



PONTO DE VISTA

COMO TRATAR A DOENÇA DE PEYRONIE



Entrevista

Dra. Isabel Feitosa fala sobre a presença da mulher na Urologia



Além da Urologia

Modelos de remuneração médica



Fique Sabendo

O impacto do ciclismo na função erétil



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

Editor do BIU, o cargo me traz um misto de sentimentos: a satisfação pela confiança em mim depositada e o peso da responsabilidade, tanto por dirigir este veículo cujo público alvo é tão seletivo, crítico e diferenciado, como por reconhecer a extrema competência daqueles que me antecederam. Aceitei o convite após os drs. Sandro, Walter e Fernando, amigos de confiança e competência reconhecida, confirmarem que estariam comigo. O peso foi reduzido, ainda mais, quando conheci a equipe de jornalismo e produção, liderados pelo Simon. Buscaremos o melhor conteúdo, informações técnicas, imparcialidade e transparência.

Não fizemos grandes mudanças na estrutura do BIU. Substituímos a seção "Residência" por "Aprimoramento", onde abordaremos programas de especialização, desenvolvidos em instituições de ensino, nas diversas sub-áreas da Urologia, especialmente naquelas em que há interface com outras especialidades, como Disfunção Miccional, Urologia Feminina, Uropediatria, Andrologia, Infertilidade, Uro Oncologia e Urologia Reconstructiva. O objetivo é informar, ao egresso da residência em Urologia, as oportunidades de aprimoramento existentes e estimular o desenvolvimento de novos programas.

A edição atual está muito rica em conteúdo. Dra. Isabel Feitosa, de quem muito me orgulho e tenho sólida amizade desde a residência, fala sobre as mulheres urologistas, seus receios e conquistas. Drs. Celso Gromatzky e Eduardo Bertero abordam de forma clara, concisa e objetiva a propedêutica atual na doença de Peyronie, equilibrando as evidências e suas experiências. Trazemos o programa de Fellowship em Uro Oncologia do AC Camargo, modelo exemplar e, conseqüentemente, muito disputado entre os urologistas recém formados. Na seção Urologia Legal, Dr. Carlos Gobbo fornece dados sobre nossa especialidade junto ao CRM e ressalta pontos no sentido de prevenirmos complicações ético-jurídicas. Dr. Carlos Sacomani nos explica de forma clara e didática os modelos de remuneração médica. O assunto nos afeta diretamente e, como Sociedade, devemos nos informar e participar ativamente. Somos a parte mais frágil da cadeia de custos, como ressalta o dr. Armando Abrantes em seu comentário. Dr. Samy Tarnovschi, em excelente abordagem, traz informações claras e atuais sobre a relação entre o ciclismo e disfunção erétil e conclui com medidas preventivas. Dr. Fernando Korkes conta sua experiência com aluguel de embarcações para férias em família e nos passa dicas interessantes. Por fim, lembramos do nosso congresso em setembro, o da ICS em agosto e o Uro Onco Litoral em dezembro. Traremos mais informações nas próximas edições.

Assumo a edição do BIU com total liberdade e autonomia, sem qualquer solicitação, condição ou sugestão colocada pelo corpo diretivo de nossa Sociedade. Isso é bom, e não teria aceito se fosse diferente, mas também implica em ser o responsável (eu e co-editores) pelas falhas e alvo de eventuais críticas. Esta função é um desafio novo e, sem dúvidas, melhoraremos a cada edição. Contamos com a contribuição dos associados com críticas, sugestões e provimento de conteúdo. Coloco meu telefone e e-mail particulares à disposição para contato direto e rápido.

Um abraço e boa leitura.

Luís Gustavo Morato de Toledo
Editor do Biu

drluisgtoledo@gmail.com | 11 99639-5015



Luís Gustavo
Morato de Toledo

CONHEÇA OS COEDITORES DO BIU



FERNANDO KORKES, 38 anos, é médico desde 2002. Atua no Hospital Israelita Albert Einstein.



SANDRO NASSAR Cardoso, 44 anos, é médico desde 1997 e atua nos hospitais Ipiranga e Edmundo Vasconcelos.



WALTER COSTA, 40 anos, médico desde 2001, com atuação no A.C. Camargo Cancer Center e na Santa Casa de São Paulo.



EXPEDIENTE

Diretoria da Sociedade Brasileira de Urologia • Seção São Paulo
Biênio 2018 / 2019

Presidente

Flavio Eduardo Trigo Rocha

Vice-Presidente

Armando dos Santos Abrantes

1º Secretário

José Carlos I. Truzzi

2º Secretário

Geovanne Furtado Souza

1º Tesoureiro

Iderpól Leonardo Toscano Jr.

2º Tesoureiro

Francisco Kanasiro

Delegados

Fernando Nestor Facio Junior
André Luiz Farinhas Tomé
Roberto Vaz Juliano

Delegados Suplentes

Geraldo Benedito Gentile Stefano
Alexandre Cesar Santos
Vicente de Paula Cirio Nogueira

Editor do BIU

Luís Gustavo Morato de Toledo

Coeditores

Fernando Korke, Walter Henriques da Costa
e Sandro Nassar Cardoso

Departamento Uroneuro

Thiago Souto Hemery

Departamento Litiase e Endourologia

Rodrigo Guerra – Botucatu

Departamento Robótica e Cirurgia Minimamente Invasiva

Giuliano Guglielmetti

Departamento Oncologia

Carlos Hermann Schaal

Departamento Urologia Feminina

Ana Paula B. Bogdan

Departamento HPB

Oscar Rubini Avila

Departamento de Pesquisa

Leonardo Oliveira Reis

Departamento de Uropediatria

Edson Daniel Schneider Monteiro

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 – Seção 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 – Seção 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

Especialistas abordam o tratamento da Doença de Peyronie

21

UROLOGIA LEGAL

Urologia é uma especialidade com baixo número de denúncias no CRM



25

FIQUE SABENDO

O impacto do ciclismo na função erétil

ENTREVISTA

Dra. Isabel Feitosa fala sobre a atuação da mulher na especialidade

10

6

SBU E VOCÊ

18

APRIMORAMENTO

23

ALÉM DA UROLOGIA

27

SEM ESTRESSE

29

AGENDA

RELATÓRIO FINANCEIRO DA SBU-SP

ACOMPANHE AS DESPESAS
ADMINISTRATIVAS E O
DEMONSTRATIVO BANCÁRIO
DA ENTIDADE REFERENTES A
FEVEREIRO DE 2018.

texto: Tesouraria SBU-SP

Prezado associado,

Como é habitual nas edições desta revista, a diretoria da SBU-SP apresenta a relação de despesas administrativas para a manutenção das sedes e realização das atividades de interesse dos associados. Também é publicada a posição financeira da entidade referente ao dia 24 de fevereiro de 2018.

Como pode ser observado, os custos administrativos permanecem equilibrados e o saldo bancário, positivo.

A diretoria da SBU-SP está à disposição dos associados para esclarecer qualquer dúvida relacionada aos dados apresentados.

REFERÊNCIA: NOVEMBRO/2017

DESPESAS	VALOR
Advogado Peppe Bonavita	R\$ 2.689,16
Magnitude Assessoria imprensa	R\$ 2.930,00
Condomínio sede Augusta	R\$ 972,00
Condomínio sede Tabapuã	R\$ 2.002,84
Convênio funcionários	R\$ 2.323,32
Eletropaulo sede Tabapuã	R\$ 201,93
Copy Service	R\$ 100,00
IPTU sede Augusta	R\$ 150,07
IPTU sede Tabapuã	R\$ 720,78
Ligue Táxi	R\$ 1.216,85
Limpidus	R\$ 551,85
Motoboy SW	R\$ 800,00
Salário Funcionários	R\$ 5.771,38
Tributos folha funcionários	R\$ 1.708,58
Site Unimagem	R\$ 8.054,63
Tectray serv. T.I	R\$ 830,00
Telefonia + Cel. Corporativo	R\$ 529,89
VR Funcionários	R\$ 1.670,40
VT Funcionários	R\$ 455,80
Tarifas bancarias	R\$ 157,50
TOTAL	R\$ 33.889,83

SBU – SECÇÃO SÃO PAULO – 24/02/2017

SALDOS BANCÁRIOS

Conta Eventos	68.525-1	R\$ 1.516,03
Conta Administrativa	71.322-8	R\$ 30.955,32
SALDO ATUAL		R\$ 32.471,35
APLICAÇÕES		
Aplicação (Eventos)	MAX DI/Compromissada DI	R\$ 100.603,08
Aplicação (SBU-SP)	Fundos	
TOTAL		R\$ 133.074,43



EMPOSSADA DIRETORIA DA SBU-SP PARA BIÊNIO 2018-2019

Dia 23 de fevereiro foi realizado o jantar de posse da nova diretoria da SBU-SP para o biênio 2018-2019. Em seu discurso, o presidente Flavio Trigo falou sobre os projetos da entidade para a sua gestão e sobre os eventos que serão realizados neste ano, como o Congresso Paulista de Urologia, o Uro-Onco Litoral e o PROTEUS. Na ocasião, o dr. João Luiz Amaro recebeu uma medalha em reconhecimento ao seu trabalho como presidente da entidade no biênio 2016-2017.



Urologistas de todo o Estado prestigiaram a posse da nova diretoria



Dr. Flavio Trigo falou de seus planos para a gestão



Dr. João Luiz Amaro recebeu homenagem

PRÊMIO ANTONIO GUGLIOTTA 2017

A enfermeira Iris Raquel de Paula Domeni Martins recebeu o Prêmio Antonio Gugliotta 2017, concedido pela disciplina de Urologia da Unicamp. De acordo com o diploma entregue, a homenagem foi motivada pelo seu “grande empenho no crescimento desta instituição. Dentre as contribuições, destaca-se sua atividade proativa no desenvolvimento da Urodinâmica do H. C. da Unicamp”.



PARTICIPAÇÃO EM EVENTOS INTERNACIONAIS

No dia 15 de dezembro de 2017 o dr. Stênio de Cássio Zequi participou como palestrante e debatedor do *International Genitourinary Oncology Congress*, realizado no Campus da *City of Hope Comprehensive Cancer Center – California*, um dos principais “*Cancer Centers*” norte-americanos, localizado na cidade de Duarte (Califórnia, EUA).

O evento, coordenado pelo prof. Sumanta K. Pal, reconhecido oncologista daquela instituição, teve como objetivos principais a integração entre pesquisadores e a colaboração científica internacional, além de debater disparidades da Oncologia Global. Foram apresentados os mais recentes resultados e projetos do *LARCG – Latin American Renal Cancer Group*. O *LARCG* agrega 28 instituições de nove países da América Latina e Espanha.

Em abril de 2018, o *LARCG* participará do encontro anual da *IKCC – Internacional Kidney Cancer Coalition*, a ser realizado na Cidade do México. O *LARCG*, além de promover um evento paralelo com o *IKCC* e com a *SMU – Sociedade Mexicana de Urologia*, também participará levando convidados brasileiros que falarão sobre a mídia e os direitos dos pacientes com câncer renal, reforçando suas atividades na chamada “*Advocacy*”, movimento de defesa de pacientes, uma bandeira que passa a ser compartilhada pelo *LARCG*. Por fim, durante o próximo Congresso da *AUA*, em San Francisco, acontecerá mais uma reunião anual do *LARCG*.

TESE DE DOUTORADO

Dia 7 de fevereiro deste ano o dr. Brunno Cezar Framil Sanches defendeu tese de doutorado sobre o tema “Impacto do tamanho do fragmento da biópsia no diagnóstico, graduação de Gleason e prognóstico de adenocarcinoma de próstata” na Faculdade de

Ciências Médicas da Unicamp. A comissão examinadora foi integrada pelos professores doutores Leonardo Oliveira Reis – presidente (Unicamp), Adriano Fregonesi (Unicamp), Antonio Gugliotta (PUC-Campinas), Sidney Glina (Faculdade de Medicina do ABC) e Fernandes Denardi (Unicamp).



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 FOI TRATADO NA **1ª REUNIÃO DA DIRETORIA DA SBU-SP EM 2018**

A 1ª Reunião Ordinária da Diretoria da SBU-SP, gestão 2018/2019, foi realizada no dia 20 janeiro de 2018, na sede da SBU-SP. Na abertura, o presidente da entidade, dr. Flávio Trigo, informou que a Homepage da entidade foi repaginada. Com isto, contará com um espaço para público leigo, além da área exclusiva para os sócios. O presidente reiterou que todos os projetos da SBU-SP deverão contar com a participação ativa dos diretores.

Dr. Francisco Kanasiro leu os saldos bancários e informou que a conta de eventos possuía R\$ 37.258,79, a conta administrativa, R\$ 67.804,78. O saldo era de R\$ 105.107,82 e o saldo aplicação, R\$106.107,82. Assinalou, também, que a SBU-SP está com várias contas pagas referentes aos próximos eventos, inclusive a locação do Centro de Convenções Rebouças, onde será realizado o PROTEUS. Ainda falta o pagamento da última parcela do WTC, que sediará o Congresso Paulista de Urologia, e foi iniciado o pagamento do Hotel Casa Grande, que abrigará o Uro-Onco Litoral 2018. Anunciou, ainda, que a entidade recebeu um saldo de anuidade da SBU-Nacional no valor de R\$ 64.000,00. O dr. Flávio destacou que o dr. Amaro, que o antecedeu na presidência da SBU-SP, deixou um saldo positivo em caixa, o que possibilitou o pagamento antecipado de parte do aluguel do WTC. Ele também anunciou a data do Proteus de 2019, que acontecerá de 13 a 15 de março. Os organizadores do evento serão os drs. Alexandre Cesar, Roberto Vaz, Geovanne e André

Tomé. Dr. Flávio lembrou os diretores que se dispõe de um pacote completo para o Congresso Americano para ser sorteado no Proteus deste ano. Foi aprovado o custeio da participação em dois eventos internacionais por ano para o presidente da SBU-SP.

O presidente da entidade reiterou a importância de divulgação mais ampla dos projetos Uro Oncologia Litoral, Endo Pizza e Maio Vermelho. O Uro Oncologia litoral deste ano será no Resort Casa Grande Hotel (Guarujá), de 2 a 4 de novembro de 2018. O Endo Pizza também terá continuidade neste ano e o Maio Vermelho deverá ser desenvolvido, sob a coordenação do dr. Roberto Vaz Juliano.

Será realizada reunião com a empresa AVM para discutir detalhamento do projeto Uro Reciclagem.

Com relação à Jornada Paulista de Urologia o dr. Flávio Trigo sugeriu que fosse realizada dos dias 4 a 6 de abril de 2019. Também ressaltou que, possivelmente, o Congresso Paulista de Urologia de 2018 será o terceiro maior evento do mundo na área da Urologia. O dr. José Carlos Truzzi, presidente da Comissão Científica do Congresso, expôs o andamento da agenda do evento. Até o momento, treze palestrantes internacionais estão confirmados.

O dr. Flávio Trigo apresentou o novo editor-chefe do BIU, Dr. Luis Gustavo Morato de Toledo e reiterou a importância de conquistar as indústrias para divulgação de anúncios na revista. Solicitou empenho dos Diretores na obtenção de patrocínio para o BIU. O dr. Fernando Facio será o responsável pela aprovação dos apoios da SBU-SP, conforme as normas aprovadas em 2016.

A ATUAÇÃO DA MULHER

NUMA ESPECIALIDADE EM QUE OS HOMENS PREDOMINAM

Há cerca de dois anos, algumas das poucas mulheres que exercem a Urologia no Brasil organizaram o grupo Orquídea. Nesta edição, o BIU entrevistou a dra. Isabel Feitosa, uma das primeiras participantes desse grupo, para falar sobre a iniciativa e sobre a realidade que se apresenta para as especialistas que atuam numa área da Medicina predominantemente masculina.

A presença da mulher na Medicina vem aumentando. Segundo dados do Conselho Federal de Medicina, até 2010 o ingresso de homens na profissão ainda era superior ao de mulheres, mas a partir do ano seguinte essa proporção se inverteu. Em 2014 verificou-se que 54,8% dos novos profissionais eram do sexo feminino e 45,2 do sexo masculino. Em algumas especialidades, como Pediatria, Clínica Médica, Medicina da Família, Ginecologia e Obstetrícia e Medicina Preventiva, as mulheres são maioria.

A Urologia está na ponta inversa dessa tendência, constituindo-se na especialidade com menor percentual de mulheres, estimado em menos de 1%. Quais as razões dessa realidade? A presença feminina está aumentando? Essas e outras questões foram abordadas nesta entrevista.

BIU: Como surgiu a ideia do grupo e do nome Orquídea?

Dra. Isabel Feitosa: O grupo Orquídea surgiu por iniciativa da urologista, dra. Nancy Denicol, que atua no Rio Grande do Sul. Há uns três ou quatro anos, nós, mulheres urologistas, começamos a nos encontrar em congressos da especialidade e ela teve a ideia de criar um grupo de WhatsApp, para mantermos contato.

O nome foi escolhido porque orquídea é uma flor rara que se adapta a qualquer local, mesmo em situações adversas, pode ser numa árvore, na terra. Muitos acham que existe uma associação com o fato de a palavra testículo ter origem semântica em "orqui", mas o motivo não é esse e sim a capacidade da orquídea de crescer em, digamos assim, ambientes hostis. O ambiente da Urologia é um ambiente predominantemente masculino. É muito comum encontrarmos alguém que comenta: "Nossa! Você é a primeira mulher urologista que eu conheço, não sabia que existiam mulheres na Urologia".

PERFIL



Idade: 43 anos

O que a fez se interessar pela especialidade: o principal motivo é que a Urologia é muito abrangente: tem a parte clínica, a diagnóstica e a cirúrgica, que é encantadora. Embora meu mestrado seja em Urologia feminina, eu atendo crianças, idosos, adultos, mulheres e homens.

Locais onde trabalha: consultório e nos hospitais Albert Einstein, Oswaldo Cruz e São Luiz.

Desde quando atua como urologista: 2002.

O que faz nas horas vagas, como lazer ou hobby: curtir a família, leitura e corrida.

Time do coração: Náutico, de Recife. Nasci Náutico, porque meu pai foi jogador do time. Era conhecido como Bolinha. E não dá para abandonar as origens.

BIU: Como o grupo Orquídea funciona na prática?

Dra. Isabel Feitosa: *É um grupo onde discutimos casos clínicos, com as particularidades e dificuldades de cada região. É também um canal usado para divulgação de cursos e eventos. Eu considero um grupo de amizade e de relacionamento entre profissionais que estão numa situação semelhante, vivendo dificuldades semelhantes e voltado a compartilhar experiências. É um canal de relacionamento. Por exemplo, desde que o Orquídea surgiu organizamos por intermédio do grupo um almoço ou jantar durante os congressos brasileiros. Também enviamos avisos de vagas sobre cursos que possam interessar às colegas.*

BIU: Atualmente, o grupo Orquídea tem quantas integrantes?

Dra. Isabel Feitosa: *Há dois anos o grupo começou com 66 integrantes e a última vez que contei já éramos 91. Algumas são urologistas em Residência e há também urologistas do exterior, que vieram fazer algum curso no Brasil e passamos a manter contato com elas.*

BIU: Qual é o percentual de mulheres urologistas no Brasil?

Dra. Isabel Feitosa: *Atualmente estima-se que a participação da mulher na especialidade seja inferior a 1%. Sou formada há vinte anos e tenho amigas na mesma especialidade que estão ainda há mais tempo. Eu lembro da época que íamos aos congressos e éramos duas, éramos figuras raras. No último congresso brasileiro havia mais de trinta mulheres urologistas. Proporcionalmente, a participação feminina vem aumentando. Isso se deve à redução do preconceito, o que faz com que as mulheres tenham menos medo de fazer uma especialização numa área considerada extremamente masculina.*

BIU: De onde vem o preconceito?

Dra. Isabel Feitosa: *Esse precon-*

ceito não é tanto dos nossos colegas, que de um modo geral nos acolhem de forma bem afetiva, mas da própria sociedade. Se você tem um nível de preconceito elevado, a clientela será baixa, então não compensaria fazer essa especialização. Mas hoje não é isso que acontece. Há muitos jovens que nos procuram e muitos homens que se sentem confortáveis quando são atendidos por mulheres. Existe um mercado, e é crescente. O sexo oposto às vezes deixa o paciente mais confortável. Por exemplo, um homem mais idoso que sabe que vai passar pelo toque retal, às vezes se sente mais confortável ao ser feito por uma mulher do que por outro homem. Curioso é que aí também está incutido o preconceito, mas no sentido oposto. O preconceito ainda não é algo totalmente superado, mas está sendo superado gradualmente.

BIU: Qual é o público feminino que a sra. trata?

Dra. Isabel Feitosa: *Tenho muitas pacientes com cálculo renal ou incontinência urinária, problema muito frequente em mulheres. Elas muitas vezes preferem ser tratadas por mulheres. E agora há um tratamento mais recente, que é o rejuvenescimento vaginal. É um novo campo em que o urologista também atua e não só o ginecologista. E muitas mulheres optam por procurar uma urologista.*

BIU: Comparando entre o início de sua prática urológica e hoje, houve mudanças sensíveis em relação à forma como seus colegas aceitam a participação da mulher na especialidade de Urologia?

Dra. Isabel Feitosa: *Eu fiz Urologia na Santa Casa. Na minha época, era a escola que mais tinha formado mulheres urologistas e eu era apenas a quinta. O HC da FMUSP tinha uma mulher formada em Urologia. Havia alguns professores extremamente conservadores, mas de forma geral, me aceitaram de forma muito carinhosa. Nunca me senti excluída. Não existia uma divisão de áreas que eram ensinadas para os homens e outras para mim.*

BIU: Muitas vezes as próprias mulheres médicas também têm esse preconceito. Por que elas se interessam menos pela Urologia?

Dra. Isabel Feitosa: *Eu acho que é pelo medo do que irão enfrentar. O público continua sendo majoritariamente masculino, o movimento do consultório é formado na maior parte por homens. Então ela tem dúvida quanto ao que vai ter que lidar. Será que será fácil me deparar com um homem despido? Vou conseguir trabalhar nessa situação? É o medo do desconhecido. Também passei por isso no início. Quando resolvi fazer residência, comentei com meu marido que se não me saísse bem na especialidade, tinha uma segunda opção em mente. Felizmente deu certo, mas eu tinha meu plano B.*



Atualmente estima-se que a participação da mulher na especialidade seja inferior a 1%.





UROLOGIA

DOENÇA DE PEYRONIE

O TEMA DESTA EDIÇÃO É ABORDADO PELOS UROLOGISTAS
CELSO GROMATZKY E EDUARDO BERTERO



Escolha da abordagem cirúrgica

Celso Gromatzky, professor afiliado da Disciplina de Urologia da FMABC, doutor em Urologia pela FMUSP e membro do Corpo Clínico e Núcleo de Urologia do Hospital Sírio Libanês – SP

Aurologia é uma especialidade que apresenta como um dos grandes atrativos para os novos médicos a oportunidade de exercer uma atividade que tem uma ampla gama de tipos de cirurgias, contemplando diversos órgãos e variações técnicas em cada um deles. Além de historicamente agregar os mais recentes avanços da tecnologia, a exemplo da cirurgia robótica.

Dentro deste contexto, a escolha e domínio das várias técnicas para abordagem cirúrgica da Doença de Peyronie continua representando, ao longo de décadas, um grande desafio para a nossa especialidade.

Um estudo retrospectivo utilizando dados do American Board of Urology, no período de 2004 a 2013, revelou que somente 15,4% dos urologistas reportaram ao menos um caso de correção cirúrgica de Doença de Peyronie (1012/6564)¹. Este dado pode refletir as dificuldades que o urologista geral tem para abordar cirurgicamente esta patologia.

A AUA (American Urological Association) publicou um Guideline sobre a Doença de Peyronie em 2015. A necessidade de a doença estar estável (sem modificação da curvatura da haste peniana) é ponto fundamental na indicação cirúrgica. Isto ocorre ao redor de 12 a 18 meses após início do quadro. No consenso, tanto as cirurgias de plicatura como as cirurgias de incisão da placa (com ou sem enxerto) receberam recomendação moderada e nível de evidência C, em pacientes que apresentem ereção adequada para relação sexual mesmo que utilizando medicação ou terapia com vácuo. O mesmo grau de recomendação e nível de evidência



Nos pacientes que tenham Doença de Peyronie associada à disfunção erétil refratária aos tratamentos conservadores, o implante de prótese peniana é a opção indicada.

foi dado para o implante de prótese peniana para correção de Doença de Peyronie em pacientes sem ereção adequada para a atividade sexual².

O Guideline da AUA não reporta, assim, qualquer orientação quanto à escolha da técnica a ser utilizada, ou critérios de utilização de plicatura ou de incisão da placa com ou sem

enxertia. Tampouco se propõe a sugerir qual tipo de enxerto teria melhores resultados.

Em 2010 foi publicado um Guideline orientado por Medicina Baseada em Evidências, no qual algumas conclusões importantes podem ser extraídas. As técnicas de plicatura, que abordam a face convexa da haste peniana, apresentam baixo risco de disfunção erétil e de alterações sensitivas do pênis, entretanto não se tem evidência que qualquer tipo de plicatura tenha melhor resultado que outra. Em relação às técnicas de abordagem da face côncava, com incisão e/ou excisão parcial de túnica albugínea com enxerto, este Guideline conclui que existe maior risco de disfunção erétil e não haver evidência para determinar qual o melhor material para enxertia³.

Um algoritmo utilizado para decisão da técnica a ser utilizada na cor-

reção cirúrgica da curvatura de Peyronie⁴ pode ser visualizado na figura abaixo.

Eu utilizo este algoritmo como uma orientação inicial para escolha da técnica embora não de forma rígida. Não é raro que pacientes com boa função erétil, curvaturas menores do que 60 graus e sem deformidades complexas da haste peniana recusem as técnicas de plicatura pelo maior risco de encurtamento do pênis. Assim, é importante que a decisão da técnica cirúrgica a ser empregada seja individualizada caso a caso, com ampla discussão dos resultados esperados e riscos inerentes aos procedimentos junto ao paciente.

Particularmente concordo com a

afirmação de que, quando possível, preferencialmente deve ser adotada uma das diversas técnicas de plicatura e não enxertia com incisão ou excisão parcial pela simplicidade, bons resultados e menor taxa de complicações⁵.

Nas situações que a utilização de enxerto se faz necessária, temos a considerar que o enxerto ideal deve ser econômico, flexível, elástico, resistente, com baixa antigenicidade e baixo risco de infecção, fácil de obter, disponível em diferentes tamanhos, com baixa morbidade e eventual colocação no menor tempo cirúrgico. Ressalto que na literatura, não há como definir o enxerto ideal para ser utilizado na correção da Doença

de Peyronie. Os enxertos autólogos são ideais em termos de menor probabilidade de rejeição ou infecção, mas têm a desvantagem de agregarem morbidade à obtenção do enxerto e também a possibilidade de retração do mesmo⁵.

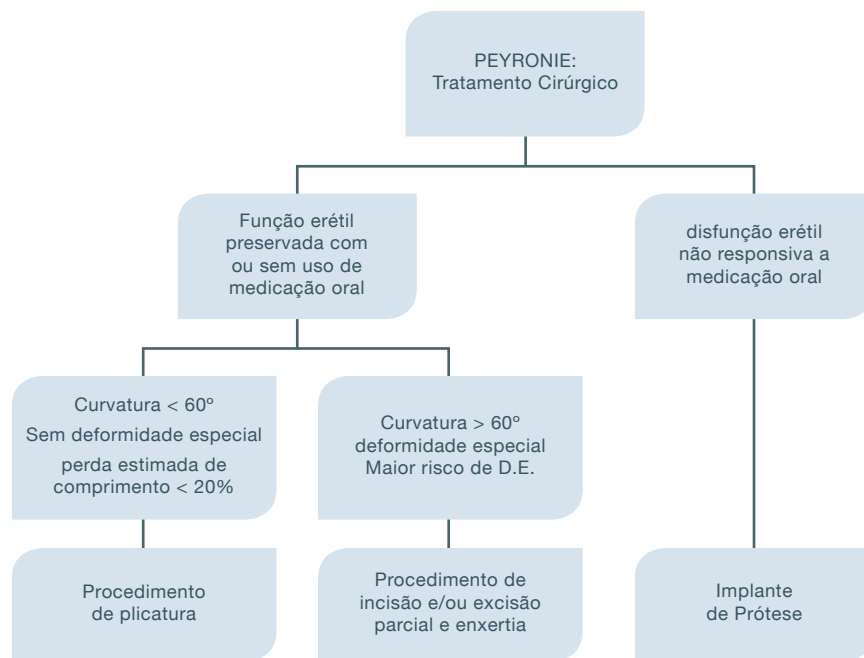
Os xenoenxertos são atualmente os mais utilizados, incluindo pericárdio bovino e submucosa de intestino suíno. Não há atualmente um ensaio clínico em humanos para comparar os diferentes materiais utilizados como enxerto⁵.

Tenho utilizado o pericárdio bovino há mais de duas décadas em cirurgias de correção da Doença de Peyronie com resultados muito satisfatórios, superponíveis ao uso da submucosa de intestino de porco, mas com custo inferior a este último produto.

Materiais sintéticos (poliéster, politetrafluoroetileno-PTFE, Dacron) têm sido utilizados com vários resultados e já não são mais recomendados nos dias de hoje. Eles têm um alto risco de infecção, reação alérgica, uma alta taxa de fibrose e contratura, bem como recorrência da placa⁶.

Nos pacientes que tenham Doença de Peyronie associada à disfunção erétil refratária aos tratamentos conservadores, o implante de prótese peniana é a opção indicada. O Guideline da EAU (European Association of Urology) publicado em 2012 ressalta que os implantes infláveis são os mais adequados nestas circunstâncias⁷. Entretanto devido ao elevado custo das próteses penianas infláveis em nosso meio, os implantes maleáveis podem ser utilizados com segurança. Nestas situações, a necessidade de procedimentos complementares ao implante para correção da curvatura ocorre em 19% a 42% dos pacientes⁷.

ALGORITMO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DA DOENÇA DE PEYRONIE



REFERÊNCIAS

1. Oberlin DT, Liu JS, Hofer MD, Milose J, Matulewicz RS, Flury SC, Morey AF, Gonzalez CM. An Analysis of Case Logs From American Urologists in the Treatment of Peyronie's Disease. *Urology*. 2016 Jan;87:205-9.
2. [http://www.auanet.org/guidelines/peyronies-disease-\(2015\)](http://www.auanet.org/guidelines/peyronies-disease-(2015)).
3. Ralph D, Gonzalez-Cadavid N, Miron V, Perovic S, Sohn M, Usta M, Levine L. The management of Peyronie's disease: evidence-based 2010 guidelines. *J Sex Med*. 2010 Jul;7(7):2359-74.
4. Levine LA, Burnett AL. Standard operating procedures for Peyronie's disease. *J Sex Med*. 2013 Jan;10(1):230-44.
5. Carson CC, Levine LA. Outcomes of surgical treatment of Peyronie's disease. *BJU Int*. 2014 May;113(5):704-13.
6. Gaspar S, Santos Dias J, Martins F, Lopes T. Recent surgical advances in Peyronie's Disease. *Acta Med Port*. 2016;29(2):131-138.
7. Hatzimouratidis K, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Moncada I, Salonia A, Vardi Y, Wespes E; European Association of Urology. EAU guidelines on penile curvature. *Eur Urol*. 2012 Sep;62(3):543-52.



A correção cirúrgica é o padrão ouro para tratar a deformidade

Eduardo Bertero, médico urologista, é mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da USP e especialista em Medicina Sexual pela Universidade de Boston (EUA). É responsável pelo Departamento de Andrologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.

Doença de Peyronie é uma doença da túnica albugínea causando uma fibrose da mesma. É considerada devastadora em muitos homens, tanto do ponto de vista psicológico, como físico. Pode produzir deformidades penianas, como curvatura, lesão em dobradiça, estreitamento em ampulheta e encurtamento do pênis. Quando já se adotou o tratamento cirúrgico vários caminhos ou opções podem ser tomadas.

AVALIAÇÃO NO CONSULTÓRIO

Realizo história médica e sexual, exame físico e, em alguns casos, exames de imagem. Na história, pergunto quando iniciou o quadro, presença de dor à ereção, deformidade, se ele percebeu algo palpável anômalo ou se observou algum trauma durante coito que esteja associado com o início dos sintomas. A seguir, pergunto se vem mantendo relações sexuais satisfatórias com penetração. E sempre questiono sobre a qualidade das ereções, independente da deformidade. Importante neste quesito comparar como eram as suas ereções antes do processo de Peyronie. Claro que a resposta aqui é imperativa na opção de implante peniano ou não.

Com relação a deformidade sempre pergunto sobre a própria percepção do paciente, embora isso seja muito discutível. Existem trabalhos que mostram que apenas 20% dos homens relatam com precisão o grau de curvatura, sendo que 56% superestimam e 26% subestimam a curvatura.

Sobre documentação fotográfica, tenho alguns criticismos, embora seja muito fácil de realizar nos dias atuais e nada invasivo. A minha



maior crítica seria sobre o ângulo tomado pelo paciente para realizar a fotografia e grau de ereção. Sabemos que quanto mais rígida a ereção, mais evidente a deformidade. Ultimamente, tenho preferido o velho teste de ereção farmacológico, que pode ser realizado no próprio consultório e sob minha supervisão. Nestas condições, e com ereção rígida, eu mesmo realizo a documentação fotográfica. Utilizo um transferidor sobre esta fotografia para documentar o nível e graduação da curvatura e discutir as possibilidades de tratamento com o paciente.

Ainda sobre a história, sempre deve ser perguntado sobre o encurtamento ou a percepção do paciente e parceira sobre esta sequela. Embora a marca registrada da doença de Peyronie seja a curvatura, o encurtamento frequente em até

Raramente solicito exames de imagem. Acho que acrescentam muito pouco e são raros os profissionais de radiologia que se dedicam a esta doença peculiar.

70% dos pacientes é a sequela mais devastadora psicologicamente.

O exame físico também é de suma importância e consiste na palpação de placas com suas características, na elasticidade do pênis e seu comprimento flácido-esticado. Esta mensuração realizo com o ho-

mem deitado na posição supina, prendo e estico o pênis pela glândula em ângulo de 90 graus com o seu corpo. Insiro uma régua rígida no osso púbico e meço até a ponta da glândula. Relato a medição final para o paciente.

Raramente solicito exames de imagem. Acho que acrescentam muito pouco e são raros os profissionais de radiologia que se dedicam a esta doença peculiar. Os laudos e imagens de ultrassonografia muitas vezes não correspondem à realidade vista no consultório. Talvez a ressonância nuclear magnética fosse o exame ideal, mas seu custo o torna inviável no dia a dia.

INDICAÇÕES DE CIRURGIA

Os pilares para indicação de cirurgia para Doença de Peyronie são:

1. doença estável, definida como início há pelo menos 1 ano e 6 meses de estabilidade na deformidade;
2. incapacidade de manter relação sexual com penetração devido à deformidade ou à disfunção erétil;
3. falha na terapia conservadora;
4. placa calcificada extensa;
5. desejo em corrigir a falha, uma vez

que a deformidade esteja estável.

O Algoritmo cirúrgico de tratamento que tenho adotado há alguns anos está explicado na tabela 1.

TÉCNICA CIRÚRGICA USADA COMO PLICATURA

Tenho usado a técnica descrita por Yachia há mais de 15 anos com bastante sucesso. Esta técnica consiste em realizar uma incisão vertical de 1,5 cm em toda espessura da túnica Albugínea, em um ponto oposto a área de maior curvatura. A seguir, é fechada a incisão utilizando o princípio de Heineke-Mikulicz, ou seja, fechando horizontalmente. Coloco uma sutura única, no meio da incisão, com fio inabsorvível, e depois faço uma rafia contínua com fio absorvível. Tenho tido altos índices de sucesso, embora é conhecido que as técnicas de plicatura possam causar encurtamento e não corrigem deformidades em dobradiça ou ampolheta. No entanto, é um procedimento simples de realizar, inclusive possível incisão na pele bem em cima do local da plicatura, e não traz sequelas na função erétil do paciente. É muito importante entregar um termo

de consentimento a qualquer paciente que será submetido a tratamento cirúrgico de doença de Peyronie. Todas as complicações devem ser discutidas antecipadamente e o paciente deve participar da decisão. Óbvio que a perda do comprimento peniano deve sempre ser considerada e discutida antes de se optar por tal técnica cirúrgica. Sempre digo que o paciente é o juiz e ele dará a cartada final. A literatura mostra que as taxas de estreitamento da rafe variam de 85 a 100%, com uma taxa de satisfação variando de 67 a 100%, com as técnicas de plicatura. O colega leitor do BIU pode tratar cerca de 70% ou mais de casos de Peyronie com esta técnica.

TÉCNICA CIRÚRGICA USADA COMO INCISÃO/ EXCISÃO PARCIAL E ENXERTO

Tenho utilizado a técnica de incisão da túnica albugínea em "H" ou em duplo "Y". Raramente, existe a necessidade de excisão total da placa e aprendi com o tempo e experiência de que quanto menor o tamanho do enxerto, menor o grau de complicações, como disfunção erétil e até fibrose e encurtamento. Esta técnica é muito mais agressiva, pois exige dissecação de todo o feixe neurovascular dorsal e, as vezes, da uretra. Tenho tido preferência pelo enxerto de matriz acelular de submucosa de intestino de suínos (Surgsys, Cook Medical) ao invés de pericárdio bovino. Este último vem embebido em solução de formol e é mais espesso.

Na minha experiência é mais comum reação adversa local, com fibrose e retração do enxerto, causando encurtamento da rafe, disfunção erétil e até recidiva da curvatura. Infelizmente a matriz acelular é mais cara e não está disponível em hospitais públicos. A cirurgia deve sempre ser realizada com anestesia raquidiana e sedação. Uma circuncisão clássica é realizada e toda a fâscia de Buck da rafe é exposta. Depois de realizar uma ereção artificial com soro fisiológico e torniquete, o local de máxima curvatura, que geralmente coincide

TABELA 1: ALGORITMO CIRÚRGICO DE TRATAMENTO PARA DOENÇA DE PEYRONIE

1. RIGIDEZ ADEQUADA

A) Plicatura a Yachia quando:

- a. Curvatura < 60°
- b. Ausência de lesão em dobradiça
- c. Expectativa de perda de comprimento < 20%

B) Incisão da placa/excisão parcial mais enxerto quando:

- a. Curvatura > 60°
- b. Presença de lesão em dobradiça

2) QUANDO RIGIDEZ INSATISFATÓRIA

A) Implante de prótese peniana

com o local da placa, é identificado. São colocados pinças de Allis e o pênis é então retificado. Realiza-se a incisão da túnica em cima da placa com a técnica de “H” ou duplo “Y”. Estica-se o pênis pela glândula e abre-se uma falha na túnica albugínea. Esta é mensurada e é recortado um enxerto 30% maior de que esta falha. Fixo primeiro os quatro cantos do enxerto com fio absorvível 4-0 e depois realizo sutura contínua bem hermética para evitar vazamentos e possível hematomas. Uma ereção artificial é novamente realizada e comparada com a anterior a cirurgia. Estreitamento da rafe com a técnica de incisão/excisão varia nos trabalhos de 63 a 100%. O índice de satisfação do paciente é reportado de 41 a 96% e disfunção erétil é identificado em até 35% dos casos operados. Novamente, todas estas complicações devem ser discutidas com o paciente previamente. Ele deve participar da escolha da técnica a ser adotada.

PRÓTESE PENIANA PARA HOMENS COM DOENÇA DE PEYRONIE

Como já foi mostrado, o candidato ideal é aquele homem com deformidade e disfunção erétil que não responde a tratamento medicamentoso. Qualquer modelo de prótese pode ser inserida. No caso da prótese maleável, não há necessidade de manobras ou técnicas adicionais para retificar o pênis. E em alguns casos, quando o encurtamento ocasionado pela própria doença de Peyronie é devastador, realizo a técnica de incisão da placa mais enxerto (e ou incisões de relaxamento na túnica albugínea). Esta conduta visa aumentar o comprimento peniano e minimizar a perda da rafe.

Depois é implantada a prótese maleável. No caso de ser escolhida uma prótese inflável, será necessário



A correção cirúrgica da doença de Peyronie, com ou sem implante de prótese peniana, permanece o padrão ouro para tratar a deformidade.

realizar alguma técnica de retificação da haste. Isto pode ser obtido através da modelagem manual sobre a prótese já implantada, como se fosse fraturar um graveto, ou até a realização de incisões de relaxamento na túnica, também com a prótese implantada. Estas incisões devem ser realizadas com o bisturi elétrico ajustado em 30 watts e com os cilindros vazios. Existe uma limitada lista de publicações na literatura descrevendo resultados

a longo prazo de implantes em homens com doença de Peyronie.

CONCLUSÃO

A correção cirúrgica da doença de Peyronie, com ou sem implante de prótese peniana, permanece o padrão ouro para tratar a deformidade. Todo candidato deve ser submetido a um termo de consentimento e ampla discussão sobre o processo da cirurgia, suas complicações e, especialmente, as suas expectativas com respeito ao resultado final. Parece não existir uma técnica de plicatura superior a outra, embora eu prefira a descrita por Yachia. Para aqueles casos mais complexos, com curvaturas mais acentuadas, a técnica de incisão da placa / excisão parcial com enxerto é passível de ser usada e apresenta resultados consistentes, embora maior chance de disfunção erétil. O implante deve ser adotado nos casos de perda da capacidade erétil.

REFERÊNCIAS

Levine L and Larsen S. Surgery for Peyronie's disease. Asian J Andrology (2013)15,27-34.

FELLOWSHIP EM URO-ONCOLOGIA E CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA

CONHEÇA O PROGRAMA DO A. C. CAMARGO CANCER CENTER



O A. C. Camargo Cancer Center é um centro integrado de diagnóstico, tratamento, ensino e pesquisa do câncer. Em 2013 o Serviço de Urologia iniciou o programa de fellowship em Oncologia Urológica e cirurgia minimamente invasiva com ênfase em cirurgia laparoscópica oncológica.

De acordo com o prof. dr. Gustavo Cardoso Guimarães, diretor do

Departamento de Urologia do AC Camargo Cancer Center e coordenador médico do Programa de Cirurgia Robótica da instituição, “no primeiro ano, abrimos apenas uma vaga, pois tratava-se de um projeto piloto para entendermos as necessidades do mercado e dos médicos residentes egressos dos programas de residência em urologia no país. Já neste primeiro ano acreditamos que poderíamos

colaborar com a especialização deste profissional, visto que há uma formação irregular devido ao restrito acesso à laparoscopia e à cirurgia robótica no país, bem como às terapias ablativas em especial ao HIFU (ultrassom focalizado de alta intensidade)”.

O primeiro fellow formado foi incorporado ao corpo clínico do hospital, devido à crescente demanda da Instituição e da qualidade desse pro-

fissional. No ano seguinte (2014) foram abertas duas vagas e da mesma forma os dois fellows formados também foram incorporados ao Serviço. A partir de 2015 passou-se a oferecer três vagas, com duração de um ano, disputadas por mais de cinquenta candidatos, evidenciando o crescente interesse pela especialização e pelo programa de fellow.

O dr. Gustavo explica que “dentro os principais objetivos do programa estão o desenvolvimento profissional em cirurgia minimamente invasiva e em tumores urológicos com foco em treinamento em serviço de alta complexidade e elevado volume de procedimentos, aliando a formação teórica e a prática”. Essa integração entre as atividades teóricas e práticas é feita de forma fluída e contínua. Os fellows tem à sua disponibilidade uma programação com conteúdo teórico que faz parte do programa continuado de Oncologia do AC Camargo Cancer Center, com aulas que vão além da Uro-oncologia, oferecendo uma visão integrada com outras especialidades cirúrgicas, radioterapia e oncologia clínica, além de terapias de suporte e apoio e biologia molecular do câncer. “Desta forma, o fellow de Uro-oncologia do AC Camargo tem uma formação multidisciplinar ampla em Oncologia e não apenas restrita a uma única especialidade, estando capacitado a diagnosticar e tratar pacientes oncológicos em todas as fases de suas patologias”, destaca o diretor do Departamento de Urologia do hospital.

A interação com outras áreas fica ainda mais evidente durante os “tumor-boards”, quando o conceito multidisciplinar reflete o espírito de um “cancer center”, discutindo os casos do dia a dia e vivenciando as condutas tomadas na prática. Além disso, os fellows são os responsáveis pela preparação e apresentação dos casos durante discussão por videoconferências com instituições parcei-

ras nacionais e internacionais, como o MD Anderson, a Clínica Alemana do Chile, o Hospital Albert Einstein e o Hospital do Câncer de Barretos. O fellow tem ainda à disposição o programa de Pós-Graduação strictu sensu da Fundação Antônio Prudente, podendo optar pela formação complementar em mestrado e doutorado. Também são estimulados a participar dos congressos nacionais e internacionais e de cursos oferecidos por outros centros no país. “Acreditamos que a troca de experiência só melhora a qualificação desse profissional”, pondera o dr. Gustavo.

Os fellows contam com uma equipe de médicos titulares no Serviço de Urologia composta por 13 especialistas em Uro-oncologia renomados e de intensa atuação na especialidade.

Dentre os pontos fortes deste programa estão a alta tecnológica a que os fellows têm acesso e a alta complexidade da instituição, permitindo o desenvolvimento e consolidação de habilidades, além do elevado volume de pacientes tratados, característico de um centro de referência.

Segundo o dr. Gustavo, “ao percebermos a dificuldade de acesso ao treinamento laparoscópico avançado e robótico, fizemos a opção de focar o treinamento dos fellows nestes tipos

de procedimentos para que possam servir como multiplicadores no mercado de trabalho após a conclusão do programa”. No programa de laparoscopia avançada os fellows executam prostatectomia videolaparoscópica 2D e 3D, nefrectomias parciais e totais, cistectomias, linfadenectomias pélvicas e retroperitoneais, adrenalectomias, entre outros. Desde 2016 o programa incluiu o treinamento em Cirurgia robótica com a certificação do centro de formação da Intuitive Surgical Inc, em Bogotá. Os fellows passaram a realizar essas cirurgias com a supervisão dos “proctors” do Serviço, evoluindo da posição de auxiliar de campo para o de cirurgião de console, saindo aptos a realizarem ao menos a prostatectomia radical robótica ao término do programa.

O serviço conta com dois robôs Da Vinci Si (um deles com dois consoles, facilitando o treinamento), Hifu Focal One, Torre de laparoscopia 3D e amplo parque de equipamentos laparoscópicos e endoscópicos. Até 2017 foram formados doze fellows, que se encontram em atuação em vários estados do país, quatro deles incorporados ao Serviço de Urologia.

Com um volume de consultas ambulatoriais de 32.110 (2017) pacientes atendidos e 2.634 cirurgias realizadas, além das cirurgias executadas no cen-



tro cirúrgico ambulatorial e cistoscopias, os fellows têm a oportunidade de atuar em múltiplos casos diferentes e de aprender com a repetição. Do total de cirurgias realizadas, aproximadamente 650 foram prostatectomias radicais. Desde 2016 não são mais realizadas prostatectomias abertas no Serviço.

As inscrições para as provas em geral abrem em outubro e vão até o final de novembro. As provas são realizadas na primeira quinzena de dezembro e o resultado divulgado no site do AC Camargo Cancer Center e nos comunicados da SBU pela internet.

OPINIÃO DOS FELLOWS

O dr. Éder Silveira Brazão Júnior acaba de concluir o programa de fellowship no AC Camargo Cancer Center. Graduado pela faculdade de Medicina da Unicamp em 2011 e com residência em Urologia concluída em 2017, ele destaca os motivos que o levaram a se interessar pelo Programa. “Primeiro, penso que com a modernização da medicina, há uma tendência cada vez maior à subespecialização dentro da própria Urologia, principalmente nos grandes centros urbanos, tanto para oferecer aos pacientes um tratamento de melhor qualidade, quanto para se destacar de alguma forma no mercado. Dentre todas as subáreas da Urologia, a Uro-oncologia sempre foi a que mais me identifiquei”. Ele também acredita que a Uro-oncologia seja uma das subáreas em que o paciente mais se beneficie da utilização de técnicas minimamente invasivas. Outro ponto que o motivou foi seu interesse por novas tecnologias. “A partir do meu primeiro contato com um console Da Vinci, em um Congresso Brasileiro de Urologia, soube que um dia queria usá-lo. Não imaginava que seria tão intenso e tão rapidamente. A pos-



sibilidade de auxiliar em centenas de cirurgias robóticas e de realizar o treinamento/certificação em Bogotá, foram fatores que pesaram. Finalmente, esse fellowship é uma oportunidade de estar em um dos maiores centros de referência de oncologia da América Latina e compartilhar experiências”, assinala.

O dr. Éder acrescenta que o fellowship contribuiu efetivamente para a sua formação como cirurgião. Segundo afirma “hoje, apesar de ainda subutilizada, a laparoscopia é disponível e factível na grande maioria das cidades. Após esse ano de treinamento, sinto que estou habilitado para realizar procedimentos laparoscópicos complexos com segurança, qualidade e baixo tempo cirúrgico, podendo oferecer um bom tratamento aos meus pacientes em qualquer lugar do país. Já a cirurgia robótica infelizmente ainda está disponível somente em algumas metrópoles, mas creio que sua expansão ocorrerá em curto prazo. Com o fellowship, pude iniciar meu treinamento nessa modalidade cirúrgica que é presente e também futuro”.

O dr. Bruno S. Benigno participou do programa em 2013 e foi

O fellow tem uma formação multidisciplinar ampla em Oncologia, estando capacitado a diagnosticar e tratar pacientes em todas as fases de suas patologias

incorporado à equipe médica do AC Camargo Cancer Center. Para ele, participar do fellowship traz importantes benefícios para a carreira profissional. Como pontos positivos, destaca “a possibilidade de inserção rápida no mercado de trabalho e o diferencial em treinamento em cirurgia robótica, quando comparado aos meus pares urologista de mesma idade. Além disso, permite desenvolver habilidades avançadas em laparoscopia e também proporciona a oportunidade de fazer meu mestrado, dar início ao doutorado e colaborar com publicações científicas”.



UROLOGIA E O CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA

Dr. Carlos Aberto Monte Gobbo, conselheiro do CREMESP e coordenador da Câmara Técnica de Urologia

O Conselho de Medicina é uma autarquia federal que tem por função zelar pela boa prática médica em nosso País. Para isto, suas funções se distribuem em: criar legislação que torne o exercício da medicina ético, humanitário e mais eficiente; fiscalizar as instituições onde ocorra assistência médica; promover ações judicantes, onde investiga, julga e, quan-

do necessário, pune médicos que descumpram as normas por ele emanadas (Código de Ética Médica e resoluções); e realizar ações educativas e de esclarecimento dos médicos e da população, tanto do ponto de vista técnico (cursos de educação continuada) como ético (plenárias temáticas, publicações). Por ser uma autarquia federal, suas contas são auditadas pelo Tribunal de Contas da União.

O Cremesp, para auxiliar os delegados e conselheiros na apuração de fatos relacionados a sindicâncias ou processos em andamento, criou as Câmaras Técnicas de especialidades. Além de emitirem pareceres envolvendo atuação de profissionais médicos relacionados à área, respondem a consultas de médicos que procuram o CRM para tirar dúvidas sobre como proceder de forma correta, tanto no campo técnico

como ético e, por fim, auxiliam o Conselho em projetos de educação continuada nas suas áreas.

A Câmara Técnica de Urologia hoje é composta por urologistas, muitos deles indicados pela SBU-SP. Seus membros são os médicos Celso de Oliveira, Milton Luiz Raphaelli Júnior, Francisco Paulo da Fonseca, Douglas Otto Verndl, Beatriz Helena de Paula Cabral, Riberto Luiz de Siqueira Liguori, Carlos Alberto Monte Gobbo, Oscar Eduardo Hidetoshi Fugita, Flavio Eduardo Trigo Rocha, Daher Cezar Chade e Fernando Korkes

Em levantamento feito em nossos arquivos constatamos, felizmente, que nossa especialidade ocupa a 19ª posição em número de denúncias e processos. Em 2016 e 2017 foram abertas 76 sindicâncias. Delas, 39 ainda estão em apuração, seis foram transformadas em processo e 31, arquivadas

Os casos mais frequentes de denúncia estão relacionados a propaganda em desacordo com as normas do CODAME. Destaca-se nesta modalidade propagandas na área de disfunção sexual promovidas pelas já conhecidas clínicas que frequentemente divulgam material sensacionalista, induzindo as pessoas a acreditarem em fantásticos resultados.

Essa modalidade de propaganda é facilmente encontrada em revistas e jornais de grande circulação, cujos espaços publicitários custam uma fortuna. Destaca-se que quando apuramos quem são os responsáveis técnicos por essas clínicas observamos que na maioria das vezes não são urologistas. (A estatística que apresentamos é baseada na especialidade da ocorrência e não na especialidade do médico.)

No quesito imperícia, negligência e imprudência temos como causa frequente a emergência

urológica, torção de testículo. Da mesma forma que na propaganda sobre disfunção sexual, costuma envolver pronto socorristas e cirurgias gerais. Gostaria de chamar a atenção dos urologistas para alguns pontos, com o objetivo de evitarem se envolver em situações constrangedoras, como responder a um processo ético profissional:

Preserve uma relação médico-paciente respeitosa e que possibilite um bom vínculo de confiança.

Prontuário médico, além de fundamental documento no processo de consulta e acompanhamento do paciente, é uma importante ferramenta na sua defesa em caso de eventual investigação, tanto ética como civil e penal. Consentimento médico informado é primordial, sempre que é proposto um procedimento ao paciente. Deve ser detalhado de forma clara e de alcance à compreensão de um leigo. Não deve se restringir especificamente ao documento em papel, mas também uma explicação pessoal, possibilitando ao paciente esclarecer todas as suas dúvidas. Registre em seu prontuário na data da consulta.

Cuidado com os exageros e precipitações nas condutas. Hoje, em função da relativa segurança e poucos riscos que os procedimentos endourológicos representam e o retorno financeiro que oferecem, são indicados de forma questionável, expondo os pacientes a riscos desnecessários.

Sempre que for fazer alguma divulgação na mídia leiga, procure se informar sobre a legislação, consulte algum representante do CRM, faça uma pesquisa na Codame (Comissão de Divulgação de Assuntos Médicos). Cuidado com os “Cateteres Duplo J”, mantenha um registro de todos os seus pacientes que os estejam usando e o tempo

em que devem ser acionados para retirá-los ou trocá-los.

Estas, de um modo geral, são as recomendações que destacamos em função das situações mais frequentes envolvendo a especialidade que a Câmara Técnica de Urologia do Cremesp tem vivenciado.

O Conselho de Medicina e a Câmara Técnica de Urologia estão à disposição dos colegas para esclarecer outras dúvidas que possam surgir. Basta enviar a consulta para a secretaria do Cremesp por meio do portal do órgão.



Em levantamento feito em nossos arquivos constatamos, felizmente, que nossa especialidade ocupa a 19ª posição em número de denúncias e processos.



MODELOS DE REMUNERAÇÃO MÉDICA

Carlos A. R. Sacomani, urologista e presidente da Comissão de Valorização Profissional da SBU

Recentemente, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) aprofundou a discussão sobre os modelos de remuneração no mercado de saúde. A Sociedade Brasileira de Urologia participa ativamente dos grupos técnicos de remuneração de profissionais de saúde, atenção hospitalar e SADT (Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico). As reuniões são mensais e se iniciaram em janeiro.

A grande questão aqui é a imprevisibilidade dos custos em saúde e a influência do “fee for service” nestes. Tome-se, por exemplo, dois indivíduos do sexo masculino com cálculo ureteral de 7 mm na altura dos vasos ilíacos. Ambos foram admitidos no pronto socorro e submetidos à ureterolitotripsia e colocação de duplo J. O primeiro tem alta no dia seguinte e retorna para retirada do duplo J, após 7 dias. O segundo tem alta dois dias após, retorna duas vezes ao pronto socorro por dor, desenvolve uma pielonefrite, é reinternado, troca o duplo J, recebe antibioticoterapia endovenosa por

48 horas e, finalmente, o retira após 15 dias. A princípio, os dois tinham quadro semelhante, mas evoluíram de maneira diferente. Obviamente, os custos do segundo foram maiores que os do primeiro. No “fee for service” cada etapa e gastos envolvidos no tratamento foram contabilizados e cobrados.

Tanto ANS como operadoras enxergam nesse modelo uma distorção: quanto mais procedimentos, maior a conta. Premia-se o volume e, até mesmo, as complicações. Não há, inclusive, a princípio, análise da performance dos serviços e profissionais participantes do processo. Não vamos aqui discutir se concordamos ou não com essa visão e, tampouco, se o “fee for service” deve ou não continuar como modelo principal. Vamos nos limitar, neste momento a explicar a remuneração médica.

No “fee for service”, o médico recebe pelo que faz. Se ele opera o paciente e este complica e precisa nova reintervenção, é pago por ambos os procedimentos. A ANS e operadoras dizem que o “fee for

service” estimula a indicação de procedimentos, exames, “premia” a complicação (já que o profissional recebe a mais por ela) e se baseia no volume de atendimento, como dito anteriormente.

Diferente do “fee for service”, outro modelo é o “capitation”, em que o profissional recebe para cuidar da carteira de clientes em uma determinada especialidade ou serviço. Dessa forma, o médico recebe um fixo acordado, mensalmente (por exemplo), para resolver todos os problemas daquela carteira. A grande crítica a este modo está na possibilidade de desassistência e queda da qualidade de atendimento. O profissional não se sente estimulado e pode deixar de realizar cirurgias e, até mesmo, limitar a indicação de procedimentos já que não receberá mais por isso. O “capitation” já foi e é, ainda, usado, embora haja sempre a preocupação da assistência inadequada.

Na prática, ANS e operadoras buscam um modelo em que a responsabilidade com os custos seja dividida entre o pagador e o prestador dos serviços. Com isso, considera-

se que haveria mais equilíbrio nas contas e se evitaria o desperdício e o uso irracional dos recursos.

O meio do caminho seria o formato “bundle payment” (pagamento por episódio). Existem várias vertentes e variações desse modelo. No exemplo dos pacientes com cálculo ureteral citado acima e, considerando, apenas uma das possibilidades de “bundle payment” existentes, o médico seria remunerado pela ureterolitotripsia já prevendo o risco de complicações e evolução desfavorável. Contudo, as reintervenções, internações prolongadas e reavaliações que, digamos, ocorreram nos trinta dias subsequentes à ureterolitotripsia não seriam pagas ao profissional. Esse valor já estaria contemplado no pagamento inicial. Obviamente, haveria uma divisão dos riscos. O médico recebe um tanto mais pela cirurgia e fica responsável por dar toda a assistência necessária na evolução desfavorável.

As primeiras experiências com “bundle payment” surgiram na década de 1990. Contudo, ele passou a ser mais discutido na implantação do “Patient Protection and Affordable Care Act”, popularmente conhecido como “Obamacare”. Em 2012, mais de um terço dos serviços norte-americanos já o utilizavam. Os modelos “bundle payment” podem ser mais sofisticados, incorporar vários aspectos da conta hospitalar e serem acoplados a modelos de gestão como o DRG (“Diagnostic Related Groups”). Podemos discutir DRG em outra ocasião.

Há que se considerar que a assistência médica no Brasil tem características diferentes da norte-americana. A relação do médico com as instituições hospitalares, por exemplo, é distinta. Há, ainda, uma grande heterogeneidade entre os serviços nas diversas regiões do país. Além disso, “bundle payment”,

principalmente quando ocorre junto ao DRG, necessita de sistema de informação que permita maior conhecimento da clientela e dos custos.

Existem desvantagens no “bundle payment” que incluem a não indicação de procedimentos no período posterior à cirurgia principal, a redução exacerbada de custos e diminuição dos serviços ofertados com piora da qualidade e o desinteresse em assumir casos mais graves devido à maior possibilidade de má evolução.

Finalizando, há, também, a questão de se avaliar e remunerar a performance e premiar os desfechos satisfatórios nos modelos descritos acima. Mesmo o “fee for service” pode contemplar uma remuneração diferenciada por bons resultados. Esse assunto deixaremos para outra vez.

O momento atual pode ser instável, mas, talvez, configure-se como a melhor oportunidade para discutirmos com fontes pagadoras a real necessidade de melhora dos honorários médicos. O profissional de saúde tem que conviver com a preocupação com custos na medicina moderna, mas há que se ter a noção de que não haverá comprometimento de fato se não houver valorização.



Na prática, ANS e operadoras buscam um modelo em que a responsabilidade com os custos seja dividida entre o pagador e o prestador dos serviços.



SOMOS A PARTE MAIS FRÁGIL DA CADEIA DE CUSTOS

**Armando Abrantes,
vice-presidente da SBU-SP**

Importante tema abordado pelo Dr. Sacomani, a ANS, a exemplo de todas as agências governamentais reguladoras de atividades setoriais essenciais, foca na defesa do consumidor, no nosso caso, nos clientes das grandes operadoras da saúde suplementar.

Vê-se, a cada dois anos, um rol de procedimentos médico-odontológicos que determina coberturas cada vez maiores oferecidas aos clientes, exigindo das operadoras um esforço constante para absorver o grande impacto dos novos procedimentos, novos materiais e medicamentos. Para fechar a conta, mantendo seus lucros, elas renegociam com fornecedores e prestadores, neste caso os hospitais, laboratórios e médicos.

Somos a parte mais frágil da cadeia de custos, a parte mais desunida e, com o número monstro de atuais egressos, seremos em pouco tempo a de maior oferta, sem condições de pleitear melhoras de honorários. O “fee for service” atual, que parte de uma tabela já muito defasada quando medimos nossos procedimentos em equivalência com número de consultas, ficará pior quando a ANS impuser o “capitation”, já praticado amplamente em nosso estado, tanto na capital, como nas maiores cidades do interior, onde a oferta de profissionais é maior.

Conclamamos os colegas a abraçar esta discussão, a se posicionar e atuar de forma a minorar o impacto que estas medidas, que certamente surgirão, vierem a causar. Faremos discussões de todos estes temas em nossos eventos oficiais, tanto estaduais como regionais, e convocamos todos os colegas a participar.

CICLISMO E DISFUNÇÃO ERÉTIL: UMA CONVERSA NECESSÁRIA

Samy Tarnovschi é médico urologista

Disfunção erétil não é um tópico que habitualmente deveríamos pensar, principalmente quando exercemos uma atividade buscando bem-estar físico, mental e social. No entanto, é uma questão que todos os ciclistas homens deveriam ter ciência.

Entre 50% e 91% dos ciclistas experimentam algum tipo de dormência genital durante o ciclismo. Esse entorpecimento é causado quando o selim da bicicleta comprime o seu períneo.

Enquanto o entorpecimento em si pode trazer desconforto, a preocupação é que a compressão perineal em homens pode ter um impacto a longo prazo mais significativo: a disfunção erétil (DE). Devemos fazer as seguintes perguntas: quanto devemos nos preocupar com a DE? O que os estudos dizem exatamente? E o que podemos fazer para reduzir os riscos da DE associada ao ciclismo?

COMO TUDO COMEÇOU

As preocupações com uma possível relação entre ciclismo e DE começaram a ser levantadas em meados de 1997, em artigo publicado na revista *Bicycling*. Dr. Roger Minkow (médico interessado em produtos ergonômicos), considerado por muitos como um pioneiro do selim moderno, lembra que o artigo citava as observações do dr. Irwin Goldstein estimando que em torno de 100 mil homens já estariam sofrendo de disfunção erétil causada pela prática do ciclismo. Naquela ocasião, muitas pessoas não

acreditaram nos números apresentados, mas o artigo chamou a atenção para um problema que estava sendo mais ou menos mantido em segredo.

Esse artigo levou o dr. Minkow a se aprofundar no estudo do problema. Ele dedicou seu tempo a aprender mais sobre a anatomia humana, para entender quais partes do quadril de um ciclista não poderiam ser comprimidas pelo selim. E ele não estava estudando sozinho esse tema. O dr. Frank Sommer também trabalhava com ciclistas e avaliava o fluxo sanguíneo peniano durante a atividade física. A partir daí passou a projetar os selins de acordo com as observações obtidas. As avaliações eram semanais e os recortes do selim seriam modificados de acordo com o que observava.

O pressuposto de ambos era que o fluxo sanguíneo reduzido para o pênis (causado pelo efeito de esmagamento do selim da bicicleta) resultaria em dano tecidual e, por sua vez, teria o potencial de alterar o fluxo sanguíneo necessário para alcançar e manter uma ereção saudável. Durante cerca de 20 anos o dr. Minkow trabalhou com a SPECIALIZED (marca americana de bikes e acessórios), usando medidas de fluxo sanguíneo peniano para ajudar a orientar o desenho de uma série de selins. Ele foi a força motriz por trás do desenvolvimento das duas linhas de sela mais populares da empresa: o Romin (nomeado em sua homenagem - ROger MINKow) e o Poder.

Os selins que o dr. Minkow desenhou não apenas venderam bem – 500 mil unidades foram comercializadas apenas no primeiro ano – como mudaram a cara do mercado de selins. Passados vinte anos, é raro uma marca de selim que não ofereça um modelo projetado para reduzir a compressão perineal.

O QUE SABEMOS AGORA

A venda de selins para reduzir a pressão perineal é um fato, mas o que as pesquisas dizem sobre o quanto desse problema é a pressão? Devemos todos pedalar com selins recortados? Houve muita pesquisa nas últimas décadas, considerando as possíveis relações entre o ciclismo e DE. Alguns estudos sugerem que o ciclismo realmente aumenta o risco de DE, enquanto outros sugerem que essa relação não existe.

Um dos trabalhos mais citados foi publicado em 1997, após K.V. Andersen e G. Bovim analisarem ciclistas no *Styrkeproven* (Great Tour of Strength), uma corrida de bicicleta amadora anual de 15 horas e 540 km, realizada na Noruega. Eles descobriram que cerca de 20% dos participantes sofreram dormência peniana depois da corrida, com um terço deles apresentando dormência por mais de uma semana.

Uma revisão de literatura em 2010 de Frank Sommer e Irwin Goldstein também foi preocupante, sugerindo “existir uma relação significativa entre a compressão perineal induzida pelo



ciclismo levando a danos vasculares e neurogênicos nos homens e desenvolvimento de DE". Entretanto, um estudo realizado em 2014 por pesquisadores do Reino Unido ofereceu uma perspectiva diferente. No maior estudo desse tipo, 5.300 ciclistas masculinos completaram um questionário detalhando seus hábitos de condução e quaisquer sintomas de DE ou infertilidade. E a conclusão foi que não havia evidências de "uma relação causal simples entre volume de ciclismo, DE e infertilidade" 4.

PESQUISA EM ANDAMENTO

O dr. Minkow está à frente de uma equipe de pesquisadores da Universidade de Stanford para realizar novas pesquisas envolvendo 1.150 homens e 150 mulheres. O estudo ainda está em andamento e será feito por cerca de um ano. É aberto a homens e mulheres em todo o mundo, com idade igual ou superior a 18 anos, e compreende um questionário on-line que pode ser respondido em aproximadamente 15 minutos. Os usuários são indagados sobre selins que usaram nos últimos anos, seu histórico de atividade, bem como quaisquer problemas sexuais que possam ter encontrado.

O objetivo é determinar se há uma relação entre os selins que as pessoas estão usando e a prevalência de DE. Ainda é precoce dizer quais selins ou projetos de selins representam maior risco, mas Minkow e Eisenberg parecem ter feito várias outras descobertas importantes. O estudo revela que alguns dos sintomas não se correlacionam necessariamente com a disfunção erétil.

O selim é o principal apoio entre o ciclista e sua bicicleta. Portanto, tem que ser extremamente adequada.

A dor não é necessariamente correlativa neste ponto do estudo, mas o entorpecimento sim é correlativo se estiver no pênis. Se estiver em outras áreas do períneo, porém, não necessariamente se correlacionaria com DE, mas existe, sim, uma ligação definitiva entre entorpecimento no pênis e disfunção erétil. Eles também encontraram uma correlação entre um maior volume de horas de prática do ciclismo e DE. Mais de 10 horas por semana implica em um risco maior.

Enquanto os resultados do estudo de Stanford estão longe de ser publicados, Minkow já está olhando para a próxima geração de projetos de novos selins. Ele tem trabalhado com um fabricante de pequenos componentes na Suíça chamado ERE Research, desenvolvendo uma nova gama de selins.

O QUE VOCÊ PODE FAZER

Como tudo isso afeta o ciclista no dia a dia? O quanto devemos nos preocupar com DE? Acredita-se, como

tópico principal, ser necessário saber se o indivíduo tem ou não alguma dor ou entorpecimento durante ou depois de andar de bicicleta. Ciclistas que não apresentem sintomas, provavelmente não estão em grande risco. A dica que fica é: se você é um ciclista habitual e nota certa dormência na região perineal, troque de selim e/ou faça um ajuste em sua bicicleta através de um bikefitter (profissional de educação física especializado em ajustar suas medidas com as da bicicleta – seria o “alfaiate” da bike) de confiança e faça com que esses sintomas desapareçam. O selim é o principal apoio entre o ciclista e sua bicicleta. Portanto, essa plataforma tem que ser extremamente adequada. Uma simples mudança de selim pode repercutir nos joelhos e em toda a coluna (lombar e cervical) e, por isso, um ajuste global deve ser valorizado.



COMO REDUZIR SEU RISCO DE DISFUNÇÃO ERÉTEL

- Procure variar sua posição na bicicleta. Saia do selim de vez em quando; mova-se no selim quando estiver sentado.
- Obtenha um ajuste na bicicleta. Entre outras coisas, isso garante que seu selim não seja muito alto ou inclinado muito acima na frente.
- Uma conversa e um ajuste global com um profissional de Bikefit é o mais adequado.
- Se você estiver sentindo dormência ou dor ao andar de bicicleta, faça uma mudança imediatamente. Experimente um selim recortado para ver se isso interrompe os sintomas.

REFERÊNCIAS

1. The vicious cycling: bicycling related urogenital disorders. Leibovitch I, et al. Eur Urol.2005
2. Specialized Power saddle review (by CyclingTips) 03/2015. Roger Minkow consulting, rogerminkow.com
3. Impotence and nerve entrapment in long distance amateur cyclists. Andersen KV, et al. Acta Neurol Scand.1997.
4. Bicycle riding and erectile dysfunction: a review. Sommer F, et al. J Sex Med. 2010.
5. An observational study of erectile dysfunction, infertility, and prostate cancer in regular cyclists: cycling for health UK study. Hamer, M et al. Journal of Men's Health , 2014
6. CyclingTips, 12/2017. Matt de Neef

VIVENDO NO MAR

Fernando Korkes é médico urologista.



Aos poucos, a família inteira pegou o gosto pelo mar, e o balanço do barco já faz parte da vida.

Esportes náuticos fizeram parte de minha vida desde sempre. Esqui aquático, vela, surf, remo. Foram e continuam sendo o meu maior lazer. E qualquer modalidade destes: wakeboard, sola, laser, windsurf, kite surf. Estando na água sempre fiquei feliz. Mas nem sempre é fácil arrumar amigos que topem os mesmos programas. E após casar e ter filhos, o legal passa a ser trazer a família para gostar das mesmas coisas, o que também nem sempre é fácil.

Medo de água, enjoos, preguiça ou falta de interesse muitas vezes falam mais alto e fica difícil praticar estas atividades, que em geral tomam bastante tempo, sem abrir mão do convívio com a família. Uma forma que encontramos de criar este gosto em todos e permitir um convívio familiar e com amigos foi morar em um veleiro por um curto período. Já tinha tido diversas experiências destas desde minha infância, mas confesso que não foi fácil convencer minha mulher, a Ligia, e arrumar amigos que topassem este programa.

Na primeira vez fomos para o sul da França, na região da Cote D'azur, e alugamos um monocasco Beneteau de 40 pés. É uma região linda, que tem o charme da França e comidas e bebidas da melhor qualidade. O astral de Saint-Tropez ou o pôr do sol na ilha de Porquerolles embarcados, tomando champanhe e comendo queijos são experiências marcantes. Na Europa, conseguir uma vaga para uma embarcação é difícil e caro. Por esse motivo muitos proprietários de barcos preferem alugá-los quando não os estão utilizando. Acaba sendo um programa acessível, menos custoso do que muitos hotéis.

Em geral contrata-se um skipper, marinheiro que acompanha a tripulação. O skipper pode fazer todo o trabalho e ser o capitão da embarcação, ou apenas funcionar como um marinheiro, de acordo com a experiência da tripulação contratante. Dependendo da região e da preferência, pode-se aumentar o luxo e contratar cozinheira também. Na última viagem, junto com um amigo experiente, o Edu Rossi, alugamos um catamaran Moorings 45 pés. E desta vez fomos só nós e nossas famílias, sem skipper. Viajamos para as Ilhas Virgens Britânicas, um paraíso. No barco levamos boias para as crianças, prancha de stand up paddle, equipamento de kite surf, de mergulho, de scuba e de rapel para brincar com os jovens de escalar o mastro do veleiro. À noite, observar uma chuva de meteoros no céu estrelado, brincar de caça ao tesouro com as crianças ou simplesmente conversar ao luar criam memórias inesquecíveis.

Aos poucos, a família inteira pegou o gosto pelo mar, e o balanço do barco já faz parte da vida. Antes da viagem cada um estuda um pouco sobre o país e reunimo-nos para definir as rotas que faremos, o que levaremos, as compras de mantimentos.

Em 2018 nosso Moorings 50 pés já nos espera em Belize para mais uma semana. Olivia com 9 anos, Benjamin com 7 anos e Guilherme com 4 estão ansiosos para chegar logo a data da viagem.



ALGUMAS DICAS:

- Em Ilhabela, a cerca de 200 quilômetros de São Paulo, também é possível alugar charter. Há escolas de vela, onde pode-se fazer cursos. A BL3 tem um bom curso de vela oceânica e permite vivenciar por um final de semana a experiência da vida em um veleiro. (<http://www.bl3.com.br>).
- No site da Moorings.com é possível ver barcos e destinos. Há diversas outras empresas na Europa, no Caribe e mesmo em outras regiões do Brasil que fazem charter.
- Para quem gosta de pesca, é importante saber que cada país tem uma legislação específica. Em alguns é necessário obter uma licença para poder pescar.
- Um suprimento de anti-eméticos (plasil, dramin, vonau) e uma boa maleta de primeiros-socorros são importantes para assegurar o bem-estar de todos. O patch de escopolamina (Transderm Scop) é uma boa forma de combater as náuseas. É um pequeno adesivo redondo que é colado atrás da orelha e trocado a cada três dias. Pode ser encontrado no exterior ou em sites de importação de medicamentos.

EM SETEMBRO ACONTECE O XV CONGRESSO PAULISTA DE UROLOGIA



Entre os dias 6 e 8 de setembro deste ano será realizado o XV Congresso Paulista de Urologia, no WTC Eventos, de São Paulo. Segundo assinalou o dr. Flavio Eduardo Trigo Rocha, presidente da SBU-SP, o evento deve ser o terceiro mais importante da especialidade em âmbito mundial. De acordo com os organizadores, até agora treze convidados estrangeiros confirmaram participação no Congresso, que terá como tema Urologia – Presente e Futuro.

A programação incluirá palestras e debates sobre as diferentes áreas da Urologia, como Uro Oncologia com ênfase em tumores de próstata,

rim e bexiga; disfunções miccionais e incontinência urinária com ênfase em bexiga hiperativa; novas drogas e novas tecnologias; incontinência de esforço em mulheres e incontinência pós prostatectomia em homens; avanços no tratamento cirúrgico; hiperplasia prostática benigna: diagnóstico, tratamento clínico e cirúrgico; medicina sexual: disfunção erétil e reposição hormonal em homens; litíase e endo-urologia: tratamento minimamente invasivo da litíase renal e ureteral; cirurgia robótica e laparoscópica em Urologia: estado atual e novas indicações, e urologia de consultório: doenças mais frequentes na rotina de consultório, sua avaliação e tratamento.

AS INFORMAÇÕES PODEM SER OBTIDAS NO SITE DO CONGRESSO:
WWW.CONGRESSOPAULISTADEURO2018.COM.BR

PROTEUS



Um dos mais completos e concorridos cursos de preparação para a prova de título de especialista da Sociedade Brasileira de Urologia, o PROTEUS Intensivo, vai acontecer neste ano entre os dias 11 e 13 de abril, no Centro de Convenções Rebouças. Ao completar 20 anos de existência, o evento atrai participantes de praticamente todos os estados do país e supera o número de inscritos a cada edição. Por essa razão, é importante que os interessados se inscrevam o quanto antes, para garantirem suas vagas.

INFORMAÇÕES NO SITE PROTEUSINTENSIVOSBU.COM.BR

48ª REUNIÃO DA INTERNATIONAL CONTINENCE SOCIETY (ICS)

A cidade de Filadélfia vai sediar, entre os dias 28 e 31 de agosto, a 48ª Reunião Anual da International Continence Society (ICS). O programa científico do evento pretende reunir um grupo multidisciplinar, incluindo urologistas, ginecologistas, neurologistas, enfermeiros, fisioterapeutas e fisiologistas. Os tópicos da programação versarão sobre fisiopatologia, diagnóstico e tratamento nos campos da incontinência urinária e disfunção do trato urinário inferior e do assoalho pélvico, como síndrome da bexiga dolorosa, prolapso, bexiga hiperativa e hipoativa. Na próxima edição do BIU serão publicadas mais informações sobre o evento e sobre a cidade de Filadélfia, onde será realizado o encontro.

INFORMAÇÕES NO SITE ICS.ORG/2018



URO-ONCO LITORAL 2018

Diante dos resultados positivos alcançados no ano passado com a realização do primeiro Uro-Onco Litoral, que teve a participação de mais de 300 especialistas, a SBU-SP dará continuidade à iniciativa. De 2 a 4 de novembro deste ano acontecerá, no Guarujá, o Uro-Onco Litoral 2018. Durante o evento serão discutidas novas tecnologias e tratamentos para combater o câncer de próstata, testículo, pênis, bexiga e rim. Os organizadores acreditam que neste ano se repetirá ou aumentará a aceitação do evento, que na primeira edição atraiu profissionais de diversas localidades do país, como Bahia, Distrito Federal, Goiás, Minas Gerais, Pernambuco, Santa Catarina e Rio de Janeiro, além do estado de São Paulo.



INFORMAÇÕES NO SITE SBU-SP.ORG.BR

SÃO PAULO, UMA CIDADE TAMBÉM PARA SE DIVERTIR

São Paulo tem a sua imagem associada ao trabalho. Tempos atrás, era conhecida como “a cidade que não pode parar”. Quem a observa de longe ou apenas de passagem pode até se assustar com seus congestionamentos, suas largas avenidas, suas dimensões. Mas olhando de perto ou permanecendo por alguns dias, percebe-se sua face mais humana. A grande metrópole é também um lugar de entretenimento.

Quem vier à cidade para o XV Congresso Paulista de Urologia e decidir aproveitar para conhecer os atrativos de São Paulo terá uma gama extensa de alternativas de cultura, lazer e, ponto forte, gastronomia.

Há um grande número de museus, centros culturais e salas de espetáculos. O MASP, por exemplo, na avenida Paulista, é um dos ícones paulistanos, não apenas pelas exposições que realiza, mas também pela sua arquitetura. Aliás, caminhar pela Paulista é, por si, uma oportunidade de conhecer a mais emblemática de suas vias. Nela há vários museus e centros culturais, cinemas e até mesmo um parque, o Trianon, um oásis de tranquilidade encravado nessa vibrante artéria. Para quem aprecia música clássica, a Sala São Paulo (construída junto à antiga estação de trem Júlio Prestes) e o Theatro Municipal (inaugurado em 1911) costumam oferecer programações durante todo o ano. E se não tiver apresentação, uma visita aos locais já é altamente compensadora. São construções antigas, muito bem preservadas.

A gastronomia é outro ponto alto para quem visita São Paulo e gosta de comer bem. Há restaurantes para todos os gostos e das mais variadas procedências. Do movimentado Mercado Municipal, berço dos tradicionais sanduíches de mortadela e pastel de bacalhau, a sofisticados restaurantes, cantinas italianas e casas japonesas.

São Paulo é, mesmo, uma cidade que não para. Inclusive não para de surpreender seus visitantes.



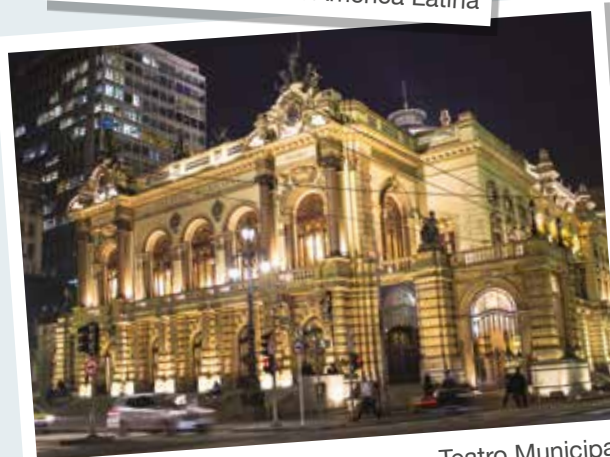
Estação da Luz



MASP, na Avenida Paulista



Memorial da América Latina



Teatro Municipal



XV Congresso
Paulista de **Urologia**
SAVE THE DATE!

06 a **08** setembro 2018
São Paulo | WTC

congressopaulistadeuro2018.com.br

