



Boletim de Informações Urológicas · Set/Out 2017

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

PONTO DE VISTA

INDICAÇÕES DA POSTECTOMIA NA INFÂNCIA



Entrevista

Dr. José Luiz Gomes do Amaral,
presidente da APM



Fique Sabendo

Análise sobre o uso de terapias
alternativas em Oncologia



Direito Médico

Aspectos legais
envolvidos na vasectomia



Acompanhe a
SBU-SP pelas
redes sociais

Instagram: @sbu_sp

Curta a página no Facebook e siga
a Sociedade no Instagram!



www.facebook.com/sociedade.deurologia

PALAVRA DO EDITOR



José Carlos Truzzi

Ao alcançarmos o último trimestre é inevitável não nos darmos conta da proximidade das comemorações natalinas, bem como da rapidez com que nos distanciamos do início do calendário. Neste ano, delações premiadas e corrupção preencheram boa parte do cenário político. A economia, ainda que de forma incipiente, parece trilhar um caminho de independência e retomada do crescimento. Por seu lado, a Sociedade Brasileira de Urologia vivenciou em 2017 ajustes financeiros, eleições, eventos regionais em diversos estados e mais recentemente, o Congresso Brasileiro de Urologia. A Seccional São Paulo estreitou laços com outras sociedades de especialidades médicas e com a Associação Paulista de Medicina em busca de uma Urologia mais forte. Aliás, nesta edição trazemos uma entrevista exclusiva com o novo presidente da APM, dr. José Luiz Gomes do Amaral.

Foram várias as oportunidades de atualização científica. O PROTEUS, a Jornada Paulista, o Endo-Pizza e cursos em diversas cidades do nosso Estado entrelaçaram ciência básica e prática clínica.

Compartilhamos todas as decisões. Mantivemos total transparência no âmbito econômico, com as contas equilibradas e, por fim, um balanço positivo. A transição administrativa na nossa Seccional, decorrente do processo eleitoral concluído no mês de agosto, não impactou na condução dos trabalhos e realização do evento escolhido para concluir as atividades científicas da SBU-SP deste ano – o Uro-Onco Litoral. Novas regras nas prescrições de medicamentos oncológicos nos proporcionaram conduzir de forma mais ampla o tratamento dos nossos pacientes com câncer. E é neste cenário favorável que a SBU-SP toma a iniciativa de aproximar, informar, integrar e atualizar o Urologista, resgatando a oncologia para nossa especialidade.

Esta edição do BIU aproveita a temática oncológica para saber do dr. Ariel Kann, Coordenador da Uro-Oncologia do Centro de Oncologia do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, como medidas e terapêuticas alternativas podem ajudar ou prejudicar no tratamento de um paciente com câncer.

A seção Residência Médica deste BIU expandiu seus horizontes. O dia a dia de um programa de Fellowship em um dos maiores e mais importantes serviços de Oncologia do país – o Instituto do Câncer Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho.

Controvérsia em Uropediatria: a postectomia deve ser realizada como rotina na infância? A abordagem do atual presidente da Sociedade Ibero-Americana de Urologia Pediátrica, professor Francisco Denis, e do Ex-Presidente da Sociedade Ibero-Americana de Cirurgia Pediátrica, professor Nuncio Vicente de Chiara. Qual o Ponto de Vista de cada um dos especialistas?

Aspectos médico-legais da vasectomia. O que determina a legislação para um dos métodos contraceptivos mais executados em todo o mundo? Quais as medidas que devemos tomar para que não sejamos alvo de ações criminais e cíveis? O urologista e advogado Márnio Costa nos esclarece em Direito Médico pontos fundamentais que devem ser considerados de modo permanente na nossa prática de consultório.

Aos amantes da pesca, ou àqueles que têm curiosidade sobre pesca de truta, o texto que reflete bons momentos Sem Estresse nessa atividade milenar.

Por fim, é hora de começarmos a nos preparar para 2018. O que nos prepara o Congresso da Associação Europeia de Urologia e sua cidade sede, Copenhague.

Boa leitura a todos!

José Carlos Truzzi
Editor do Biu



Boletim de Informações Urológicas • Setembro / Outubro 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

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
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

PONTO DE VISTA

Postectomia na infância

20

FIQUE SABENDO

Terapias alternativas em Oncologia. Uma visão crítica



24

DIREITO MÉDICO

Aspectos legais em cirurgia de esterilização masculina (vasectomia)

ENTREVISTA

Devemos nos preocupar com a qualidade da formação do médico

10

6

SBU E
VOCÊ

16

RESIDÊNCIA
MÉDICA

18

ALÉM DA
UROLOGIA

28

SEM
ESTRESSE

30

AGENDA

RELATÓRIO FINANCEIRO DA SBU-SP

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

texto: Tesouraria SBU-SP

Prezados associados,

Como habitualmente é feito nas edições desta revista, a diretoria da SBU-SP apresenta a relação de despesas administrativas para a manutenção da sede e das atividades programadas de interesse dos associados. Também é publicada a posição financeira da entidade referente ao dia 2 de setembro de 2017.

Como nos meses anteriores, os custos administrativos permanecem equilibrados e o saldo bancário, positivo.

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

REFERÊNCIA: SETEMBRO/2017

DESPESAS	VALOR
Adv. Peppe Bonavita	R\$ 2.689,16
Condomínio sede Augusta	R\$ 967,00
Condomínio sede Tabapuã	R\$ 1.988,28
Convênio funcionários	R\$ 2.271,49
Eletropaulo sede Tabapuã	R\$ 208,96
Copy Service	R\$ 96,30
IPTU sede Augusta	R\$ 141,88
IPTU sede Tabapuã	R\$ 634,86
Ligue Táxi	R\$ 940,70
Limpidus	R\$ 551,85
Motoboy SW	R\$ 1.000,00
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\$ 512,29
VR Funcionários	R\$ 1.566,00
VT Funcionários	R\$ 471,38
Tarifas bancárias	R\$ 103,50
UOL Provedor internet	R\$ 52,85
TOTAL	R\$ 28.860,24

SBU – SECÇÃO SÃO PAULO – 02/09/2017

SALDOS BANCÁRIOS

Conta Eventos	68.525-1	16.625,50
Conta Administrativa	71.322-8	1.893,57
SALDO ATUAL		R\$ 18.519,07
APLICAÇÕES		
Aplicação (Eventos)	MAX DI/Compromissada DI	R\$ 701.890,04
Aplicação (SBU-SP)	Fundos	R\$ -
TOTAL		R\$ 720.409,11



PROCESSO SELETIVO PARA O PROGRAMA DE FELLOWSHIP DA FACULDADE DE MEDICINA DO ABC

Foram abertas as inscrições para o exame de seleção para o Programa de Fellowship da Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC. O programa oferece quatro vagas para a área de uro-oncologia e cirurgia laparoscópica e robótica, duas vagas para urologia geral/preceptorial e uma vaga para cada uma das seguintes áreas: litíase urinária e endourologia, urologia feminina e disfunção da micção, medicina reprodutiva do homem e medicina sexual do homem. Todos os cursos terão duração de um ano e as atividades para os aprovados terão início dia 1º de março de 2018.

As inscrições poderão ser feitas até o dia 10 de janeiro de 2018 no setor de Pós-graduação/Residência Médica da Faculdade (prédio CEPES, 1º andar), das 8 às 16:30, de segunda a sexta-feira. A taxa de inscrição é de R\$ 670,00. As informações sobre documentação necessária, procedimento para inscrição e calendário das entrevistas podem ser obtidas no site www.uro-abc.com.br ou solicitadas pelo e-mail vanda.schmidt@fmabc.br.



PELVIC FLOOR MASTER CLASS

Nos dias 6 e 7 de outubro de 2017 foi realizado o primeiro curso “Pelvic Floor Master Class – Hands On Cadaver Course”. O evento foi Idealizado e coordenado pelos professores Carlos D’Ancona e Wagner Favaro (Disciplina de Urologia e Departamento de Anatomia da Unicamp) e organizado pelos professores Paulo Palma, Cassio Riccetto e Daniel Moser.

Esse curso possibilitou realizar cirurgias para tratamento da incontinência urinária masculina e feminina por meio de implante de esfíncter artificial e de telas sintéticas e tratamento de prolapso vaginal. Para o treinamento dessas cirurgias e também na revisão anatômica dos pontos de interesse das técnicas aplicadas, foram utilizadas peças cadavéricas “fresh frozen” uma novidade em nosso meio.



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 ÚLTIMAS REUNIÕES ORDINÁRIAS DA DIRETORIA DA SBU-SP

A 15ª Reunião Ordinária da Diretoria Executiva da Sociedade Brasileira de Urologia – Seccional São Paulo ocorreu no dia 2 de setembro de 2017 na Sede da Seccional e foi presidida pelo dr. Flávio Eduardo Trigo Rocha. Os trabalhos foram iniciados com a apresentação dos saldos bancários das contas administrativas, de eventos e de aplicação financeira pelo Dr. Francisco Kanasiro. Foi reiterado pelo dr. Trigo que o PROTEUS 2018 será realizado no Centro de Convenções Rebouças, tendo sido a agência Perfecta a escolhida para organização do evento. Nessa edição do PROTEUS o objetivo da SBU-SP é agregar novos valores ao quadro de palestrantes e elaborar uma versão eletrônica do Livro do PROTEUS.

Foi também definida a logística do Uro-Onco Litoral, cujo desfecho será a realização de atividades educativas no calçadão de Santos em associação com a Prefeitura do Município, como parte da campanha Novembro Azul e com participação do Secretário Estadual da Saúde, prof. David Uip. O Uro-Reciclagem, projeto que entrará em vigor no próximo ano, contará com parceria da indústria farmacêutica. Serão realizadas quatro aulas no interior e uma na capital. O Endo-Pizza ficará sob coordenação do dr. Armando Abrantes. O Congresso Paulista de Urologia 2018 terá como presidente da Comissão Científica o dr. José Carlos Truzzi. A programação científica já está sendo preparada e deverá ser concluída até o início do próximo ano. Todos os membros da Diretoria farão parte da Comissão Científica. A empresa que venceu o processo de licitação para organização do Congresso Pau-

lista 2018 foi a CCM. Ficou definido para 20 de setembro a reunião de apresentação do Congresso à indústria farmacêutica. A agência de viagens oficial do Congresso Paulista será definida em conjunto com a CCM.

No dia 21 de outubro de 2017 foi realizada a 16ª Reunião Ordinária da Diretoria Executiva da SBU Seccional São Paulo, na sua sede local. Foram apresentados e aprovados os saldos e balanço do período. Os saldos de todas as contas permanecem positivos. Foi apresentada a empresa CCM como responsável pela organização do Congresso Paulista de Urologia 2018. A gerente geral da CCM realizou exposição com destaque ao criterioso processo de estruturação financeira, de vendas, científica e de fechamento que será adotado para o Congresso Paulista. Cada setor terá responsáveis específicos. A agência Made for Meetings (MFM) será a empresa oficial de viagens para o mesmo evento. O sr. Medeiros, gerente da MFM, realizou apresentação da logística e modo de operação que adotados para o Congresso Paulista. Ficou acordado que na próxima reunião da Diretoria será apresentada a planilha geral de custos do Congresso Paulista 2018.

Já para o PROTEUS, a agência organizadora será a Perfecta. Reiterado que o PROTEUS 2018 contará com um quadro de palestrantes que visa prestigiar urologistas jovens que têm se destacado nas diversas áreas da especialidade. Foi informado pelo dr. Trigo que as aulas do Projeto Uro-Reciclagem já receberam manifestações de interesse para apoio financeiro por parte de algumas empresas da indústria farmacêutica.

DEVEMOS NOS PREOCUPAR COM A QUALIDADE DA FORMAÇÃO DO MÉDICO

O exame realizado pelo CREMESP em 2016 para avaliar a qualificação dos médicos recém-formados revelou um dado preocupante: 56% dos que realizaram a prova não alcançaram a nota mínima. Ou seja, acertaram menos de 60% das 120 questões formuladas. Com base nessa realidade, o presidente da Associação Paulista de Medicina (2017-2020), dr. José Luiz Gomes do Amaral, defende a implementação do exame de avaliação obrigatória para novos médicos, pois, como afirma, “a cada ano são diplomados mais de 10 mil médicos com formação insuficiente”.

Além de sua intensa atividade médica e acadêmica, o dr. José Luiz Gomes do Amaral, entrevistado desta edição do BIU, tem uma sólida trajetória de liderança nas mais respeitadas entidades médicas nacionais e internacionais. Entre outros cargos, presidiu a Associação Médica Brasileira em duas gestões (2005-2008 e 2008-2011) e a Associação Médica Mundial entre 2011 e 2012. O mandato iniciado dia 11 de novembro deste ano é o terceiro à frente da Associação Paulista de Medicina, entidade que presidiu nos períodos de 1999 a 2001 e 2003 a 2005.

BIU: Quais são as principais metas para a sua nova gestão à frente da APM?

Dr. José Luiz Gomes do Amaral:

Nossas metas para esta nova gestão à frente da entidade são consolidar a APM como catalisadora das ações dos médicos paulistas em prol do desenvolvimento pessoal e profissional do médico e da qualidade da atenção à saúde.

BIU: E quais deverão ser os maiores desafios?

Dr. José Luiz Gomes do Amaral:

Retomada do diálogo, construção de uma relação de confiança no setor, desenvolvimento de diretrizes de cuidados, otimização da aplicação de recursos e valorização da qualificação profissional.

BIU: Como o sr. analisa a formação atual do médico, considerando o

PERFIL



Idade: 67 anos

Especialidade médica:
anestesiologia e
medicina intensiva

O que o fez se interessar pela especialidade:
amplitude do espectro
de atuação de
ambas especialidades

Local onde trabalha:
Escola Paulista de
Medicina /UNIFESP

Desde quando atua como médico: 1977

O que faz nas horas vagas, como lazer ou hobby: ciclismo, caminhadas e piano

Time do coração:
Corinthians

grande número de faculdades de Medicina criadas nos últimos anos? De acordo com os resultados do último exame do CREMESP, 56% dos que fizeram o exame não alcançaram a nota mínima.

Dr. José Luiz Gomes do Amaral:
A análise desses dados expressa de forma incontestável que mais da metade dos médicos hoje graduados não tem qualificação que os habilite ao exercício profissional.

BIU: A propósito, qual é a sua opinião sobre a obrigatoriedade de exames (como o do CREMESP) para que médicos recém-formados possam exercer a profissão?

Dr. José Luiz Gomes do Amaral:
O exame de qualificação é o primeiro passo para separar os qualificados dos não qualificados para a prática da Medicina. É necessário e urgente, vista a cada ano diplomarem-se mais de 10 mil médicos com formação insuficiente.

BIU: A partir de sua experiência como presidente da Associação Médica Mundial, que aprendizado é possível extrair na prática de outros países para aprimorar o exercício da profissão e o sistema de saúde no Brasil?

Dr. José Luiz Gomes do Amaral:
As experiências dos mais de 100 países que compõem a AMM nos indicam caminhos a seguir e caminhos a evitar. Experiências bem-sucedidas e desastres. Devemos analisá-las cuidadosamente e à luz de nossa realidade.

BIU: Como o sr. avalia o papel das sociedades de especialidades e o que é possível fazer, no âmbito da APM, para aprimorar o relacionamento?

Dr. José Luiz Gomes do Amaral:
É papel da APM congregar os médicos paulistas também no âmbito de suas especialidades.

BIU: De que forma o senhor vê o tão comentado problema da má distribuição de médicos no Brasil?

Dr. José Luiz Gomes do Amaral:
Fala-se muito no Brasil que é preciso prover de médicos áreas inacessíveis e que há uma distribuição irregular de médicos. É uma discussão que vem sendo muito mal conduzida. O acesso a médicos muitas vezes é prejudicado mesmo em regiões desenvolvidas, como nas periferias das grandes cidades. Nesses casos, a razão é a insegurança. Nas regiões inóspitas, a razão é a falta de perspectivas de desenvolvimento pessoal, familiar. E nas duas situações existe um fator comum que é a absoluta falta de perspectiva de carreira. Não existe carreira e nem concursos públicos para médicos.

Nessas áreas menos desenvolvidas a única perspectiva de trabalho



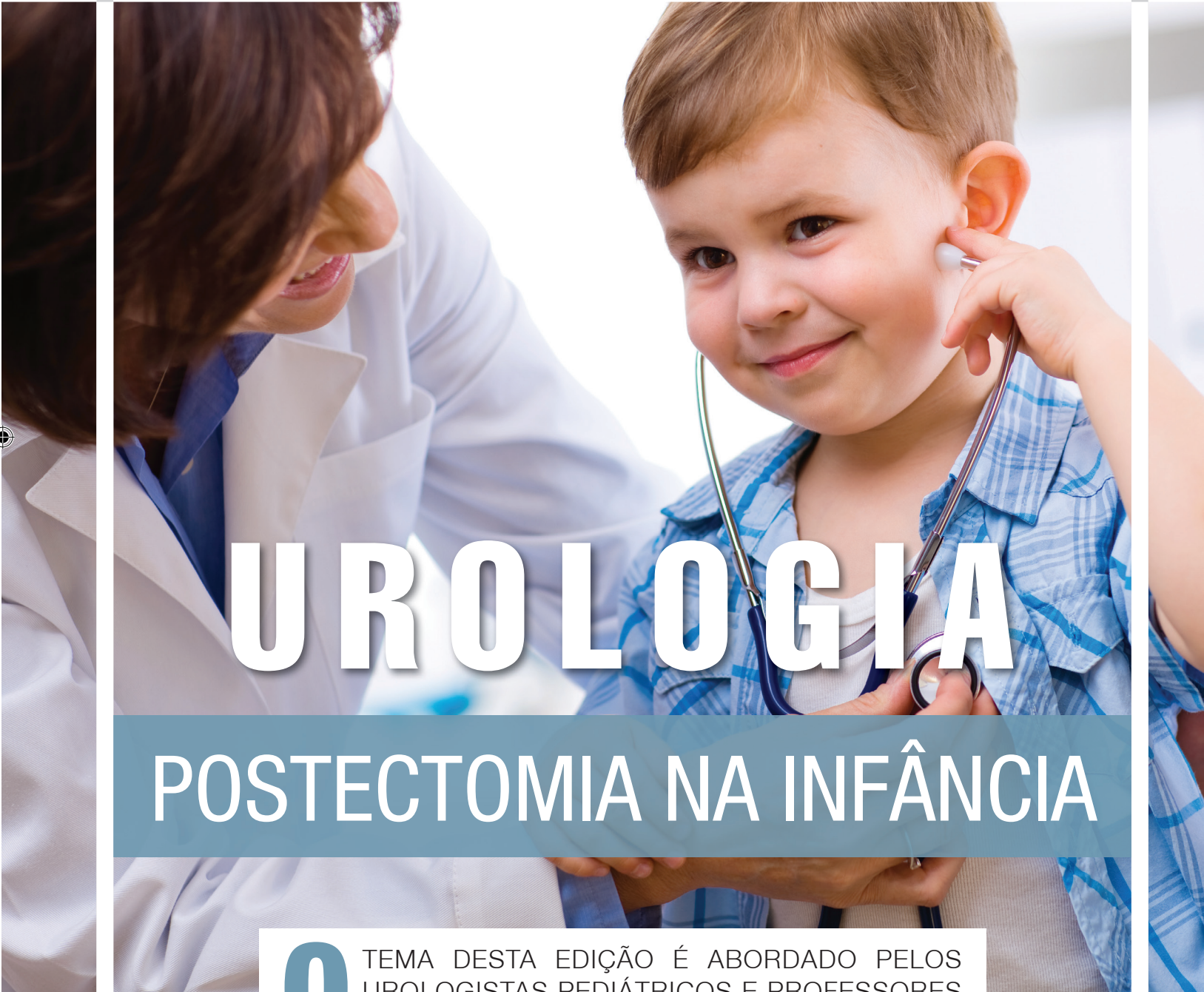
A distribuição dos médicos e o acesso a médicos qualificados é um problema que precisa ser tratado com mais atenção e mais equilíbrio

para médico é o sistema público. E como não há perspectivas dentro do sistema público de saúde e além disso esse sistema está muito esvaziado de recursos, de gestão e de profissionais, os médicos acabam se concentrando nas regiões em que existe saúde suplementar, porque ele pode trabalhar no público, mesmo que as condições sejam precárias, e também no sistema de saúde suplementar. É por isso que o médico se concentra nessas regiões. Se pegarmos o mapa de pessoas que têm plano de saúde no Brasil e confrontarmos com o mapa da distribuição dos médicos, vamos ver que os dois se sobrepõem.

BIU: O que é preciso fazer para corrigir essa distorção?

Dr. José Luiz Gomes do Amaral:
É necessário que os gestores da saúde pública façam um esforço muito grande para prover de médicos as regiões em que faltam profissionais. Isso se faz contratando médicos qualificados e não por meio de programas eleitoreiros, como o Mais Médicos. Nesse tipo de programa há também uma alocação equivocada de profissionais de saúde por parte do Ministério. Por exemplo, foi anunciado que 88 médicos viriam para São Paulo. São Paulo não é uma região onde falta médico. Faltam médicos em regiões periféricas, onde falta também segurança, faltam equipamentos e recursos adequados de saúde. Basicamente recursos materiais e organizacionais.

A distribuição dos médicos e o acesso a médicos qualificados é um problema que precisa ser tratado com mais atenção e mais equilíbrio, com a integração de todas as esferas da administração pública. Temos o governo federal, estadual e municipais, cada um com suas atribuições e responsabilidades. Mas observa-se que todos fogem de suas responsabilidades. Em outras palavras, ninguém quer pagar a conta.



UROLOGIA

POSTECTOMIA NA INFÂNCIA

O TEMA DESTA EDIÇÃO É ABORDADO PELOS UROLOGISTAS PEDIÁTRICOS E PROFESSORES NUNCIO VICENTE DE CHIARA E TIBOR DÉNES



Postectomia na infância – Uma visão crítica

Francisco Tibor Dénes, professor livre docente de Urologia e chefe da Unidade de Urologia Pediátrica da Divisão de Urologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Define-se fimose fisiológica da infância como a impossibilidade parcial ou completa de exposição glandar, causada tanto pela aderência natural entre a mucosa interna do prepúcio e a glândula como pela presença de um anel prepucial, que apesar de inicialmente restritivo, é em geral bastante elástico.

A fimose secundária, por sua vez, é caracterizada pela presença de um anel prepucial inelástico, geralmente associado a fibrose decorrente de processos inflamatórios bacterianos ou fúngicos sucessivos, eventualmente agravada por tentativas forçadas de retração e dilatação prepucial. A balanopostite xerótica obliterante também constitui um fator agravante para o desenvolvimento da fimose secundária.

Na infância, a dificuldade da exposição e higiene glandar pode se associar à inflamação local (balanopostite) recorrente, que eventualmente causa aparecimento da fimose secundária, assim como de infecção urinária e parafimose. No adulto, a fimose está associada à maior incidência de doenças sexualmente transmissíveis e ao câncer de pênis.

O tratamento da fimose fisiológica na infância é habitualmente conservador, baseado na expectativa da sua resolução com o crescimento do paciente. Sabe-se que tanto a aderência

entre o prepúcio e a glândula como o anel prepucial se desfazem espontaneamente até os 3 ou 4 anos de idade, pelo acúmulo progressivo de esmegma entre as duas mucosas e pelo estímulo das ereções penianas. O tratamento tópico com cremes a base de corticoide, eventualmente associado a hialuronidase, pode acelerar a resolução da maioria dos casos de fimose fisiológica, bem como reverter os casos mais amenos de fimose secundária. Normalmente, a aplicação do creme deve ser feita uma a duas vezes ao dia, acompanhada por exercícios prepuciais suaves, por cerca de um mês. Vários estudos demonstraram a eficácia do tratamento, com resolução da fimose em mais de 80% dos casos, com poucos efeitos colaterais. Ocasionalmente, pode ocorrer recidiva do anel prepucial nos casos que não seguiram com os exercícios prepuciais após o término do tratamento tópico.

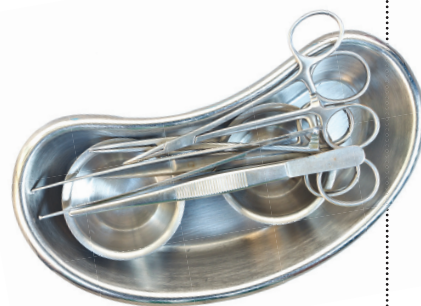
Nos casos de fimose secundária, com suas eventuais complicações, a resolução definitiva deve ser obtida por meio da cirurgia (circuncisão ou postectomia). A circuncisão é um dos procedimentos cirúrgicos mais antigos da humanidade, realizada pelos nossos ancestrais por motivos religiosos ou rituais. Embora tenha indicação formal na situação apontada acima, muito se discute quanto à indicação profilática

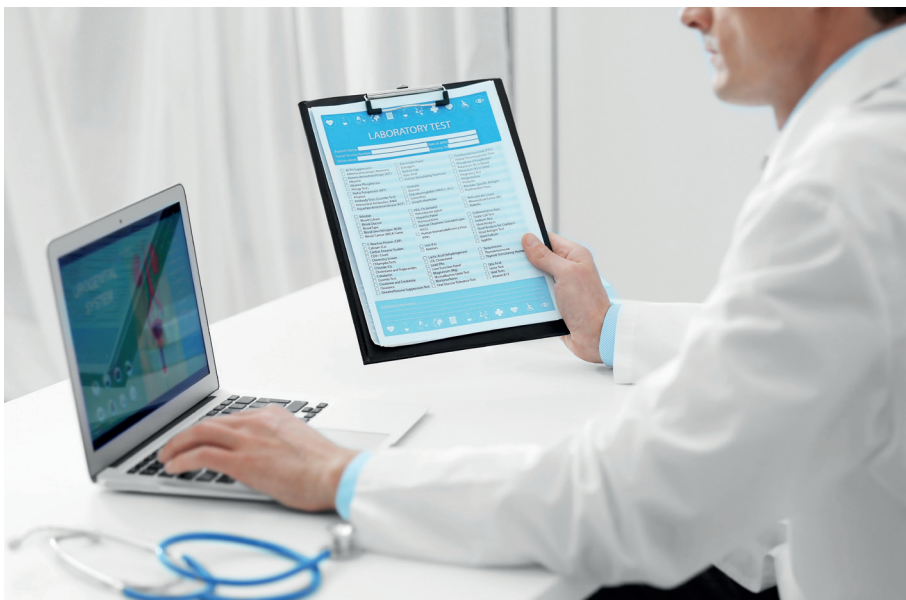
do procedimento. No nosso meio, exceto por motivos religiosos, a circuncisão neonatal não é rotineiramente realizada, preferindo-se adotar a conduta conservadora na maioria dos casos. Ao contrário, nos Estados Unidos, o procedimento com indicação profilática é bastante frequente. A Academia Americana de Pediatria, embora não recomende a realização sistemática em todos os recém-nascidos, enfatiza os seus benefícios, relacionados à redução do risco de infecção urinária na infância e de doenças sexualmente transmitidas, SIDA e câncer de pênis nos adultos. Deve ser ressaltado, contudo, que esses benefícios também podem ser obtidos sem a circuncisão, desde que seja possível a adequada exposição e higiene glandar.

A circuncisão pode ser realizada com a clássica técnica cirúrgica incisional ou com o uso de clampes disponíveis no mercado. Os dois métodos apresentam suas vantagens e desvantagens. Tecnicamente, deve-se assegurar o descolamento completo do prepúcio e a sua ressecção adequada, a fim de permitir a adequada exposição da glândula sem provocar redundâncias ou retrações cutâneas, assim como cicatrizes anormais no pênis. No caso de circuncisão neonatal, esta pode ser realizada sob anestesia local tópica, mas lactentes e



A fimose fisiológica pode ser tratada conservadoramente com bons resultados, mas no caso de fimose secundária, com associação a processos inflamatórios recorrentes, a circuncisão é recomendada.





crianças maiores devem ser submetidas ao procedimento sob anestesia geral.

É muito importante ressaltar que a circuncisão deve ser evitada na presença de processo inflamatório agudo e de outras anormalidades penianas associadas, como hipospádia, epispádia, pênis

embutido ou pênis curvo, que requerem tratamento cirúrgico específico.

Como toda cirurgia, a circuncisão pode apresentar complicações variadas, algumas das quais dramáticas. A hemorragia é a mais frequente, em geral ocorrendo na região frenular e ocasio-

nalmente causando hematomas que requerem reabordagem cirúrgica. A infecção deve ser evitada com a devida assepsia e uso de antibióticos tópicos no pós-operatório. A falta de cuidados locais após a circuncisão pode estar associada à formação de aderências prepuciais residuais, bem como eventual estenose de meato uretral. O uso inadequado de bisturi elétrico assim como o emprego de técnicas inadequadas tanto na cirurgia clássica como com o emprego de clampes podem causar lesões glandares, uretrais ou penianas graves, algumas de difícil correção e com sequelas significativas.

Resumindo, a fimose fisiológica pode ser tratada conservadoramente com bons resultados, mas no caso de fimose secundária, com associação a processos inflamatórios recorrentes, a circuncisão é recomendada. Tratando-se de um órgão único e de extrema importância no homem, a cirurgia deve ser sempre realizada cuidadosamente, para se obter um resultado cosmético e funcional adequado, livre de eventuais complicações.



Quando a cirurgia é indicada?

Nuncio Vicente De Chiara, chefe do Setor de Urologia Pediátrica do Serviço de Cirurgia Pediátrica da Santa Casa de São Paulo, urologista pediátrico do Hospital Infantil Sabará e ex-presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica e da Asociación Ibero-americana de Cirugía Pediátrica

Sempre que se fala sobre postectomia se associa esse procedimento cirúrgico ao diagnóstico de fimose, pois esta é, sem dúvida, sua principal indicação. Assim inicio meus comentários caracterizando o que é fimose.

A função fisiológica do prepúcio é proteger a glândula. Ela possui pele sem camada córnea e com terminações sensoriais (nervosas) altamente sensíveis. Todo recém-nascido do sexo masculino, com genitália normal, possui prepúcio recobrindo a glândula. A pele interna do prepúcio está acolada à glândula, e ocorre um descolamento fisiológico a partir dos 2 a 3 anos de idade, pela

produção de esmegma pelas glândulas sebáceas localizadas no sulco bálanoprepucial. Esse esmegma vai progredindo no sentido do ápice da glândula, formando verdadeiros “cordões” e “cistos” de esmegma.

A agregação progressiva desses cistos e cordões promovem a separação (descolamento) entre a face interna do prepúcio e o epitélio glandular. Isso se completa ao redor dos 4 a 5 anos de idade. A partir de então podemos retrair o prepúcio sem o mesmo estar acolado na glândula. Se o anel prepucial, nessa manobra, se mostrar com diâmetro menor que o da coroa da glândula, não será possível retrai-lo e,

então, estará caracterizado o diagnóstico de fimose. Então somente realizamos postectomia a partir dessa idade? É claro que não.

As indicações de postectomia extrapolam o diagnóstico clássico de fimose:

- Nas crianças com episódios de postite ou bálanopostite, assim como infecções urinárias sem outra causa, a postectomia está indicada.
- Recém-nascidos e lactentes com orifício prepucial puntiforme, ocasionando obstrução urinária, devem ser submetidos à postectomia.
- Crianças abaixo de 4 – 5 anos, cuja avaliação clínica é sugestiva de anel prepucial estreito, a pos-

sibilidade estatística de apresentarem fimose é alta. Assim, quando são submetidas a cirurgias eletivas por outras causas - como hérnias inguinal, umbilical, criptorquidia, etc. - se sugere à família que também sejam postectomizadas. O mesmo ocorre naquelas submetidas a tratamento clínico da “fimose” com pomadas à base de corticoides, sem êxito no mesmo.

Existem algumas situações em que a postectomia deve ser considerada:

- O refluxo vésico-ureteral acompanhado clinicamente tem indicação de se realizar postectomia nesses pacientes a fim de se reduzir o risco de infecção urinária e, hoje, também é uma indicação clássica.
- Há também as indicações religiosas de circuncisão, como ocorre nas religiões judaica e islâmica.
- Atualmente a Academia Americana de Pediatria recomenda a realização de postectomia no berçário a fim de se reduzir a probabilidade futura de se contrair doenças sexualmente transmissíveis e AIDS (indicação relacionada à Saúde Pública).

Por fim, recomendamos realizar a postectomia naquelas crianças que não se enquadraram em nenhuma das situações anteriores, mas que atingiram a idade de se poder realizar o diagnóstico clássico de fimose.

Há o conceito de não se realizar postectomia com a criança ainda usando fralda, pelo risco de balanites devido ao atrito da fralda. Em nossa experiência isso é mais um mito do que uma realidade. A prática clínica mostra que quanto mais jovem a criança no momento da postectomia, menores serão as complicações pós-operatórias e mais fácil o cuidado da mesma. Assim, quando não houver necessidade de uma intervenção mais precoce, realizamos a cirurgia



A prática clínica mostra que quanto mais jovem a criança no momento da postectomia, menores serão as complicações pós-operatórias.

entre os 2 e 3 anos de idade, quando a criança ainda está usando fralda, mas prestes a sair da mesma. Também nessa idade, a possibilidade de “trauma psicológico” pelos procedimentos de centro cirúrgico praticamente inexistem, pois ainda não há retenção na memória de fatos até essa faixa etária.

Assim podemos resumir que indicamos postectomia na infância:

- nos recém-nascidos se houver indícios de obstrução urinária, ou que a família assim o desejar, por motivo religioso ou não;
- em lactentes e crianças maiores quando apresentarem episódios de postite ou infecções urinárias recidivantes, sem uma causa determinada;
- no refluxo vésico-ureteral, em acompanhamento clínico;
- em crianças que serão subme-

tidas a cirurgias eletivas ditas de rotina, com probabilidade de apresentarem fimose, ou que já foram submetidas a tratamento com pomadas à base de corticoide, sem resultado satisfatório, ou que a família assim o desejar;

- nas que completaram o deslocamento do prepúcio e apresentam anel prepucial estreito.

PROGRAMA INTEGRADO DE FELLOWSHIP

FELLOWSHIP EM URO-ONCOLOGIA E CIRURGIA VIDEOLAPAROSCÓPICA AVANÇADA

Nesta edição o BIU traz informações sobre o processo de seleção para o Programa Integrado de Fellowship em Uro-Oncologia e Cirurgia Videolaparoscópica Avançada, oferecido pela Divisão de Urologia do Instituto do Câncer Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho (ICAVC), de São Paulo. O programa resulta de uma parceria entre a Divisão de Urologia do ICAVC e a Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC. São oferecidas quatro vagas para jovens urologistas e tem duração de 12 meses.

De acordo com os responsáveis, o programa tem por objetivo o desenvolvimento de habilidades técnicas em uro-oncologia, cirurgia videolaparoscópica avançada (nefrectomia parcial, retroperitonscopia, prostatectomia radical VLP, Cistectomia radical VLP, Linfadenectomia pélvica e Retroperitoneal VLP), além da participação em protocolos de pesquisa clí-

nica e preceptoria. Um dos ciclos de rotação é dedicado à cirurgia robótica junto aos orientadores. O programa tem como orientadores os doutores Hamilton de Campos Zampolli, chefe da Divisão de Urologia do ICAVC, e Marcos Tobias-Machado, chefe do Grupo de Uro-Oncologia da Faculdade de Medicina do ABC.

Para o Dr. Jônatas Luiz Pereira, ex-fellow do programa, o ponto de maior destaque é a possibilidade de fazer uma verdadeira imersão em Uro-Oncologia. Um jovem urologista, recém-egresso do programa de residência em Urologia Geral, é inserido em um centro de referência no combate ao câncer e irá desenvolver todas as suas atividades e conviver diariamente com especialistas de renome nacional no tratamento do paciente Uro-Oncológico. Isso tudo é garantido pela diversidade do material humano disponível no Instituto. É um número elevado de pacientes que, além de grande vo-

lume de procedimentos cirúrgicos, geram uma variedade de atendimentos ambulatoriais, discussões clínicas multidisciplinares, atividades de preceptoria, reuniões de pesquisa e clinical trials. Além disso, a interação com médicos, residentes, funcionários e pacientes, em prol de um mesmo objetivo na luta contra o câncer, molda o programa de fellowship.

Como pontos a serem aprimorados, o dr. Jônatas afirma que “é da ciência de todos que a grande maioria dos hospitais mantenedores da rede pública de saúde no Brasil enfrenta dificuldades. O ICAVC não está imune a esse cenário. Muito embora exista enorme esforço de sua gestão, o crescimento físico do hospital e a aquisição de equipamentos e novas tecnologias atualmente disponíveis para o tratamento do paciente uro-oncológico ficam limitados a entraves políticos e econômicos, reflexos da situação atual do país”.

O dr. Hamilton de Campos Zampolli, chefe da Divisão de Urologia do ICAVC, classifica como “extremamente gratificante poder contribuir com parte da formação desta nova geração de talentosos urologistas que optou por se dedicar à Oncologia. No fellowship, diferentemente da residência médica, temos o objetivo de dotar o jovem urologista de ferramentas pessoais que permitam um maior refinamento técnico e um horizonte mais amplo e diversificado de opções táticas da cirurgia urológica oncológica, em um processo de capacitação fundamentado no aprimoramento científico baseado em evidência e em um volume cirúrgico intenso e plural”.

Ele também destaca que “perceber em nossos fellows a evolução técnica, seguida pelo amadurecimento e completada pela maior autoconfiança, respeitosa e humilde, conquistada com esforço, dedicação e treinamento incansável, é uma das maiores recompensas que podemos receber, especialmente porque valorizamos muito o crescimento pessoal, emocional e humanístico de nossos jovens colegas, valores importantes na moldura de grandes cirurgiões, mas certamente fundamentais na vida de grandes homens”.

O ex-fellow foi convidado já no final do programa para integrar a equipe de um grande centro oncológico na região Sul do país e hoje atua como membro titular do Departamento de Uro-Oncologia e Cirurgia Minimamente Invasiva do Hospital Erasto Gaertner, em Curitiba. Além disso desenvolve atividades de ensino e pesquisa, uma vez que se trata de hospital escola cadastrado como centro de treinamento no Ministério da Educação.

PAPEL DA SBU-SP

Indagado se a SBU-SP cumpre seu papel na formação do jovem urologista residente ou fellow, o dr. Hamilton de Campos Zampolli respondeu que “indu-



bitavelmente a SBU-SP é uma enorme força motriz na formação e atualização de nossos urologistas, dos jovens aos mais experientes, desde a residência médica, passando pelos inúmeros projetos de formação continuada em forma de cursos, simpósios, workshops e congressos, mantendo-se presente em todos momentos da vida profissional do urologista paulista. A divulgação dos programas de aperfeiçoamento em formato de fellowship é mais um benefício aos nossos urologistas”.

Também o dr. Jônatas reconhece o trabalho da entidade na formação dos profissionais. “Não há, em qualquer outro estado do Brasil, a variedade de cursos, congressos e eventos como em São Paulo. É sabido que a SBU-SP exerce influência relevante sobre isso, cumprindo o seu papel”, afirmou.



Perceber em nossos fellows a evolução técnica, seguida pelo amadurecimento e completada pela maior autoconfiança, é uma das maiores recompensas que podemos receber.

REQUISITOS PARA SELEÇÃO:

- ter concluído Residência Médica em Urologia reconhecida pela SBU/AMB há até 5 anos
- carta de apresentação do Chefe do Serviço de Residência Médica
- projeto de pesquisa
- apresentação de curriculum vitae
- histórico curricular do programa de Residência Médica

Os candidatos deverão entrar em contato para agendar a visita ao Serviço e entrevista com os orientadores do programa até o dia 30 de novembro.

- Dr. Hamilton de Campos Zampolli: urohczampolli@uol.com.br
- Dr. Marcos Tobias-Machado: tobias-machado@uol.com.br

DEUS E A MEDICINA



Roque Marcos Savioli, doutor em Cardiologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, supervisor da Unidade de Cardiogeriatría do Instituto do Coração do HC-FMUSP, jornalista, escritor e membro da Academia Cristã de Letras e do Instituto Histórico e Geográfico de São Paulo.

Nos primórdios da humanidade, por volta do ano 6.000 a.C., são encontradas referências sobre enfermidades em artefatos pré-dinásticos do Egito antigo, afirmando que doenças físicas e mentais teriam a mesma causa, estando relacionadas a influências de maus espíritos. Tradicionalmente, o primeiro grande médico da história viveu no antigo Egito (entre 2.650 a 1.800 a.C.). Chamava Imhotep, que mais tarde foi proclamado “deus” pelos egípcios.

Por volta de 2.000 a.C., Abraão é chamado por Deus em Ur, segundo as Escrituras, nascendo a religião monoteísta judaica, precursora do cristianismo e do islamismo. No Velho Testamento, a doença era examinada e cuidada pelos sacerdotes; por muitas vezes vemos Deus castigando os pecadores com cegueira, doenças e confusões mentais. Na antiga Grécia, por volta de 1.000 a 500 a.C., a tradição homérica acreditava que a doença mental era influenciada pelos deuses e pela mitologia. Platão (429-347 a.C.) misturou a ciência com os elementos místicos do corpo, enfatizando a necessidade de tratar a “alma” assim como o corpo físico. Aristóteles, seu discípulo (384-322 a.C.), fundou a ciência da psicologia. Nasce o conceito holístico da doença e da Medicina.

No mundo ocidental, entre 300 a.C. e o ano zero, as doenças físicas e mentais eram atribuídas a causas

naturais, mas ainda acreditava-se que havia interferência de forças divinas na sua gênese. No princípio da era cristã Jesus enfocou o significado do sofrimento e a cura total do ser humano, fazendo pouca distinção entre corpo, mente e espírito. Os primeiros cristãos acreditavam que a doença causada ou não pelo pecado poderia ser curada através da oração. Para eles, a cura física não era o fator preponderante, o que importava era a cura do total, ou seja, do corpo, da alma e do espírito.

Em 356 o imperador Theodosius fechou templos pagãos, restringiu os sacrifícios aos deuses e baniu o paganismo de todo o império romano, ordenando a todos os povos a aceitarem o cristianismo. Cristãos ortodoxos do Oriente, com a insistência de São Basílio, bispo de Cesárea, fundaram o primeiro grande hospital, por volta de 370, para cuidar de leprosos. O período da história do ocidente desde a queda do Império Romano, no século V até o século XV, é conhecido como a Idade Média, que alguns historiadores denominavam erradamente como “Idade das Trevas”. Nessa época, Santo Agostinho apresenta a Medicina secular como sendo positiva e a sua prática vista como evidência material do amor e da compaixão de Deus para os humanos que sofrem.

O conhecimento médico e a prática da Medicina do V ao X século eram transmitidos de mestre para aluno. Somente a partir do século XII é que co-

meçou a ser matéria ensinada nas escolas formadoras de padres. A educação médica era baseada nos ensinamentos de Hipócrates, Galeno e outros. No VI século muitos doentes mentais começaram a ser levados aos monastérios pelos padres da Igreja, que encorajavam o tratamento humano dos doentes, que, a partir do século XII começaram a ser tratados dentro do ambiente familiar.

Na Europa medieval os hospitais continuavam dentro dos mosteiros e dentro das universidades; a autoridade religiosa era quem licenciava os médicos a praticarem a profissão. Até o início do Renascimento o médico era geralmente também padre. Paracelsus (1493-1541) é um devoto do protestantismo que admite que a essência da religião é fundada na fé, na experiência pessoal e na espiritualidade.

Jonh Calvin (1509-1564), um dos líderes do movimento reformista, admite que os diáconos deveriam exercer atividades médicas com os fiéis doentes, dando-lhes conforto à sua doença física e também levar-lhes o conforto espiritual. Sir Francis Bacon (1561-1626), conhecido como o grande líder da reforma da ciência moderna, promove o banimento de dogmas e autoritarismo dentro dos projetos científicos, advogando os experimentos, verificações e provas. Ele relega as questões religiosas à região da fé.

Em 1633 Galileu (1564-1642) é preso pela Inquisição por admitir as ideias de Copérnico. Ele é forçado a recuar

em suas ideias. Ao contrário do que se pensa e se fala, Galileu não foi torturado, não ficou nos cárceres da Inquisição e tampouco morreu na fogueira. Morreu aos 78 anos de idade, em seu leito, tendo a seu lado sua filha, monja católica.

As irmãs de caridade de São Vicente de Paula fundam hospitais religiosos e seculares. Em 1789, somente na França, havia 426 hospitais dirigidos por essa irmandade religiosa.

O maior dos filósofos naturais, Sir Isaac Newton, em 1687, dá subsídios para maior estruturação da medicina científica. Ele afirmava que suas descobertas científicas foram comunicadas a ele pelo Espírito Santo e que o entendimento da Sagrada Escritura é mais importante do que o seu trabalho científico. Em 1700 inicia-se, na França, a Era do Iluminismo. Este foi o tempo de maior mudança nos valores religiosos tradicionais. Propõe que a razão é a essência da natureza humana e que a ciência pode explicar o universo.

Tem início a Revolução Francesa (1792-1802). Esse movimento teve uma enorme repercussão na prática da Medicina, tendo o governo assumido o controle da Medicina, surgindo a primeira escola de Medicina em Paris, na primeira metade do século XIX.

Em 1859 o antagonismo entre a religião e a ciência se tornou mais evidente, quando Charles Darwin (1809-1882) introduz a Teoria da Evolução, onde o homem seria descendente dos animais, mudando totalmente o conceito religioso da origem humana.

Sigmund Freud (1856-1939) combate veementemente a influência da religião na psique em suas publicações, admitindo ser a religião um valor depressivo da vida e uma distorção da realidade, levando a uma intimidação da inteligência humana. Para ele a religião era uma “neurose obsessiva”. Carl Jung, discípulo de Freud, contraria o seu mestre apresentando um ponto de vista diferente com relação à religião em “Modern Man in a Search of Soul”.

Albert Einstein (1879-1955) desenvolve a sua famosa teoria da relatividade em 1905, revolucionando o mundo da física. Einstein, em 1941, deixou uma famosa marca ao dizer: “Ciência sem religião é paralítica, religião sem ciência é cega”. Em 1948, George Gamow descreve a teoria do “Big Bang” a respeito da origem do universo, abrindo a possibilidade de o universo ter sido criado por Deus em um determinado instante.

Entre 1962 e 1965 a Igreja Católica realizou o Concílio Vaticano II, que veio modificar as diretrizes até então seguidas. Grandes mudanças aconteceram tanto do ponto de vista litúrgico como teológico, havendo participação direta dos leigos nas funções da Igreja, surgindo vários movimentos laicos, inclusive a Renovação Carismática Católica.

Nas décadas de 1980 e 1990 mais de 300 milhões de carismáticos no mundo todo se reuniam para cultos de cura e libertação, dentre outras reuniões. Milhares de curas eram proclamadas, algumas verídicas e reconhecidas pela Igreja, como os milagres de Lourdes, de Fátima e de Medjugorje.

A comunidade médica mundial não poderia ficar à parte de tudo que

ocorria no mundo. Como explicar as curas? Como entender os milagres? Seriam fraudes? Seriam coincidências? Impossível responder e também impossível ficar alheio a tudo isso. Dessa forma, começou o interesse da classe médica em tentar entender o que ocorria. Reuniões médicas começaram a acontecer, de início pontuais e menores, mas depois organizadas e programadas em mesas-redondas e congressos médicos.

O mundo científico começa a perceber, a partir de 1990, a importância da fé na evolução das doenças. Surgem as primeiras pesquisas nas revistas de Medicina. A American Psychological Association, através da sua revista oficial, Psychotherapy, dedica um número inteiro sobre o tema: Psychotherapy and Religion, revelando o crescimento do interesse sobre o assunto dentro da comunidade científica.

Escolas médicas americanas também começam a se interessar e, em 1995, a Harvard Medical School inicia um curso anual sobre “Espiritualidade e Medicina”; e a Duke University inaugura o “Centro de Estudos sobre Religião e Saúde”, chefiado pelo dr. Harold Koenig, um dos pioneiros no estudo da relação entre a religião e a saúde.

João Paulo II, em 1996, confirma a Teoria de Darwin, admitindo que a evolução pudesse ser uma parte do plano de Deus para os humanos, admitindo que deve existir um momento onde a Sua interferência criaria o ser inteligente. A partir de 1999 aumentou consideravelmente o número de estudos e trabalhos publicados em revistas científicas de reconhecido valor dentro do meio científico, abordando a possibilidade da associação entre a religião e a saúde. Em 2002, 86 das 120 escolas de medicina dos Estados Unidos têm cursos de religião, Medicina e espiritualidade, muitos deles incluídos no currículo regular dessas faculdades.

A Medicina e a religião, no início do século XXI, novamente estão juntas!



O mundo científico começa a perceber, desde 1990, a importância da fé na evolução das doenças. Surgem as primeiras pesquisas nas revistas de Medicina.



TERAPIAS ALTERNATIVAS EM ONCOLOGIA. UMA VISÃO CRÍTICA



Ariel Kann, coordenador da Uro-Oncologia do Centro de Oncologia do Hospital Alemão Oswaldo Cruz

Devido principalmente ao envelhecimento da população, tem ocorrido um aumento na incidência e prevalência do câncer. Há, notadamente, uma maior taxa de cura, principalmente em tumores diagnosticados em fases mais precoces. Em adultos, estima-se a taxa de cura em cerca de 60% dos casos. Nos últimos 15 anos, o progresso da ciência para o tratamento da doença avançada também foi notável, graças aos novos quimioterápicos, radioterapia, terapia-alvo, imunoterapia, além de medicações de suporte para náuseas, imunodepressão e dor. Em paralelo, o avanço tecnológico da patologia, biologia molecular, radiologia, genética e imunologia nos levou a identificar melhor o inimigo e saber seus pontos fracos. Desta forma, felizmente o doente com câncer passou a ter sobrevida longa e

com dignidade. É fundamental lembrar que toda esta revolução no tratamento do câncer se fez com medicina baseada em evidências.

Fundamentado nas evidências, é possível avaliar a segurança, comparar a eficácia de tratamentos e embasar nossas condutas. Foi a solução que transformou a medicina em ciência e nos tirou do obscurantismo dos tratamentos empíricos, que eram baseados apenas nas crenças, mitos e experiência pessoal.

Adicionalmente, encontraram espaço na oncologia clínica práticas não medicamentosas milenares, que se provaram eficazes e seguras. Técnicas de relaxamento, ioga e meditação propiciaram alívio no estresse, dor, ansiedade e insônia. Massoterapia reduziu náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia. Musicoterapia para o controle do humor e hipertensão arterial. Acupuntura para dor,

náuseas, fogachos, constipação e xerostomia. Dieta e atividade física com orientação melhoram a tolerância ao tratamento oncológico, ansiedade e insônia. Com estas práticas complementares ou adjuvantes, criou-se a medicina integrativa, que é reconhecidamente útil e fundamental para o cuidado físico e emocional do paciente oncológico.

Na contramão de tudo isso, crescem as terapias alternativas para o tratamento do câncer. As terapias alternativas são práticas sem fundamentação científica, sem estudos de eficácia ou segurança, mas que se baseiam em “pseudociência” e tentam resolver um problema complexo como o câncer com propostas simples como alcalinização do sangue, ervas milagrosas, dietas restritivas, vitaminas, auto-hemoterapia, ozonioterapia etc. Alguns médicos e profissionais de saúde propõem o tratamento alternativo em detrimento ao tratamento convencional. E cada vez mais pacientes buscam este tipo de tratamento. Quais os motivos deste fenômeno?

Há vários fatores. Primeiramente, a fragilidade emocional em que se encontram pacientes e familiares ao receberem o temido diagnóstico. Aliado a isso, o mito de que os tratamentos convencionais só provocam mais sofrimento, enquanto que os tratamentos alternativos são naturais e “se não fazem bem, mal não fazem”. Este argumento nem sempre é verdadeiro. Algumas práticas baseadas em chás, “garrafas” ou ervas podem levar a toxicidade hepática, vômitos ou diarreia. Vale lembrar que quimioterápicos - como paclitaxel e vinorelbine - são extraídos de plantas. Já algumas ervas quando utilizadas em conjunto com a quimioterapia ou hormonioterapia podem levar a redução ou elevação dos níveis séricos das drogas. Reparem ainda que, quan-

“ A divulgação das terapias alternativas sofre de um “viés de publicação”. São reportados casos de sucesso e não se divulgam os inúmeros casos de insucessos e eventos adversos.

do se refere a drogas alternativas, não há dose, frequência, correção para função renal ou hepática ou via de administração definidas. Ademais, são divulgadas como ativas em qualquer tipo de câncer, independentemente do sítio primário.

Outro fator relevante deve-se à propagação de e-mails, mensagens por celular e em redes sociais divulgando inúmeros benefícios do tratamento alternativo e condenando a indústria farmacêutica, alegando que não há interesse na cura do câncer pois isto levaria a perda de lucros advindos das drogas atuais. Esta teoria conspirativa não considera que atualmente há diversos mecanismos que regem a transparência da indústria farmacêutica, da literatura médica (ao menos dos principais periódicos científicos) e das agências regulatórias de saúde. O desenvolvimento de drogas que curassem o câncer seria altamente lucrativo. Pensar que executivos de grandes indústrias farmacêuticas também falecem de câncer e optam por manter o sigilo guardado também parece absurdo. Além do mais,

parte considerável da pesquisa sobre o câncer é desenvolvida nas universidades, com fomento independente. Exemplos disso são grandes estudos atuais com drogas baratas, que já perderam a patente, como o ácido acetilsalicílico e a metformina.

Por último, a divulgação das terapias alternativas sofre de um “viés de publicação”. Sempre são reportados casos de sucesso com o tratamento (mas, na maior parte das vezes, sem a devida documentação) e não se divulgam os inúmeros casos de insucessos e eventos adversos.

Estudo recente de Universidade de Medicina de Yale publicado no Journal of the National Cancer Institute identificou 281 pacientes com câncer de mama, próstata, pulmão e câncer colorretal não metastáticos e comparou aqueles que realizaram o tratamento convencional e aqueles que realizaram o tratamento alternativo exclusivamente. O risco de morte no grupo que recebeu apenas o tratamento alternativo foi de 2,5 vezes maior. Em mulheres com câncer de mama, o risco de morte chegou a ser 5 vezes maior.

A chave para lidar com esta questão é a informação. Informar aos médicos, público leigo e aos pacientes diagnosticados sobre o câncer, sua prevenção e seu tratamento. Desmistificar as modalidades terapêuticas existentes, enfatizando que as chances de cura e ganhos de sobrevivência com qualidade vem melhorando muito. Explicar que para os eventos adversos podemos contar com novos fármacos e com a medicina complementar ou integrativa. Ressaltar a importância das evidências de eficácia e segurança antes de uma medicação estar disponível. E, por fim, parafraseando Henry Mencken, mostrar que para todo problema complexo existe uma solução simples, elegante e completamente errada.

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. Anestesistas e enfermagem especializada em todas as salas.

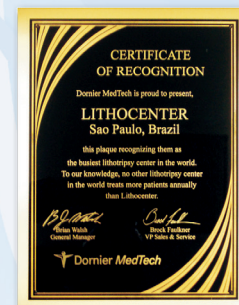
- **Estudo Urodinâmico**

Dispomos de equipamento Dynamed Dynapac MPX 816, operado por urodynamicistas 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.



ASPECTOS LEGAIS EM CIRURGIA DE ESTERILIZAÇÃO MASCULINA (VASECTOMIA)

Márnio Costa, médico urologista e advogado. Doutor em Urologia pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Pós-graduação em Direito Médico e Hospitalar pela Escola Paulista de Direito – EPD

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (CF/88), o planejamento familiar emergiu como ato de livre decisão do casal, a ser garantido e juridicamente protegido pelo Estado, conforme o § 7º do art. 226 da Carta Magna: “Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos

para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996 (Lei do Planejamento Familiar) veio regulamentar o § 7º do art. 226 da CF/88, permitindo a esterilização cirúrgica voluntária, estabelecendo as exigências para sua realização e definindo penalidades em caso de descumprimento. Em síntese, definiu-se em quais casos a cirurgia pode ser realizada, utilizando-se o critério de

idade (mais de vinte e cinco anos) ou de número de filhos vivos (pelo menos dois) e risco de vida ou à saúde; prazo mínimo de sessenta dias para reflexão, aconselhamento e decisão; exigência de consentimento escrito e assinado, inclusive do cônjuge se for o caso; habilitação para cirurgia de reversão e proibições em determinados casos. Os artigos da lei, referentes às condições para realização da cirurgia de esterilização estão listados a seguir:

Art.10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I. em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II. risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.



No contexto da cirurgia de esterilização masculina, os médicos urologistas têm sido alvo de ações de responsabilidade civil, principalmente em decorrência do insucesso da vasectomia e consequente gestação não planejada.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Art.11. Toda esterilização cirúrgica será objeto de notificação compulsória à direção do Sistema Único de Saúde.

Art.12. É vedada a indução ou instigamento individual ou coletivo à prática da esterilização cirúrgica.

Art.13. É vedada a exigência de atestado de esterilização ou de teste de gravidez para quaisquer fins.

Art.14. Cabe à instância gestora do Sistema Único de Saúde, guardado o seu nível de competência e atribuições, cadastrar, fiscalizar e controlar as instituições e serviços que realizam ações e pesquisas na área do planejamento familiar.

Parágrafo único. Só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis.

O Conselho Federal de Medicina, através da Resolução CFM nº 1.901/2009, conceituou a esterilização masculina como “um conjunto de ações complexas das quais o ato

médico-cirúrgico de ligadura bilateral dos canais deferentes é apenas uma das etapas” e estabeleceu normas éticas para sua realização: “O procedimento cirúrgico de esterilização masculina pode ser realizado apenas em pacientes com capacidade civil plena, de acordo com o previsto na Lei nº 9.263/96 e somente sessenta dias depois da manifestação de vontade”; “A manifestação de vontade, bem como o procedimento realizado, devem estar devidamente registrados em prontuários”; e “O médico que se propõe a realizar um procedimento de esterilização masculina, deve estar habilitado para proceder a sua reversão”.

O descumprimento dessas normas legais e ético-profissionais gera a responsabilidade do médico, que pode ocorrer na esfera cível, penal e ético-profissional, as quais são autônomas umas em relação às outras, ou seja, mesmo absolvido em uma esfera o médico pode ser condenado em outra.

A responsabilidade penal é regulada pela própria Lei do Planejamento Familiar e subsidiariamente pelo Código Penal. Os principais crimes e penalidades são:

Art.15. Realizar esterilização cirúrgica em desacordo com o estabelecido no art. 10 desta Lei. (Pena: reclusão, de dois a oito anos, e multa, se a prática não constitui crime mais grave. Parágrafo único – A pena é aumentada de um terço se a esterilização for praticada:

I. durante os períodos de parto ou aborto, salvo o disposto no inciso II do art. 10 desta Lei.

II. com manifestação da vontade do esterilizado expressa durante a ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente;

III. através de histerectomia e ooforectomia;

IV. em pessoa absolutamente incapaz, sem autorização judicial;

V. através de cesária indicada para fim exclusivo de esterilização.)

Art.16. Deixar o médico de sanitária as esterilizações cirúrgicas que realizar. (Pena: detenção, de seis meses a dois anos, e multa.)

Art.17. Induzir ou instigar dolosamente a prática de esterilização cirúrgica. (Pena: reclusão, de um a dois anos.)

A responsabilidade ético-profissional, processada e julgada no Conselho Regional de Medicina, é regulada pelo Código de Ética Médica e pela Resolução CFM nº 1.901/2009, citada anteriormente. As penalidades podem ser: advertência confidencial em aviso reservado, censura confidencial em aviso reservado, censura pública em publicação oficial, suspensão do exercício profissional até 30 (trinta) dias ou cassação do exercício profissional, referendada pelo Conselho Federal.

A responsabilidade civil, regulada pelo Código Civil, mas também amparada pelo Código de Defesa do Consumidor, é o instituto jurídico de natureza contratual ou extracontratual, resultante respectivamente do descumprimento de um contrato ou de um dever legal e que gera ao agente uma nova obrigação, em geral pecuniária, que se destina a restaurar o equilíbrio material, moral, estético ou à imagem que fora alterado pelo ato ilícito cometido.

De acordo com o art. 186 do Código Civil “Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito”. E conforme o art. 927 “Aquele que, por ato ilícito (arts. 186 e 187), causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo”. Para que se caracterize a responsabilidade civil exige-se como pressupostos a conduta ilícita, o dano e o nexo de causalidade. Por requerer a aferição de culpa (negligência, imperícia ou imprudência), a responsabilidade do médico é dita subjetiva.

A doutrina jurídica tem entendido que a responsabilidade civil médica é, fundamentalmente, de natureza contratual e que a prestação de serviços médicos é, em regra, obrigação de meio e não de resultado, com raras exceções, como no caso da cirurgia estética. Na obrigação de meio o médico não assume o dever de curar o paciente, mas de tratar-lhe adequadamente, devendo ser diligente e utilizando-se dos meios técnicos e científicos reconhecidos e disponíveis.

A sociedade atual tem visto no controle da natalidade um aspecto importante no planejamento econômico das famílias, refletindo no aumento do número de procedimentos realizados. A implementação de programas sociais, como a Política Nacional de Planejamento Familiar e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, e a inclusão da cirurgia no rol de “Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade”, do Sistema Único de Saúde em 2007 (Portaria



O médico que se propõe a realizar um procedimento de esterilização masculina, deve estar habilitado para proceder a sua reversão.

MS/GM nº 1.319/2007) e no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar em 2008 (Resolução Normativa ANS nº 167/2008), assim como a alteração da “Lei dos Planos de Saúde” (Lei nº 9656/98) em 2009, tornando obrigatória a cobertura de atendimento nos casos de planejamento familiar, proporcionaram a ampliação e a qualificação da oferta da cirurgia de esterilização masculina. Estatísticas do Ministério da Saúde/DATA-SUS apontam um aumento de 34.971 para 40.165 vasectomias entre 2008 e 2016 pelo Sistema Único de Saúde.

Em paralelo, há também um crescente número de processos éticos e judiciais contra médicos, sendo a maioria ações de indenização/reparação material (dano patrimonial) e moral (dano aos direitos da personalidade – honra, dignidade, integridade psíquica, etc.) por erro médico, gerando um custo alto para exercer o contraditório e ampla defesa e algumas vezes com condenações de vultosas quantias, sem atender os princípios da proporcionalidade e razoabilidade e que de um lado contribuem para gerar um estado de instabilidade social e insegurança profissional, fragilizando a sociedade e o sistema de saúde.

No contexto da cirurgia de esterilização masculina, os médicos urologistas têm sido alvo de ações de responsabilidade civil, principalmente em decorrência do insucesso da vasectomia e consequente gestação não planejada. Em que pese a literatura médica apontar que há possibilidade de recanalização espontânea e superveniente fertilidade, o entendimento daquele homem ou casal que foi surpreendido por uma gravidez é de que houve erro médico. E a partir dessa insatisfação, processam seu urologista, pleiteando vultosas indenizações a título de danos materiais (despesas com gestação, pré-natal, parto e pensão mensal até maioridade) e danos morais (desconfiança, constrangimento social,



desgaste nos relacionamentos, frustração do planejamento familiar, etc., além do caráter punitivo-pedagógico).

Em uma análise da jurisprudência do Tribunal de Justiça de São Paulo, nos julgamentos em grau de recurso, é possível concluir que a obrigação do urologista na cirurgia de esterilização masculina é de meio e não de resultado, ou seja, obrigação de execução adequada dos procedimentos e dever de informação das etapas e dos riscos.

Também se verifica que a responsabilidade é determinada pela comprovação da culpa (descumprimento de qualquer das exigências da Lei nº 9.263/96). Na maioria dos casos julgados, não se comprova culpa do médico, de modo que os pedidos de indenizações são julgados improcedentes. No entanto, observa-se que quando há decisões judiciais condenatórias, a maioria está fundamentada não no suposto erro técnico, em regra não existente, mas na falta de uma das etapas do planejamento familiar (solicitação e análise do espermograma, por exemplo) ou simplesmente na “inobservância do dever de informar” e na promessa da esterilidade e absoluta eficácia do

“
**A sociedade atual
tem visto no controle
da natalidade um
aspecto importante no
planejamento econômico
das famílias, refletindo
no aumento do número
de procedimentos
realizados.**

método. Em alguns casos, o juiz concede a inversão do ônus da prova, e passa a ser do médico a obrigação de fazer prova de que informou adequadamente dos riscos de uma eventual possibilidade de fertilidade e apresentar o consentimento escrito. É nesse sentido, que há o importante papel do registro em prontuário e do termo de consentimento livre e esclarecido assinado, com as devidas informações, recomendações pós-operatórias, riscos e resultados do procedimento de esterilização cirúrgica.

TRUTA PATAGÔNICA
ALIMENTADA COM ROEDORES.



TARPON FISGADO NO
SUL DA FLÓRIDA.



PESCA COM MOSCA

Victor Srougi, médico assistente do Grupo de Laparoscopia e Tumores de Adrenal da Divisão de Urologia do Hospital das Clínicas da FMUSP

Seis horas da manhã. Antes de abrir os olhos me questionei por que faço isso nas férias. Mas logo que escutei o barulho do rio, só consegui pensar que já deveria haver trutas comendo. O zíper emperrado daquela barraca velha tentou me retardar. Minutos mais tarde estava em frente à fogueira, brincando com minha respiração condensada pelo frio enquanto vigiava o bule de café. Outros pescadores foram se juntando à volta do fogo até que a calma da manhã patagônica deu lugar a discussões enérgicas sobre o melhor jeito de enganar uma truta.

Geralmente minhas histórias de pesca começam com praguejamentos sobre o meu azar. Finalmente começarei diferente. Uma espécie de bambu que gera frutos a cada sete décadas havia tomado as margens dos rios patagônicos no verão anterior, lotado com brotos cheio de sementes. E daí? A fartura de alimento produz uma explosão populacional de ratos do campo, que embriagados de tanto comer inocentemente caem nos rios repletos de trutas famintas. Tipicamente as trutas comem pequenos peixes e insetos que pousam na água. Mas aproveitando a ocasião, os peixes enchem a pança de roe-

dores. Com tanta energia disponível, nas temporadas seguintes aparecem trutas gigantes e consequentemente surge a chance do pescador fisgar um “troféu” para toda a vida.

Deixando o acampamento, imaginava que talvez só meu neto teria a mesma oportunidade. Duas horas de caminhada por trilhas estreitas e encostas íngremes até chegar ao melhor trecho do rio. Linha na água. Trutas pequenas ajudaram a passar o tempo, mas não era para isso que estávamos lá. No final de uma corredeira, um salgueiro lançava seus ramos tangenciando a superfície da água. A sombra sobre a água profunda era perfeita



DOURADO NO NORTE
DA ARGENTINA.



para esconder um peixe. Sentei na margem oposta e observei por algum tempo, até que os contornos na penumbra ganharam nitidez. Uma truta das grandes rompeu a superfície para comer algum inseto e logo retornou para seu abrigo. Ela estava lá!

“O que será que está comendo? Para que direção estava olhando? Uso isca grande ou pequena? Clara ou escura? Será que arremesso perto ou longe do peixe? Linha grossa ou fina? Quem sabe uma imitação de “mosca de Março” número 16... não, um gafanhoto! Vou esperar a rajada de vento passar. As nuvens vão ajudar a esconder a linha na superfície. A árvore atrás de mim vai atrapalhar o arremesso. Não tenho muito espaço. O gafanhoto tem que cair dois metros acima da truta para a correnteza levá-lo flutuando naturalmente até o campo de visão do peixe. Se ela perceber que o gafanhoto é artificial irá fugir. Tenho uma chance, um arremesso...”

Não foi o bote delicado, nem a briga dura e nem o tamanho descomunal que fez aquela truta memorável. Trata-se do desafio. São muitas variáveis até que chegasse àquele mo-

mento. A pesca com mosca é uma caça. Ao invés de jogar o anzol na água e esperar que os peixes encontrem a isca, somos nós que os encontramos. Isto exige dedicação para compreender os hábitos, alimento e ambiente de cada peixe. Além disso, a pesca com mosca geralmente nos leva a lugares ermos incríveis e proporciona aventuras extremas.

Esta técnica de pesca surgiu há mais de dois milênios no remoto oriente e modernizou-se há alguns séculos na Europa. Classicamente era usada para a pesca em rios de corredeira, com iscas feitas de pena e pelo de animais montados sobre um anzol, imitando pequenos insetos. Atualmente, as varas que eram feitas de bambu deram lugar às varas de grafite, as linhas de seda às linhas de polímero e as iscas foram adaptadas para imitar pequenos peixes e crustáceos, com intuito de pescar diversas espécies de água doce e salgada.

Depois de anos notei semelhanças entre a pesca e a Urologia, que talvez possam explicar meu fascínio por ambas. A organização de uma caixa de iscas lembra a da mesa cirúrgica. O

**Depois de anos
notei semelhanças
entre a pesca
e a Urologia,
que talvez possam
explicar meu
fascínio por ambas.**

planejamento antes de fazer um arremesso é semelhante ao que antecede uma cirurgia complexa, quando avaliamos exames e particularidades anatômicas do paciente para determinar o melhor acesso. Dependemos de nós perfeitos e oscilamos entre períodos de intensa concentração, alegria e decepção. Com um certo atrevimento, desafiamos a natureza para simplesmente físgar um peixe ou heroicamente prolongar a vida. A grande diferença é que na pesca nos permitimos falhar. Por isso, diria que a urologia é minha esposa fiel. A pesca é minha amante imprevisível. Quando canso de uma, corro para a outra!

CALENDÁRIO UROLÓGICO



CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO EUROPEIA DE UROLOGIA

O maior evento científico urológico do continente europeu e segundo maior do mundo, o **Congresso da Associação Europeia de Urologia (EAU) 2018** ocorrerá entre 16 e 20 de março na cidade dinamarquesa de Copenhague. As inscrições com taxas reduzidas (*early fee*) se encerram dia 15 de janeiro de 2018 e são nos valores de 887,50 euros para membros e 1.150,00 euros para não-membros. As tarifas intermediárias (*late fee* para membros 1.120,00 euros e 1.380,00 euros para não membros) irão até o dia 12 de fevereiro de 2018. Já as inscrições *online*

serão aceitas até o dia 26 de fevereiro do ano que vem. Para quem preferir se inscrever durante o evento, as tarifas serão de 1.270,00 euros para membros associados da EAU e 1.545,00 euros para não associados.

A programação científica contará com tradicionais sessões plenárias, sessões de pôster e vídeos, além de sessões temáticas simultâneas em várias salas, cursos *hands-on* e evento dedicado a residentes e jovens urologistas. O programa preliminar está disponível no site do evento: <https://scientific-programme.uroweb.org/eau18?date=sun-18-march&filters=pl,ts&view=schedule>.



Turismo

Canal de Nyhavn

COPENHAGUE,

ENTRE AS MELHORES EM QUALIDADE DE VIDA

Capital da Dinamarca, a cidade de Copenhague possui muita história, atrações turísticas, muitas praças, castelos e belíssimos jardins. O maior prazer ao se conhecer essa agradável localidade é “sentir” a qualidade de vida que oferece. Maior cidade do país, com cerca de 1,2 milhão de habitantes (censo de 2012), possui uma excelente infraestrutura e adota cuidados ambientais que a situam, de forma recorrente, entre as cidades com melhor qualidade de vida do mundo.

A título de exemplo, 36% de seus cidadãos utilizam diariamente a bicicleta como meio de se deslocarem ao trabalho. Outra particularidade que comprova, de maneira emblemática, a importância dedicada ao bem-estar dos cidadãos é a aprovação de uma lei municipal, em 2015, garantindo a todos os moradores locais o direito de terem um parque ou praia a no máximo 15 minutos de sua casa, a pé. Os espaços abertos da cidade abrigam áreas tradicionais, como o Jardim do Castelo Rosenberg, o mais antigo e visitado da cidade - seu paisagismo iniciado em 1606 – e o moderno Superkilen, com cerca de um quilômetro de comprimento, cujo projeto recebeu importantes prêmios internacionais por seu inovador conceito urbanístico.

O Faelledparjen, com seus 56 hectares, é o maior parque da cidade, onde é possível praticar diversos esportes ao ar livre. O lugar recebe diversos eventos muito concorridos, como a ópera ao ar livre e o Grande Prêmio de Copenhague, que é uma corrida de carros antigos. Museus e castelos também merecem uma visita. O Palácio de Amalienborg, conjunto de quatro castelos simétricos, tem um atrativo especial. Diariamente, às 11:30, é possível assistir ali à troca da guarda real. O de Christiansborg, situado na ilha de Slotsholmen, abriga o parlamento dinamarquês. Outra boa opção de passeio é o Kastellet, cidadela que reúne a Igreja de Saint Albans e o Museu da Libertação, que lembra a ocupação nazista durante a 2ª Guerra Mundial.

O mais conhecido cartão de visita da cidade é a estátua da Pequena Sereia, criada em 1913 pelo escultor Edvard Eriksen inspirado no personagem de um dos contos infantis do escritor Hans Christian Andersen. Instalada numa rocha ao lado do porto de Copenhague, essa escultura de bronze parece contemplar permanentemente as águas e dar as boas-vindas aos visitantes. Passar por Copenhague e não visitar a Pequena Sereia equivale a “ir a Roma e não ver o papa”.



Castelo Rosenberg



Superkilen



Pequena Sereia

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

Informações para o público em geral

Conheça e divulgue!

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

NOTÍCIAS



SBU-SP e SOCESP - futuras parcerias



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



NOTÍCIAS

SBU-SP e SOCESP - futuras parcerias
O presidente da SBU-SP, Dr. João Amaro, já está em contato com Dr. João Amaro, presidente da SOCESP (Sociedade de Cirurgia de Estado de SP).

Saber mais

SBU-SP define coordenadores de seus projetos para o ano de 2016.
A Diretoria da SBU-SP reuniu-se no dia 20 de janeiro, em São Paulo, para definir os projetos para o ano de 2016.

Saber mais



Diretoria da SBU-SP reúne-se com empresas do setor médico.
No último dia 29 de janeiro, a diretoria da SBU-SP realizou um bate-papo com diversas empresas do setor médico para estreitamento de relações com a SBU-SP.

Saber mais



Resultado das eleições SBU-SP Bônus 2016/2017
Conheça os membros da equipe e também os projetos da equipe.

Saber mais



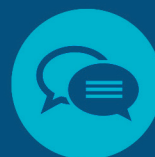
PROJETOS SBU-SP



ASSISTA ÀS AULAS ONLINE, faça as avaliações e acumule pontos 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