiquem atentos ao seu potencial reprodutivo, principalmente no que diz respeito à idade da mulher. A informação é o melhor recurso que temos para ajudar nossos pacientes. Alertá-los quanto à queda da fertilidade com o passar dos anos, manter uma vida saudável e sem agravos à saúde seguramente preservam os gametas. Alertar para as tecnologias existentes, não só no tratamento do casal infértil, mas também para preservação dos gametas masculino e feminino podem ser boas alternativas, quando bem consideradas. Deste modo, a perfeita integração dos profissionais na saúde reprodutiva é fundamental para o esclarecimento e a correta abordagem de nossos pacientes.

(*) Coautoria de Melissa Cavagnoli, médica assistente da Huntington Medicina Reprodutiva.

SERVIÇOS DE RESIDÊNCIA MÉDICA

**NESTE NÚMERO O BIU
APRESENTA OS SERVIÇOS
DE RESIDÊNCIA MÉDICA
EM UROLOGIA DO
HOSPITAL MUNICIPAL
DR. MÁRIO GATTI (HMMG),
EM CAMPINAS, E O
SERVIÇO DE UROLOGIA
DO HOSPITAL AMARAL
CARVALHO, DE JAÚ (HAC).**

O Serviço do HMMG é coordenado pelo Prof. Dr. Ricardo D. Saade, que é assessorado pelo Dr. Fábio T. Ferreira. Os residentes de Urologia do 5º ano são os drs. Oswaldo Andriguetto Neto e Guilherme F. Vicentin. O dr. Renato Prado Costa é o chefe do Serviço de Urologia do HAC e o residente do 5º ano é o dr. Pedro Américo de Campos Souza.

Os drs. Saade e Ferreira destacam que o HMMG é o principal hospital que integra o atendimento do município e região metropolitana de Campinas. É, também, a principal referência em urgência desse sistema e, por isso, possui um grande número de usuários, o que proporciona ao Serviço uma diversidade no atendimento de patologias e realização de procedimentos cirúrgicos. Dessa forma, os residentes de urologia entram em contato com as mais diversas doenças e terapias necessárias

à sua formação. Somado a isso, os ambulatórios e cirurgias, divididos em subespecialidades, facilitam o aprendizado. Conta também com a parte acadêmica (reuniões, discussão de casos e artigos científicos) dividida entre preceptores e residentes, o que estimula a leitura e o aprendizado.

Já os residentes dr. Andriguetto Neto e dr. Vicentin relacionam como destaques do Serviço de Urologia do HMMG a diversidade de cirurgias, os ambulatórios de especialidades, a realização de exames diagnósticos e as reuniões estruturadas.

No entanto, segundo o dr. Saade, existem pontos que precisam ser melhorados e, como em todo serviço público de ensino, a busca por melhorias deve ser contínua. Assim, a incorporação de novas tecnologias, a melhoria técnica de todo grupo, o aprimoramento científico, com a realização de pesquisas clínicas e pós-graduação, devem ser sempre estimulados, situ-

ação essa deficitária no Serviço. Com relação à dinâmica, assinala que todo serviço público passa por dificuldades para a implementação de novas tecnologias, aquisição de materiais cirúrgicos, restrição de gastos, entre outros. Para os residentes as principais dificuldades não estão relacionadas ao Serviço de Residência, mas à estrutura dos hospitais públicos.

Os dois médicos residentes julgam-se preparados para exercer a Urologia, na sua forma plena e em qualquer estado do Brasil ao final da residência médica e, para isso, consideram o volume cirúrgico ao longo da especialização e a diversidade de procedimentos, que possibilitam a realização de diversas técnicas para a mesma patologia. Os residentes, pretendem fazer alguma especialização ou pós-graduação após finalizar a Residência Médica por entenderem que assim terão uma melhor inserção no mercado de trabalho.

Na opinião dos drs. Saade e Ferreira, a SBU-SP realiza uma série de eventos de altíssimo nível, como o CPUJPU e o PROTEUS, o que contribui para a formação teórica dos residentes. Além disso, os cursos práticos, nas diversas subespecialidades, ajudam a complementar sua formação. Os residentes também reconhecem o papel da SBU/SP, destacando os Congressos, intensivos e cursos de excelente qualidade, porém comentam que o site da SBU-SP poderia conter aulas direcionadas aos residentes.

Para o chefe da Urologia do HMMG, o seu Serviço tem uma visão de formação voltada para a atividade prática dos seus residentes, sem menosprezar a parte teórica. Ele assinala que a grande maioria dos residentes sai do Serviço apto a exercer suas atividades profissionais, com capacidade de diagnóstico e tratamento das mais variadas patologias urológicas e utilização das mais diversas técnicas. Além disso, há a possibilidade de estágios no exterior como uma complementação dessa formação, ampliando ainda mais seus horizontes.

HOSPITAL AMARAL CARVALHO

Dr. Renato Prado Costa, chefe do Serviço de Urologia do HAC de Jaú, aponta como pontos de destaque do seu Serviço de Residência o grande volume cirúrgico, principalmente oncológico e endourológico, com presença em campo de pelo menos um membro do staff em todos os procedimentos. Além disso, destaca a oportunidade de aprender diversas técnicas cirúrgicas em prostatectomia radical - perineal, reteropúbica e videolaparoscópica – os encontros semanais para apresentação de artigos científicos e as aulas ministradas, na grande maioria, por membros do staff, que cobrem todos os temas do programa de Residência Médica.

Ele ressalta que, a exemplo do



Hospital Municipal Dr. Mário Gatti (HMMG), em Campinas (SP)



Os médicos residentes julgam-se preparados para exercer a Urologia ao final da residência médica, na sua forma plena e em qualquer estado do Brasil

que ocorrem com todos os programas de residência, alguns pontos precisam ser melhorados. Como exemplo ele cita a realização de Sling feminino - o residente R5 está fazendo dois slings femininos por mês – o estágio de microcirurgia, já realizado no HC- FMUSP pelo Dr. Pedro Américo, residente do 5o ano, o fato de não disporem de robô e a não realização de transplante renal e uropediatria no Serviço (no último ano, os residentes fazem estágio no HC-FMUSP).

O dr. Pedro Américo, residente do 5º. Ano, se julga preparado para exercer a Urologia em sua forma plena, em qualquer estado do Brasil, ao final da residência médica devido, principalmente, ao grande volume cirúrgico, aulas ministradas pelos membros do staff e participação em reuniões semanais de artigos científicos. Julga-se muito confiante a exercer a Urologia no final da formação, principalmente em Uro-Oncologia e Endourologia. Ele pretende fazer alguma especialização ou pós-graduação após finalizar a Residência Médica, na área de cirurgias minimamente invasivas e robótica.

Na opinião do dr. Renato Costa Prado, a SBU-SP cumpre seu papel na preparação do residente. O dr. Pedro Américo menciona, por sua vez, que a SBU-SP realiza o PROTEUS, direcionado para residentes, em que são abordados todos os temas da

Urologia em aulas de 20 minutos. “Acho de suma importância o papel da SBU na supervisão das residências médicas, melhorando assim a qualidade dos serviços”, acrescenta.

O dr. Renato Costa Prado informa que o Serviço foi criado em 1976. Atualmente, conta com cinco membros e cinco residentes. A partir de 1980 o hospital passou a ser referência em tratamento oncológico no interior do Estado de São Paulo. A exceção da uropediatria, transplante renal e microcirurgia – os estágios nessas áreas são realizados no HC-FMUSP no último ano da residência -, o residente consegue fazer tudo no Hospital Amaral Carvalho. Oncologia e Endourologia são as áreas de maior destaque. Em média são realizadas entre 350 e 400 prostatectomias radicais, com uma média mensal de 150 cirurgias sob anestesia.



DE 1967 A 2017, MEIO SÉCULO DE HISTÓRIA DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO HOSPITAL DO SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL

Helio Begliomini, residente de 1979 a 1982 e assistente do Serviço de Urologia do HSPE desde 1986



A pedra fundamental do conjunto hospitalar do Hospital do Servidor Público Estadual (HSPE) foi colocada em 5 de janeiro de 1957, quando era governador de São Paulo, Jânio da Silva Quadros (1917-1992). A obra foi executada sob a orientação e fiscalização de Francisco Morato de Oliveira, sendo inaugurada em 9 de julho de 1961 pelo governador Carlos Alberto Alves de Carvalho Pinto (1910-1987), pelo presidente da república Jânio da Silva Quadros e pelo então presidente do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (Iamspe), Francisco Morato de Oliveira, que,

posteriormente, teve seu nome dado ao complexo hospitalar.

O Serviço de Urologia do HSPE iniciou suas atividades de ensino em 1967, tendo como diretor Oscar Motta Mello Júnior e chefe de serviço Oswaldo Arruda Macedo. Recebeu seu primeiro residente em 1968. À época, o programa consistia de um ano em cirurgia geral e dois de urologia, prática que vigorou até 1992, quando passou-se a exigir dois anos de tirocínio em cirurgia geral.

Até 2003 a aprovação para a Residência em Urologia fazia-se através de um único concurso de acesso ao hospital. Em 2004 o ingresso na Urologia começou a depender de um segundo concurso após a Residência em Cirurgia Geral, sendo facultado a candidatos de residências de outros hospitais. Em 2005 a Residência em Urologia passou a contar com três anos de prática na especialidade.

No segundo semestre de 1986 tornou-se diretor Demerval Mattos Júnior¹ e chefe de serviço Pedro Manzini Filho, sendo sucedidos, em janeiro de 2010, por Limírio Leal da Fonseca Filho, como diretor, e Luís Augusto Seabra Rios, como chefe de serviço.

Foi com satisfação e honra que em épocas primeiras ou mais recentes integraram como assistentes os seguintes urologistas: Michel Pink, Paulo Camargo, Antônio Carlos da Costa Leite, Francisco de Paula Santos Abreu; os professores Waldyr Prudente de Toledo, Nelson Íleo Dias Montellato, Sami Arap, Frederico Arnaldo de Queiroz e Silva e Miguel Srougi; assim como os urologistas: Mario Marrese, João Aff Abdo, Sebastião Francisco de Oliveira, Mário Mustaro, Roberto Tarpinian, Nestor Cocchiaralli Filho, Hugo Hypólito, Omar Pacheco Simão, André Gilbert, Eduardo Valle Pinheiro, Homero Oliveira de Arruda, Rodrigo Sousa Madeira Campos, Celso Heitor de Freitas

Júnior, Leonardo Inácio Marcondes Braga, Lino Cerveira da Silva e Luiz Antonio Bonetti Júnior.

Atualmente, o corpo de profissionais é composto por Limírio Leal da Fonseca Filho, Luís Augusto Seabra Rios, Pedro Manzini Filho, Paulo Roberto Dias Westin, Vítor Recupero, Oswaldo Cougi Koga, Carlos Alberto Machado Botelho, Flávio de Almeida Júnior, Helio Begliomini, Cláudio Francisco Atílio Gorga, Sérgio Esperidião, Eduardo Berna Bertero, Ezer Amorás Mello, Renato Panhoca, Daniel Makoto Tsuchie, Vitório Amoroso Filho, Mário Henrique Bueno Bavaresco, José Freitas Melo Júnior, Eduardo de Toledo Corrêa, Thiago Souto Hemery, Renato Meirelles Mariano da Costa Júnior e Wagner Aparecido França.

Nesses 50 anos de atividades de ensino, o Serviço de Urologia do HSPE ofereceu oportunidade de aprendizado a 115 médicos residentes concursados e a quatro estagiários. Ao longo de sua história tem contribuído para a especialização de urologistas dispersos em diversas cidades de 16 estados da federação.

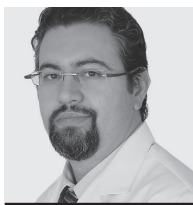


Nesses 50 anos de atividades de ensino, o Serviço de Urologia do HSPE ofereceu oportunidade de aprendizado a 115 médicos residentes

1. Demerval Mattos Júnior embora tenha deixado a chefia em dezembro de 2009, permaneceu no do Serviço de Urologia até dezembro de 2016.



ERGONOMIA EM CIRURGIA LAPAROSCÓPICA, ASPECTOS RELACIONADOS À EFICIÊNCIA DA CIRURGIA E À SAÚDE DO CIRURGIÃO



Marcos Tobias-Machado, chefe do setor de uro-oncologia da FMABC, responsável pelo programa de treinamento laparoscópico do Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho (São Paulo), professor do curso de laparoscopia urológica do IRCAD – América Latina – e chefe do programa de Urologia Robótica – H Brasil, rede D'or, Santo André

Desde os primórdios da cirurgia aberta já se conhecia que a posição do cirurgião e dos assistentes em campo operatório era fundamental para que o melhor resultado fosse obtido. A mão dominante do cirurgião devia se posicionar no hemiabdomen contralateral ao sitio cirúrgico, de maneira que o órgão a ser operado pudesse ser acessado frontalmente pelo cirurgião.

A altura da mesa cirúrgica deveria ser colocada de maneira a permitir um ângulo de 90 graus do braço com o antebraço do cirurgião, para evitar posição viciosa da coluna e do pescoço. Para auxiliares com menor estatura era sempre necessário compensar a altura com um tablado para obter as mesmas condições do cirurgião. Como o espaço ao lado do paciente é limitado na cirurgia convencional, o segundo assistente, que normalmente ajuda a obter melhores condições de exposição seja através do uso de afastadores externos, seja através de aspiração do campo, tinha

que se adaptar às condições de posicionamento extremamente adversos para atingir os seus objetivos.

Nos primórdios da laparoscopia, quando o cirurgião manejava a óptica e uma pinça de trabalho olhando diretamente através da lente, o posicionamento do pescoço e da coluna do cirurgião, os princípios de ergonomia, eram claramente violados.

O emprego rotineiro da cirurgia videolaparoscópica a partir da década de 90 trouxe desafios adicionais com relação à ergonomia.

Em virtude de se realizar a cirurgia através de pequenos orifícios olhando os instrumentos manejados pelo cirurgião, há uma redução no grau de liberdade e uma movimentação não intuitiva quando comparadas ao punho humano (por exemplo, desejando-se ir para esquerda a pinça de trabalho deve ser movimentada para a direita). Os instrumentos de trabalho longos e a distância remota do órgão alvo aumentam a chance de tremor e exigem um posicionamento mais estático do cirurgião. A distân-

cia entre os portais (ideal 6-7 cm) e o ângulo entre as pinças de trabalho e a óptica (entre 60-90 graus) devem ser minuciosamente planejados, especialmente quando se trata de cirurgia com suturas.

O olho do cirurgião passa a ser a câmera que é manejada pelo assistente e o afastamento de estruturas realizado pelo assistente muitas vezes não é totalmente visualizada no campo filmado. Como a imagem é observada por meio de um monitor externo ao paciente, a altura e a distância do monitor ao paciente são muito importantes para evitar mau posicionamento do pescoço e da coluna do cirurgião. Tudo isso ainda se torna comprovadamente mais desconfortável para o cirurgião quando se fala de cirurgia laparoscópica através de portal único (LESS).

Vários estudos têm demonstrado que uma má ergonomia durante o procedimento laparoscópico está associada a fadiga intraoperatória, ocasionando uma pior execução de movimentos e estresse muscular e



Figura 1. Ergonomia do cirurgião comparando cirurgia aberta, laparoscópica e robótica (Divulgação).

psíquico do cirurgião e equipe. Como resultado, teremos um procedimento com potencial piora da eficácia e um cirurgião com uma gama de problemas, incluindo desde quadros de dores musculares leves até artropatias por lesão repetitivas (coluna cervical e lombar, ombros, punhos, joelhos e pés) e estresse psíquico.

Uma pesquisa recente entre cirurgiões de Uro-oncologia aponta para a presença de sintomas relacionados a cirurgia laparoscópica em 75% dos cirurgiões entrevistados. Estudo inglês relata que pelo menos metade dos cirurgiões laparoscopistas já utilizaram analgésicos orais para o tratamento de dores relacionadas a posicionamento em cirurgia. Um outro estudo comprova que os auxiliares têm, no mínimo, a mesma repercussão que ocorre com o cirurgião principal. Medidas simples - como calor local, massagem e analgésicos tópicos - são minhas opções pessoais para o alívio do desconforto.

Sabe-se que dentre os fatores mais importantes para o desenvolvimento de problemas associados à ergonomia, o tempo operatório prolongado (maior do que 3 horas), a pouca experiência do cirurgião e cirurgias com maior grau de dificuldade são os principais fatores relacionados. A personalidade do cirurgião que deseja progredir na laparoscopia, exigindo motivação contínua e persistência diante das adversidades, via de regra tende a minimizar os sintomas. Eu recomendo a realização de exercícios físicos periódicos para aumentar a força muscular e permitir um maior alongamento muscular como medidas úteis no dia-a-dia.

APRENDER DE FORMA SAUDÁVEL

Cabe um comentário crítico sobre como aprender laparoscopia de forma saudável. Neste cenário, a presença de um tutor durante a curva de apren-

dizado é muito importante. Selecionar o paciente, planejar adequadamente os portais e respeitar o seu estágio de evolução são fundamentais para obter um tempo operatório razoável, com qualidade na cirurgia, excelentes resultados e um mínimo comprometimento da saúde do cirurgião.

Com o objetivo de melhorar a ergonomia das cirurgias laparoscópicas mais prolongadas, uma série de estratégias tem sido descritas.

Uma delas é o posicionamento do paciente, dos portais e do cirurgião com relação ao paciente. Para nós, urologistas, o clássico exemplo seria a prostatectomia radical laparoscópica. Esta operação talvez seja a com maior número de variações.

Primeira, relativa ao acesso, se for transperitoneal, normalmente o paciente necessitava de Trendelenburg mais forçado (25-30 graus) do que no acesso extraperitoneal (10-20 graus). Isso tem consequências se o cirurgião deseja se posicionar na cabeceira do paciente. A vantagem desse posicionamento é permitir ao cirurgião operar de frente para o monitor, com as pinças pararetais simétricas com relação à óptica (Mariano). As desvantagens são o maior Trendelenburg para que a cabeça do paciente fique entre os pés do cirurgião e uma maior angulação da coluna e dos braços para frente.

Alguns cirurgiões optam por operar do lado esquerdo do paciente. Neste cenário, existem basicamente três possibilidades para o cirurgião:

1. Utilizar as duas pinças pararetais (posição de "toureiro"). Nesta va-

riação, há uma tendência a grande fadiga do cirurgião devido ao posicionamento dos ombros. Nesta posição, podem ajudar para redução do desconforto um pouco de decúbito lateral esquerdo, posicionar-se ao lado da cabeça ao invés de lateral ao paciente (Anibal) e um apoio para o braço estendido (Anuar).

2. Utilizar as duas pinças no mesmo hemiabdomen quase todo o tempo da cirurgia (posição de "churrasqueiro") e conformação de "toureiro" apenas por ocasião da sutura (Tobias-Machado). Essa variação promove uma excelente ergonomia. A principal desvantagem é a não simetria com relação à angulação das pinças, que é mais aguda para as manobras realizadas do lado esquerdo e ideal para as manobras à direita. O cirurgião normalmente compensa isso com um movimento mais próximo das pinças quando está abordando estruturas à esquerda ou mesmo com afastamentos realizados por um assistente posicionado à direita. Idealmente deve haver dois monitores, para permitir ao cirurgião e assistente evitarem uma rotação do pescoço maior do que 20 graus (angulações maiores estão associadas a uma maior chance de dor cervical)

3. Utilizar um dos portais no lado esquerdo e um dos portais na linha média (posição de "mini toureiro"). Esta posição permite uma ergonomia razoável e, também, manobras simétricas devido à pinça da linha média. Necessita de um bom entrosamento entre o câmera e o cirurgião



Estudo inglês relata que pelo menos metade dos cirurgiões laparoscopistas já utilizaram analgésicos orais para o tratamento de dores relacionadas a posicionamento em cirurgia.

devido ao posicionamento em linha dos portais (Misael).

Outras estratégias ainda dentro da cirurgia laparoscópica pura seriam o desenvolvimento de simuladores que permitem ao cirurgião reduzir o tempo operatório, cadeiras ergonômicas, pinças com melhor empunhadura e apreensão do cirurgião e instrumentos que tentam mimetizar os movimentos da mão (que estariam mais próximos do que oferece a cirurgia robótica, com menor custo).

A maior evolução da cirurgia laparoscópica no sentido de melhora da ergonomia foi, sem dúvida, o advento da cirurgia assistida por robô. Todas as vantagens do aparelho impactam positivamente a ergonomia. Por apresentar a visão em 3D e movimentos intuitivos, permite que o cirurgião tenha uma menor curva de aprendizado, o que em última instância permite cirurgias mais seguras e num menor tempo operatório, com menor número de casos do que a laparoscópica pura. O console a partir do modelo Si, com regulação personalizada, permite que se opere sentado em uma posição mais confortável e mais relaxada. Não há também a interferência da localização dos portais na ergonomia do cirurgião.

Em contrapartida à cirurgia laparoscópica, mesmo para cirurgiões de grande volume diário, estima-se que 25% apresentem algum sintoma relacionado a posição durante a cirurgia. Tenho observado que a ergonomia durante a cirurgia robótica depende diretamente da habilidade do cirurgião em manejar o "clush" (para manter as pinças bem posicionadas e os antebraços apoiados no console) e o tempo cirúrgico no console.

Principalmente para procedimentos de alta precisão, como a dissecação neurovascular durante a prostatectomia radical, tenho a convicção de que a melhor ergonomia da robótica, além dos instrumentos mais delicados, impacta diretamente nos me-

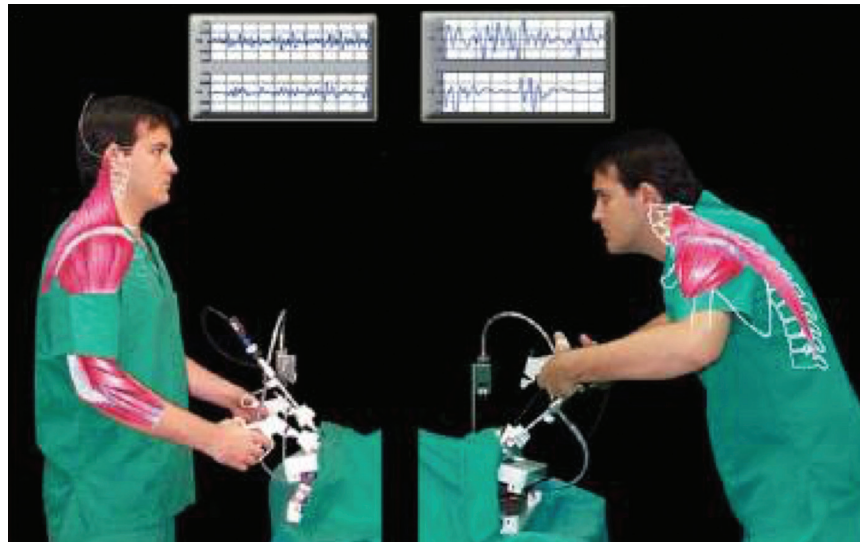


Figura 2. Posição inapropriada do cirurgião pode causar problemas articulares (Divulgação).

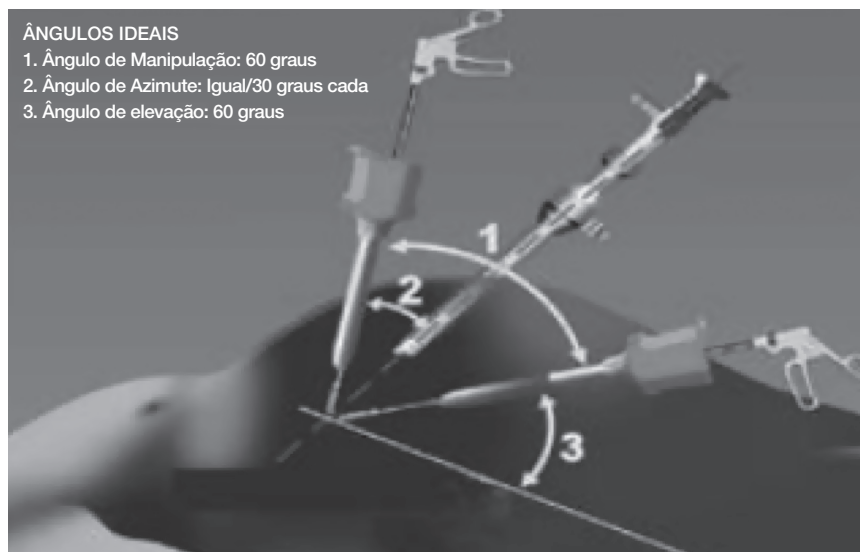


Figura 3. Angulações importantes quanto aos trocarteres (Divulgação).

lhores resultados de preservação da função erétil que têm sido apontado nas meta-análises mais recentes.

Para finalizar, gostaria de deixar algumas mensagens finais:

- 1.** Quando se fala de laparoscopia pura, relatamos que todo o nosso sacrifício se converte em benefício para o paciente.
- 2.** Quando falamos de cirurgia robótica, dizemos que toda a tecnologia empregada beneficia tanto o médico quanto o pa-

ciente. Aos céticos da cirurgia robótica afirmo sem sombra de dúvidas: essa é a interface laparoscópica que vai ser utilizada para a maioria dos casos em futuro próximo.

- 3.** Para quem não dispõe do robô na sua rotina: a laparoscopia bem realizada é fantástica. Treinem muito e nunca se esqueçam que a ergonomia é uma das chaves para o sucesso da cirurgia e longevidade do cirurgião.



A PARTIR DE 2018 MÉDICOS PODERÃO OPTAR PELO **SIMPLES NACIONAL**

Alessandra Bianchi, advogada, é especialista em Direito Tributário pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

O Simples Nacional (ou Super Simples) é um regime compartilhado de arrecadação, cobrança e fiscalização de tributos aplicável às Microempresas e Empresas de Pequeno Porte, previsto na Lei Complementar No. 123/2006. O referido regime é aplicável nos níveis da Administração Pública - União, Estados, Distrito Federal e Municípios - englobando a maior parte dos impostos que estes entes cobram. O sistema é administrado por um Comitê Gestor composto por oito integrantes, sendo quatro membros da Receita Federal, dois dos Estados e do Distrito Federal e dois dos Municípios.

Durante muito tempo a classe médica reivindicou a possibilidade de

enquadramento de suas atividades no regime e, posteriormente, tributação com alíquotas menores, o que ocorrerá a partir de janeiro de 2018, quando entrará em vigor a Lei Complementar 155/2016.

REQUISITOS E CARACTERÍSTICAS

O ingresso no Simples Nacional está condicionado à observância aos seguintes requisitos:

- Enquadrar-se na definição de Microempresa ou Empresa de Pequeno Porte;
- Cumprir os requisitos formais previstos na legislação; e
- Formalizar a opção pelo Simples Nacional.

O Simples Nacional tem como principais características:

- Ser facultativo;
- Ser irretroativo para todo o ano-calendário;
- Compreende os seguintes tributos: IRPJ, CSLL, PIS/Pasep, Cofins, IPI, ICMS, ISS e a Contribuição para a Seguridade Social destinada à Previdência Social a cargo da pessoa jurídica (CPP);
- Recolhimento dos tributos por meio de documento único de arrecadação – DAS;
- Disponibilização de sistema eletrônico para realização de cálculo do valor mensal devido, além da geração da DAS para constituição do crédito tributário;

- Apresentação de declaração única e simplificada de informações socioeconômicas e fiscais;
- Prazo para recolhimento da DAS até o dia 20 do mês subsequente àquele em que houver sido auferida a receita bruta; e
- Possibilidade de os Estados adotarem sublimites para a Empresa de Pequeno Porte, em função da respectiva participação no Produto Interno Bruto. Nestes casos, ultrapassado o sublimite, serão devidos o ICMS e o ISS diretamente ao respectivo Estado ou Município.

APLICABILIDADE

Desde a edição da Lei Complementar 139/2011 os limites de receita bruta para fins de opção pelo Simples Nacional são os seguintes:

- I. No caso da microempresa, receita bruta no ano-calendário igual ou inferior a R\$ 360.000,00 (trezentos e sessenta mil reais); e
- II. No caso da empresa de pequeno porte, receita bruta no ano-calendário superior a R\$ 360.000,00 (trezentos e sessenta mil reais) e igual ou inferior a R\$ 3.600.000,00 (três milhões e seiscentos mil reais).

A partir de 1º de janeiro de 2018 o limite máximo para o enquadramento no regime passará a ser de R\$ 4.800.000,00 (quatro milhões e oitocentos mil reais). É vedada a opção ao SIMPLES a pessoas jurídicas constituídas como cooperativas (exceto as de consumo), empresas cujo capital participe outra pessoa jurídica e pessoas jurídicas cujo sócio ou titular seja administrador ou equiparado de outra pessoa jurídica com fins lucrativos, desde que a receita bruta global ultrapasse o limite de receita.

Durante muitos anos houve articu-



A expectativa é de que as alterações sejam benéficas para a categoria médica, porque permitirão, na maioria dos casos, sensível redução da carga tributária

lação das entidades de classe, inclusive a médica, por meio da Associação Paulista de Medicina (APM), para inclusão da atividade no regime do Simples Nacional e, posteriormente, para o enquadramento em uma faixa de tributação com carga tributária menor.

No decorrer de 2016 a APM, em conjunto com o Sebrae, entre outras entidades, se mobilizou, levando ao Congresso Nacional a demanda de redução de tributos, resultando nas alterações inseridas na Lei Complementar 155/2016, que aumenta o limite máximo de receita bruta para as pequenas empresas participarem do regime de tributação do Simples Nacional, além de reduzir a tributação dos profissionais de Medicina, que agora começa em 6% (seis por cento).

AS INOVAÇÕES DA LEI COMPLEMENTAR

Dentre as alterações de maior relevância – em vigência desde 1º de janeiro de 2018, podem ser mencionadas:

1. Os médicos, que até então eram tributados de acordo com o anexo V da Lei Complementar, passarão a pagar o tributo de forma unificada, nos termos do anexo III, isto é, com alíquotas menores

– a alíquota para a faixa de até R\$ 180 mil de receita bruta em 12 meses cairá de 15,5% para 6%, e assim sucessivamente -, contanto que a relação entre a folha de salários e a receita bruta seja maior que 28%.

2. O teto para uma Microempresa e Empresas ou Pequeno Porte ser enquadrada no Simples Nacional passa de R\$ 3,6 milhões de faturamento anual para R\$ 4,8 milhões;
3. O teto para o Microempreendedor Individual ser enquadrado no Simples Nacional aumentou o limite de R\$ 60 mil/ano para R\$ 81 mil/ano;
4. As faixas de alíquota de imposta reduzem de 20 (vinte) para 6 (seis); e
5. Foi modificado o prazo de parcelamento de dívidas fiscais de 60 (sessenta) meses para 120 (cento e vinte) meses, com diminuição de multa e juros.

Além dessas inovações, será alterada a forma de cálculo. Em lugar da aplicação direta da alíquota sobre a receita bruta, haverá aplicação da alíquota sobre uma base de cálculo ajustada com a exclusão de uma parcela (parcela a deduzir), tal como é feito o cálculo do imposto de renda das pessoas físicas pela tabela progressiva.

A expectativa é de que as alterações sejam benéficas para a categoria médica, porque permitirão, na maioria dos casos, sensível redução da carga tributária incidente sobre as receitas, principalmente nas faixas de receita bruta menores.

Recomenda-se, contudo, cautela nos casos em que a receita bruta anual ultrapasse R\$ 3.600.000,00 (três milhões e seiscentos mil reais), porque, nessa hipótese, o cálculo de ICMS e ISS (quando aplicáveis) passa a ser feito por fora, ou seja, não mais com a alíquota única do regime.


VELAS AO VENTO



Paulo Cordeiro, urologista e cirurgião da Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo



Os “lancheiros” dizem que velejador gosta de sofrer: sofre quando não tem vento e sofre quando tem vento demais.



A imagem de um veleiro numa tarde de sol ao mar é icônica. Quantas obras de arte a têm retratado. E ao vivo, então, quando se está numa praia ou costeira e se avistam veleiros ao mar, que coisa linda. Pois bem, certo dia, tendo uma dessas visões, perguntei-me: “por que eu estou aqui, na praia, e não lá, no veleiro? Eu quero estar lá!”

Quando terminei a residência, e aí já dispunha de um certo tempo, fui atrás. Não tinha qualquer experiência anterior com barcos. Procurei uma escola de vela na represa de Guarapiranga e ali aprendi a manejar pequenos barcos. Imediatamente comprei um e passei a praticar nessa represa sempre que tinha tempo durante a semana e em finais de semana. Quando adquiri certa confiança, instalei um rack no meu carro e ia com meu barquinho para o litoral norte de São Paulo, começando aí a me aventurar no mar, variando as praias (a que mais gostava era a de Almada ao norte de Ubatuba, à época vila de pescadores). Eventualmente também ia até Parati e alugava ou saía com algum conhecido que tivesse um veleiro maior. E assim foram vários anos.

Mais tarde, veio a oportunidade de participar da tripulação de barcos de regata oceânica. Meus amigos, aí a coisa é de pirar! Estar na raia, em competição com os outros barcos, aquele estresse da largada, das manobras, que devem ser exatas no tempo e na execução (um esforço danado, não tem descanso para quem quer estar na frente) é uma experiência deliciosa.

Além disso, tem o aprendizado de coisas novas, como por exemplo “enxergar o vento”, e ele pode não estar na direção que você gostaria, então acerte as suas velas. Tem as correntes de maré que precisam ser entendidas (não adianta brigar com elas). Tem o aprendizado de conviver com o barco em si, principalmente quando você vai ficar alguns dias nele ao mar e não tem nenhum “posto Ipiranga” por perto.

Tive um comandante que no “briefing” para os tripulantes antes das regatas longas (como Santos ao Rio de Janeiro ou Recife a Fernando de Noronha, que duram, dependendo das condições, dois dias e duas noites) ele sempre lembrava: “este é um barco de cegos”. O que ele queria dizer com isto: cada coisa tem que estar rigorosamente no seu lugar, para ser alcançada quando necessário a qualquer momento, inclusive no escuro à noite. (Alguma relação com o ambiente cirúrgico?).

Essas regatas de travessias longas são as mais desgastantes. Os “lancheiros” dizem que velejador gosta de sofrer: sofre quando não tem vento e sofre quando tem vento demais. Lembro de uma regata de Santos ao Rio de Janeiro que ficamos boiando em total calmaria durante sete horas debaixo de um sol de 40° no través da Ilha Grande (a sensação era de que a pele ia rachar) e o inverso, de perrengues com ventos muito fortes e ondulações de metros e desordenadas (nada agradável).

Por outro lado, numa regata de Recife a Fernando de Noronha, quando a tripulação se dividia num turno de duas horas para “levar o barco” durante a noite, lembro que o meu turno era de madrugada, entre 2 e 4 horas, e como não tinha lua (nova) as estrelas se sobressaíam de tal forma, o céu era tão estrelado, tão lindo, que dispensei o colega que viria me substituir para continuar curtindo. Enfim, quer você veleje de forma puramente recreativa durante o dia em barcos menores nas represas ou em barcos oceânicos, quer você faça cruzeiros ou faça uma atividade competitiva como regatas curtas ou longas, sempre vai ser bom.

Do ponto de vista financeiro, você pode se associar a outros velejadores em um consórcio e dividir os custos.

E até se você não tem barco existe a possibilidade, em muitos lugares, de se fazer passeios “charter” e você nem precisa saber velejar.

É só curtir. Bons Ventos!

CONGRESSO DA SOCIEDADE INTERNACIONAL DE CONTINÊNCIA



Basilica di Santa Maria del Fiore, o Duomo de Florença

O Congresso da Sociedade Internacional de Continência deste ano ocorrerá entre 12 e 15 de setembro na charmosa cidade de Florença. O encontro multidisciplinar reúne os mais renomados especialistas na pesquisa e tratamento de disfunções do assoalho pélvico, incontinência urinária e uroneurologia, entre urologistas, ginecologistas, neurologistas, fisioterapeutas e enfermeiros. O Comitê Científico de 2017 programou sessões de fisiopatologia, diagnóstico e tratamento clíni-

co e cirúrgico integrando ciência básica e translacional.

O Centro de Convenções Fortezza da Basso, onde ocorrerá o evento, foi reformado recentemente e é hoje um dos principais e mais modernos da Itália. Localizado a curta distância do centro histórico e comercial, possibilita aos visitantes caminhar por entre ruas florentinas repletas de arte, artesanato, moda, além de poder apreciar a maravilhosa gastronomia local.

Informações sobre a programação científica podem ser obtidas através do site: www.ics.org/2017.

FLORENÇA. PARA MUITOS, A MAIS BELA CIDADE DO MUNDO

Florença - ou Firenze, em italiano, como muitos preferem pronunciar - exala arte e beleza por todas as suas ruas. É possível percorrer a pé os principais pontos turísticos, localizados na área do centro histórico, o que acaba sendo um convite para caminhar sem rumo e desvendar, ao acaso, locais repletos de história. Cidade natal de Dante Alighieri e capital da província de Toscana, é considerada o berço do Renascimento italiana, o que pode ser confirmado pelo grande número de artistas - como Michelangelo, da Vinci, Botticelli e Donatello - que utilizaram a cidade como inspiração para suas obras.

Com tanta beleza - muitos a consideram a cidade mais bela do mundo - e tanto passado, chega a ser difícil escolher um roteiro que não deixe a sensação de que algum ponto importante tenha ficado de fora. Entretanto, algumas visitas são "obrigatórias". A Basilica di Santa Maria del Fiore, também conhecida como o Duomo de Florença, é uma delas. Patrimônio da Humanidade pela UNESCO, seu interior é uma obra de arte gótica e, por sua arquitetura imponente, é o cartão postal da cidade.

A praça onde está situada - Piazza del Duomo - também merece atenção especial. Uma das mais visitadas de toda a Itália, ao seu redor situam-se outros pontos turísticos imperdíveis, como o Campanário de Giotto, o Batistério de São João (uma das mais antigas edificações da cidade) e o Museo dell'Opera de Duomo.

Outra experiência que deve ser vivenciada é atravessar a pé a Ponte Velha (Ponte Vecchio), uma das mais famosas de toda a Europa e outro reconhecido símbolo da cidade. Artistas, ourives e joalheiros ocupam as construções ao redor da ponte que, acredita-se, tenha sido construída ainda na Roma Antiga (de madeira) e reconstruída em 1345 depois de ter sido derrubada por uma enchente.

E quem quiser ter uma vista ampla da região, a dica é se deslocar até a Piazzale Michelangelo. Um pouco afastada do centro turística e numa área mais alta, a praça oferece uma visão panorâmica da cidade. Vale a pena ir até lá - quem não praticar caminhadas regularmente, convém ir de táxi - à tarde e, se o tempo permitir, esperar pelo pôr do sol. É um espetáculo inesquecível.



Campanário de Giotto

Foto: Shutterstock



Museo dell'Opera de Duomo



Vista da Piazzale Michelangelo

Foto: Shutterstock



Ponte Vecchio

Foto: Shutterstock

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.

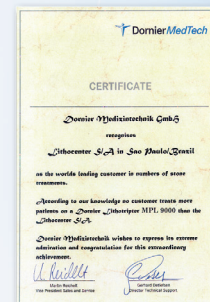
- **Estudo Urodinâmico**

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

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.