

**PONTO DE VISTA**

## DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO MICROPÊNIS



**XVI  
Jornada  
Paulista de  
Urologia**  
PROGRAMAÇÃO  
COMPLETA



### Entrevista

Dr. Marco Antônio Gonçalves,  
urologista e padre



### Além da Urologia

O que são  
cuidados paliativos?



### Fique Sabendo

A situação do transplante  
renal no Brasil

**Título:** Um Estudo Randomizado de Fase 3 que Compara a Combinação de Nivolumabe e Ipilimumabe versus Placebo em Indivíduos com Carcinoma de Células Renais Localizado Que Foram Submetidos a uma Nefrectomia Radical ou Parcial e Que Têm Alto Risco de Recidiva

**Inclusão de pacientes:** Aberto

**CA209-914**

**Órgão emissor:** Bristol-Myers Squibb

**NCT03138512**

**Órgão emissor:** ClinicalTrials.gov Identifier

**Nº 68228417.8.1001.5437**

**Órgão emissor:** Plataforma Brasil - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE)

**Condição de saúde:** Câncer renal

**País de recrutamento:** Estados Unidos, Alemanha, Bélgica.

**Critérios de Inclusão:**

- Tumor renal que tenha sido completamente ressecionado e a nefrectomia deve ocorrer não antes de 4 semanas e  $\leq$  12 semanas antes da randomização
- Seguintes estágio TNM patológico: pT2a, G3 ou G4, N0 M0; pT2b, G qualquer, N0 M0; pT3, G qualquer, N0 M0; pT4, G qualquer, N0 M0; pT qualquer, G qualquer, N1 M0
- Tumores após procedimento de nefrectomia que mostrem CCR com uma histologia predominantemente de células claras, incluindo participantes com características sarcomatoides

**Critérios de exclusão:**

- Participantes com uma doença autoimune ativa, conhecida ou suspeita
- Histórico conhecido de teste positivo para o vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)
- Qualquer condição psiquiátrica ou clínica séria ou severa, aguda ou crônica ou anormalidade laboratorial que possa aumentar o risco associado com a participação no estudo
- Participantes com condição que exija tratamento sistêmico com corticosteroides
- Outros critérios de inclusão/exclusão definidas pelo protocolo podem aplicar.

Esta é a primeira edição do BIU em 2019 e começamos renovando o empenho e motivação em oferecer conteúdo objetivo, técnico, qualificado e imparcial, de real interesse de nosso associado. Esperamos, com isso, que ao final, o leitor fique convencido de que não pode deixar de ler a próxima edição.

Ressalto nesta edição o relatório da evolução financeira de nossa seccional nos últimos anos, fruto da implementação de novos conceitos e rotinas administrativas, descritas pelo nosso tesoureiro, dr. Iderpól Leonardo Toscano Jr.

A entrevista com o padre urologista dr. Marco Antônio é algo de difícil descrição. Ela nos traz um misto de orgulho, emoção e paz. Imperdível.

A seção “Ponto de Vista” aborda “pênis pequeno”, tema polêmico associado a grande ansiedade e insegurança no paciente ou seus pais, quando se trata de crianças. O urologista recebe com frequência este tipo de paciente e deve saber conduzir o diagnóstico, esclarecer e estabelecer tratamento se necessário. O tema é abordado de forma didática e objetiva pelos professores Miguel Zerati e Carlos Longui, a quem agradeço imensamente a dedicação. Este BIU deve ficar à mão, na gaveta do consultório, por conta desta matéria.

A Jornada Paulista de Urologia está chegando e já podemos planejar nossa agenda analisando a programação cuidadosamente preparada pelo dr. José Carlos Truzzi.

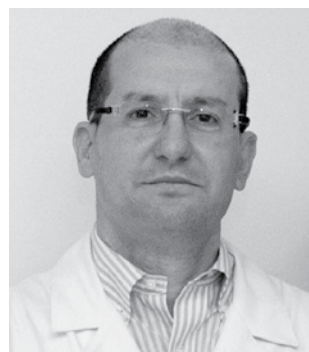
Em “Aprimoramentos” trazemos o já tradicional e bem estruturado fellowship em Laparoscopia e Endourologia da Faculdade de Medicina de Botucatu capitaneada pelo dr. Oscar Fugita.

Dra. Fabiana Campos nos define e atualiza sobre Cuidados Paliativos. O prof. José Medina e o dr. Renato Forrester nos trazem dados objetivos da situação, evolução e perspectivas do transplante renal no Brasil.

Terminamos com o dr. Márcio Rezende nos explicando o que é e como funciona uma confraria gastronômica na seção Sem Estresse. Esta edição tem tanto conteúdo interessante que poderia ter sido dividida em duas!

Luís Gustavo Morato de Toledo  
**Editor do Biu**

dr.luisgtoledo@gmail.com | 11 99639-5014



Luís Gustavo  
Morato de Toledo

## COEDITORES DO BIU



FERNANDO  
KORKES



SANDRO  
NASSAR



WALTER  
COSTA



Boletim de Informações Urológicas • Janeiro / Fevereiro 2019

## 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 Gentille Stefano

Alexandre Cesar Santos

Vicente de Paula Cirio Nogueira

### Editor do BIU

Luís Gustavo Morato de Toledo

### Coeditores

Fernando Korkes, Walter Henriques da Costa

e Sandro Nassar Cardoso

### Departamento Uroneuro

Thiago Souto Hemerly

### 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.

ISSN 2595-3427

### 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.



# 16

## PONTO DE VISTA

Diagnóstico e tratamento do micropênis

# 38

## ALÉM DA UROLOGIA

O que são cuidados paliativos?



# 40

## FIQUE SABENDO

A situação do transplante renal no Brasil

## ESPECIAL

Programação da XVI Jornada Paulista de Urologia

# 24

**6**

**SBU E  
VOCÊ**

**12**

**ENTREVISTA**

**36**

**APRIMORAMENTO**

**44**

**SEM  
ESTRESSE**



# RELATÓRIO FINANCEIRO DA SBU-SP

ACOMPANHE A SITUAÇÃO  
FINANCEIRA DA SBU-SP POR MEIO  
DO DEMONSTRATIVO BANCÁRIO  
DE MARÇO E AS DESPESAS  
ADMINISTRATIVAS REFERENTES  
A FEVEREIRO DE 2019.

texto: Tesouraria SBU-SP

## Prezado associado,

A Diretoria da SBU-SP apresenta a relação de despesas administrativas para a manutenção das sedes da entidade e para a realização das atividades de interesse dos associados. Também é publicada, como em toda edição do BIU, a posição financeira da entidade referente a 15 de março de 2019.

Os custos administrativos se mantêm equilibrados e o saldo bancário permanece positivo.

A Diretoria da SBU-SP está à disposição dos associados para esclarecer eventuais dúvidas referentes aos dados aqui apresentados.

### REFERÊNCIA: FEVEREIRO/2019

DESPESAS	VALOR
Advogado Peppe Bonavita	R\$ 2.744,50
Magnitude Assessoria imprensa	R\$ 2.930,00
Condomínio sede Augusta	R\$ 1.039,00
Condomínio sede Tabapuã	R\$ 2.042,89
Convênio funcionários	R\$ 3.026,32
Energia sede Tabapuã	R\$ 283,90
Copy Service	R\$ 100,00
IPTU sede Augusta	R\$ 152,35
IPTU sede Tabapuã	R\$ 807,81
Ligue Táxi	R\$ 1.556,17
Limpidus	R\$ 551,85
Motoboy SW	R\$ 650,00
Salário Funcionários	R\$ 5.851,38
Tributos folha funcionários	R\$ 5.125,96
Site Unimagem	R\$ 5.039,75
Tectray serv. T.I	R\$ 830,00
Telefonia + Cel. Corporativo	R\$ 522,28
VR Funcionários	R\$ 1.670,40
VT Funcionários	R\$ 526,30
Tarifas bancarias	R\$ 150,00
Uol Provedor internet	R\$ 63,84
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 35.664,70</b>

### SBU – SECÇÃO SÃO PAULO – 15/03/2019

#### SALDOS BANCÁRIOS

Conta Eventos	68.525-1	R\$ 511.565,74
Conta Administrativa	71.322-8	R\$ 2.942,40
<b>SALDO ATUAL</b>		<b>R\$ 514.508,14</b>
<b>APLICAÇÕES</b>		
Aplicação (Eventos)	MAX DI/Compromissada DI	R\$ 681.928,70
Aplicação (SBU-SP)	Fundos	R\$ -
<b>TOTAL</b>		<b>R\$ 1.196.436,80</b>



## SBU-SP OFERECE INFORMAÇÕES CIENTÍFICAS A PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DO MAIS MÉDICOS

**A** Associação Paulista de Medicina decidiu auxiliar os médicos que se inscreveram para ocupar as vagas deixadas pelos profissionais cubanos no programa Mais Médicos, oferecendo informação técnico-científica e apoio à decisão clínica. Para tanto, conta com suporte das Sociedades de especialidades que compõem seus departamentos científicos. A SBU-SP foi uma das primeiras a apoiar a iniciativa, fornecendo informações no âmbito da

Urologia. Para tanto, a APM criou este hot site, destinado aos profissionais com CRM válido no Brasil que atuem no âmbito do Mais Médicos. Os materiais científicos são disponibilizados na área restrita. O cadastro é gratuito e pode ser feito rapidamente.

Futuramente, também será criado um canal de comunicação para que os médicos enviem suas dúvidas, que serão respondidas por especialistas, cabendo à SBU-SP esclarecer os questionamentos relacionados à Urologia.

# EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA AS ELEIÇÕES DA SECCIONAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA DO ESTADO SÃO PAULO

**D**e acordo com o Estatuto Social da Sociedade Brasileira de Urologia vigente, vem o presente Edital informar, e ao final convocar, a todos os sócios que estão abertas as inscrições para eleição de Diretoria da Seccional – São Paulo – da Sociedade Brasileira de Urologia para o Biênio 2020 / 2021.

Foi eleita a Comissão Eleitoral para o presente pleito, composta dos seguintes membros titulares desta Seccional: Presidente da Comissão Eleitoral o Dr. Anuar Ibraim Mitre; Membros da Comissão Eleitoral, os Drs. Amílcar Martins Giron e Cristiano Mendes Gomes.

A candidatura para a Diretoria da Seccional São Paulo deverá ser apresentada através de chapa conjunta contemplando todos os cargos, em comunicado escrito e assinado por todos os seus integrantes, sendo compostas por membros titulares que estejam em pleno gozo de seus direitos estatutários, diretamente na sede da Seccional até o dia 18/04/2019 às 18h00min horas ou por e-mail – sbu.sp@uol.com.br

A inscrição será aceita mediante preenchimento de todos os requisitos e assinaturas de todos os membros da chapa, até a referida data. Caberá a Comissão Eleitoral verificar a correta inscrição da chapa e de

seus membros, homologando, ou caso haja alguma irregularidade, oferecer prazo para saná-lo, conforme previsto no Estatuto Social da Sociedade.

Convocamos todos os sócios, neste ato, para Assembleia Eleitoral que se realizará no sábado, na sede da Seccional, situada à Rua Tabapuã, 1.123 – Cj 101, tendo início às 08h00min horas e encerramento às 18h00min horas do dia 13/07/2019, devendo os votos serem depositados na urna de votação até às 17h59min horas, a partir de quando será encerrada a votação e iniciada a apuração dos votos.

Os senhores membros titulares, sócios e remidos desta seccional poderão votar – desde que adimplentes com suas obrigações sociais – pessoalmente, no dia e hora da referida Assembleia, acima descritos, ou enviar seu voto pelo correio, através de cédula oficial, rubricada pelo presidente da comissão eleitoral e pelo fiscal de cada chapa, que será enviada a todos pelo correio.

Não serão aceitos votos por procuração, por correspondência que não forem entregues pelo correio através de cédula oficial enviadas pela Seccional, conforme determina o Estatuto.

São Paulo, 18 de março de 2019



Flavio Eduardo Trigo Rocha  
**Diretor Presidente – Seção São Paulo**  
Gestão 2018-2019





## SAIBA O QUE FOI TRATADO NA **11ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA DIRETORIA DA SBU-SP**

**N**o dia 2 de fevereiro foi realizada, na sede da SBU-SP, a 11ª Reunião Ordinária da Diretoria (gestão 2018/2019). De início, o presidente da SBU-SP, dr. Flavio Eduardo Trigo Rocha, pediu que o 1º tesoureiro da entidade, dr. Iderpól Leonardo Toscano Jr., fizesse uma exposição sobre a situação financeira da Sociedade, com a leitura dos saldos bancários. Segundo informou, somados os recursos da conta de eventos e da conta administrativa, tinha-se naquela data um total de aproximadamente R\$ 91 mil. Já o saldo aplicado na ocasião superava os R\$ 738 mil. O dr. Iderpól apresentou, também, relatório detalhando todas as contas pagas até aquele momento, inclusive as prestações já quitadas para a locação do espaço no Hotel WTC, onde acontecerá o Congresso Paulista de Urologia de 2020, e as contas de outros eventos programados pela entidade para este ano.

O dr. Flavio Trigo adiantou que a organização do PROTEUS está bem esquematizada e os patrocínios foram acertados. O presidente também informou que

será realizado um curso de Urodinâmica e de Fisioterapia dentro da programação do PROTEUS. Ainda em relação ao evento, está tudo encaminhado para a 2ª edição do livro do PROTEUS, em fase de revisão do conteúdo para diagramação. A Manole irá filmar todo evento, conforme acordado. O presidente da SBU-SP disse que serão realizados dois cursos na Ethicon de Laparoscopia. O dr. Alexandre Cesar Santos será o responsável, juntamente com a Ethicon.

O presidente ressaltou que a entidade apoia o projeto de renovação do Mais Médicos e manterá um link para o site da SBU-SP na página da APM para oferecer suporte científico aos médicos interessados. O dr. Flavio Trigo acrescentou que acha muito importante a aproximação com a APM, principalmente na pauta sobre honorários médicos.

Os diretores presentes escolheram o hotel Parque Balneário entre as três opções apresentadas para a realização do III Uro Onco Litoral 2019. Foi apresentada, ainda, a programação científica da Jornada Paulista de Urologia (reproduzida nesta edição do BIU).

## FINANÇAS SAUDÁVEIS

**O** fortalecimento da saúde financeira da SBU-SP na gestão na anterior – a partir do início de 2016 – e na atual (2018-2019) vem permitindo à diretoria da entidade organizar as atividades com antecedência, negociar os custos dos eventos em melhores condições e, principalmente, planejar iniciativas para oferecer aos associados novas opções de aprimoramento profissional e reciclagem.

Conforme explica o 1º Tesoureiro da SBU-SP, dr. Iderpól Leonardo Toscano Jr., que participa da Tesouraria desde o início da gestão do dr. João Luiz Amaro (2016-2017), o caminho para chegar à atual situação foi árduo, mas contou com a determinação da diretoria para controlar rigorosamente todos os custos, negociar diretamente com fornecedores e garantir que os eventos organizados mantivessem qualidade elevada ao menor custo possível.

Ele lembra das dificuldades enfrentadas quando, no início de 2016, assumiram a direção de Sociedade tendo em caixa aproximadamente R\$ 170 mil e com a incumbência de organizar o PROTEUS – que aconteceria cerca de três meses depois – e o Congresso Paulista de Urologia, planejado para setembro daquele ano e com um custo estimado superior a R\$ 3 milhões. Além disso, as despesas mensais com a sede eram de R\$ 28 mil.

“Esse cenário nos deixou muito preocupados e com pouco poder para baixar custos. Mantivemos a empresa que tinha organizado os úl-

timos congressos, pois não tínhamos tempo hábil para fazer uma licitação”, lembra o dr. Iderpól. A tática adotada foi garantir que os eventos fossem realizados com os mesmos custos dos anteriores e que a qualidade fosse no mínimo igual à dos anteriores. Coube ao dr. Amaro conversar pessoalmente com cada patrocinador, procurando melhorar as verbas, e ao dr. Iderpól dialogar com a empresa contratada para organizar o evento e com os fornecedores para assegurar a manutenção dos custos e da qualidade.

Apesar do pouco tempo disponível para organizar o PROTEUS, o evento proporcionou um lucro de R\$ 27 mil. Nos anos seguintes, contando com a experiência acumulada nas edições anteriores, esse lucro aumentou para R\$ 51 mil (2017) e R\$ 97 mil (2018). Já em relação ao Congresso Paulista de Urologia, em 2016 o saldo positivo foi de R\$ 1,1 milhão e o lucro da edição de 2018 superou os R\$ 2,3 milhões. Esse desempenho beneficia não apenas a seccional paulista, mas a entidade em âmbito nacional, pois o estatuto de Sociedade estipula que 25% do resultado do CPU deve ser destinado à SBU nacional.

O direcionamento dado para a organização do Congresso Paulista de Urologia de 2018 pode ser considerado emblemático da filosofia de gestão implantada pelas duas diretorias. Negociar diretamente com patrocinadores – que na última edição coube ao dr. Trigo – e fornecedores – papel novamente desempenhado pelo dr. Iderpól – e procurar sempre a melhor equação entre custo e qualidade em

benefício dos interesses da Sociedade. Até mesmo a definição da empresa responsável pela organização passou a ser feita por esse critério, a partir da abertura de concorrência com a participação de três empresas interessadas. Venceu a que ofereceu menores custos, com qualidade do serviço igual ou superior à conseguida nos congressos anteriores. Além disso, o pagamento antecipado dos eventos, como acontece para o próximo Congresso Paulista a ser realizado em 2020, permitiu obter ótimas condições de preços bem como manter o evento no World Trade Center, uma vez que outras Sociedades já se interessavam por realizar seus congressos na mesma data e nesse local.

Essa prática também foi aplicada, por exemplo, na edição do BIU. Os custos de edição passaram a ser negociados diretamente pela diretoria – houve redução de aproximadamente 30% dos gastos – e registrou-se o ingresso de verbas provenientes de anunciantes.

### CICLO VIRTUOSO

Segundo explica o dr. Flavio Eduardo Trigo Rocha, presidente da SBU-SP, “em consequência da saúde financeira da Sociedade conseguimos criar um ciclo virtuoso, onde podemos melhorar as condições de negociação de nossos eventos, obtendo descontos com os fornecedores e aumentando a arrecadação com patrocinadores”.

Ainda de acordo com o presidente, com os recursos conseguidos pretende-se também investir em programas de educação a distância, utilizando a área exclusiva de associados da home page, facilitando o acesso à informação aos membros da entidade. O desempenho do site, aliás, é outro exemplo da ampliação



das atividades permitida pela consolidação financeira. O número de visitas à home page, que em 2016 foi de pouco mais de 47 mil, pulou para 313.384 em 2017. Os números de 2018 ainda estão sendo finalizados.

O dr. Trigo ressalta, ainda, que a atual situação financeira possibilitará melhorar a representação da SBU-SP junto a outros órgãos colegiados, participando dos projetos de divulgação das diversas doenças urológicas, com benefícios a todos os associados. “Pretendemos, também, investir em conjunto com a Associação Paulista de Medicina (APM) em projeto que visa melhorar as condições de trabalho e remuneração dos associados”, afirma o presidente da entidade. Além disso, assinala o dr. Trigo, “queremos criar uma representação política para os urologistas de São Paulo e do Brasil, como ocorre em Sociedades internacionais”.

A estimativa é que a atual gestão, que se encerra no final de 2019, deixe um saldo positivo superior a R\$ 1,5 milhão, somando o que ficará em caixa e os pagamentos antecipados de despesas com eventos futuros. A locação do WTC para o Congresso Paulista de Urologia de 2020, por exemplo, já foi negociada em ótimas condições e o pagamento das parcelas foi iniciado. Quando esta gestão for encerrada, terão sido pagas 12 das 20 parcelas, além da entrada, de R\$ 90 mil.

“Realizar uma gestão proativa, mantendo contato próximo com patrocinadores e fornecedores, possibilitou não apenas conduzir de forma segura as atividades da entidade, como também planejar o futuro em condições favoráveis e com a certeza de que todos os compromissos assumidos serão honrados sem sobresaltos”, conclui o dr. Iderpól.

## ESTE ESPAÇO É SEU

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



## I SIMPÓSIO MORIAH DE DOENÇAS DA PRÓSTATA

COORDENAÇÃO PROF. DR. MIGUEL SROUGI

INSCRIÇÕES ABERTAS!

ACESSE [HOSPITALMORIAH.COM.BR](http://HOSPITALMORIAH.COM.BR) E GARANTA SUA PARTICIPAÇÃO



**10/04**  
Das 8h Às 18h

LOCAL  
CASA PETRA  
MOEMA | SP

\*vagas limitadas

REALIZAÇÃO:



INSTITUTO DA PRÓSTATA  
HOSPITAL MORIAH  
DIRETOR PROF. DR. MIGUEL SROUGI

APOIO:



SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA





ENTREVISTADO: DR. MARCO ANTÔNIO GONÇALVES

# UROLOGISTA E PADRE

*Nos corredores do Hospital Universitário da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, o dr. Marco Antônio Gonçalves pode ser visto de jaleco, indo visitar algum paciente ou se dirigindo ao centro cirúrgico. Em outras ocasiões, ele circula de batina, a caminho da capela para celebrar uma missa ou para prestar assistência espiritual, na condição de capelão do hospital. A sua rotina é intensa e exercida com a mesma dedicação para atender às suas duas vocações, de médico urologista e padre.*

**G**raduado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (1988 a 1993), tem mestrado em Clínica Cirúrgica e doutorado em Cirurgia pela mesma instituição. É também bacharel em Teologia pelo Instituto Teológico João Paulo II em Campo Grande – MS (2003 a 2006), com ordenação diaconal e presbiteral em 2007. Fez, ainda, extensão em Capelania Hospitalar pela UFMS em Campo Grande – MS (2006) e extensão universitária em Bioética e Direitos Humanos pela UFMS em Campo Grande – MS (2010). Atualmente trabalha em consultório particular, em dois hospitais públicos: Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – EBSERH – UFMS e Hospital Regional de Mato Grosso do Sul. Em ambos, atua como chefe do Serviço de Urologia e capelão hospitalar. Entre suas múltiplas atividades dedicadas a cuidar do corpo e da alma das pessoas, o padre e urologista Marco Antônio encontrou tempo para conceder esta entrevista ao BIU.

**BIU: Como o sr. identificou sua vocação para a medicina e para a religião?**

**Dr. Marco Antônio Gonçalves:** *Eu sou natural de Ribeirão Preto e um dos passeios era visitar o Museu do Café, que ocupa uma das construções da fazenda de café onde se instalou a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Quando tinha cerca de 5 ou 6 anos, passei em frente ao Prédio Central da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e disse que iria estudar ali. Também sempre participava das atividades religiosas na Paróquia Nossa Senhora do Rosário na Vila Tibério e na Escola Estadual de 1º grau “Dona Sinhá Junqueira”. Aos poucos fui me identificando com o cuidado das pessoas, seja físico, psicológico ou espiritual. Entretanto, demorei um pouco para responder a essas vocações.*

**BIU: E como foi a sua formação?**

**Dr. Marco Antônio Gonçalves:** *Fiz a maior parte do antigo segundo grau na área de exatas, prestei vestibular e fui cursar engenharia mecânica na Escola de Engenharia de São Carlos, da USP e bacharelado em ciência da computação modalidade hardware na UFSCAR. Eu gostava muito dos cursos e me despertava o interesse para o mestrado na área de Bioengenharia, mas só produzir aparelhos médicos não me bastava, queria um contato maior com os pacientes. Até hoje me lembro quando aos dezoito anos e terminando o segundo ano de*

*engenharia cheguei em casa e disse que iria deixar São Carlos e tentar medicina. Fui aprovado em medicina na Santa Casa de São Paulo e na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Também fui aprovado para o curso de filosofia na Faculdade Medianeira em São Paulo, mantida pelos jesuítas. Já era um indício que eu pretendia me dedicar mais tarde aos estudos teológicos. Mesmo com todas essas mudanças nunca deixei de participar das atividades religiosas, como Pastoral da Saúde, grupos de jovens, Pastoral Universitária. Durante a residência médica em cirurgia geral tocava num grupo de evangelização em Taubaté. A busca por hospitais universitários fez com que eu fosse e ficasse em Campo Grande (MS). Quando estava concluindo o mestrado, desenvolvia o ambulatório de Disfunções Miccionais e era professor substituto na disciplina de Urologia na UFMS, veio o convite de um amigo padre para visitar na periferia de Itapeverica da Serra, em São Paulo, uma comunidade onde havia um menino que deveria ser submetido a nefrectomia na Santa Casa de São Paulo. Essa visita me despertou novamente para o trabalho religioso de uma forma mais radical. A partir daí não pude mais resistir. Iniciei o processo de formação sacerdotal três meses depois. Tive que abrir mão parcialmente da medicina, frequentar a Faculdade de Teologia todas as manhãs e posteriormente me mudar para o seminário. Pelo menos*

*não foi exigido que eu deixasse as minhas atividades de medicina. No Mato Grosso do Sul trabalhei como médico com os universitários, com os migrantes do sul do país, com os indígenas, nos assentamentos rurais,*

## PERFIL

**Idade:** 52 anos

**O que o fez se interessar pela especialidade:** *ter feito estágio de cirurgia, em que passei pela Urologia no 4º ano e monitoria de Urologia no 5º ano da FMRP – USP.*

**Locais onde trabalha:** *Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian – EBSERH – UFMS (chefe de serviço); Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (chefe de serviço) e consultório.*

**Desde quando atua na especialidade:** 2000

**O que faz nas horas vagas, como lazer ou hobby:** *música e corrida.*

**Time do coração:** *Botafogo (Ribeirão Preto – SP) e Corinthians*





**São duas atividades que exigem sensibilidade, dedicação, saber ouvir, ser solidário, superar preconceitos e ter um amor incondicional pelo outro.**

*com os imigrantes paraguaios e bolivianos, e também com os religiosos.*

**BIU:** O que o levou a se especializar em Urologia?

**Dr. Marco Antônio Gonçalves:** A escolha da Urologia como especialidade ocorreu durante o curso, quando passei no estágio prático da disciplina e fui monitor da Urologia no ano seguinte. Uma especialidade que me permitiria atender pacientes de todas as idades, procedimentos clínicos e cirúrgicos, abordagens psicológicas. Isso sem contar o apoio que recebi do professor dr. Haylton

*Jorge Suaid, desde a graduação em medicina até o doutorado.*

**BIU:** De que forma consegue conciliar as duas atividades, do ponto de vista prático? Como é sua rotina de trabalho no consultório e na igreja?

**Dr. Marco Antônio Gonçalves:** Às vezes não sobra um dia de folga. No consultório particular atendo apenas em três períodos por semana, pois dedico a maior parte do tempo a dois hospitais públicos: um federal, onde também sou preceptor da residência médica em Urologia, e o estadual, que é regional. O que facilita é que nesses hospitais também sou capelão hospitalar. Celebro principalmente na Capela do Hospital Universitário – UFMS. No Hospital Regional, onde já trabalho como médico há 20 anos, desde o ano passado conto com a ajuda de mais dois padres para as celebrações. Também acompanho como conselheiro espiritual um grupo de casais do movimento das Equipes de Nossa Senhora há 11 anos. E mais recentemente participo dos retiros de acampamento, mas de forma mais

*restrita devido às atividades médicas. Minha rotina sempre foi intensa. Durante a graduação de medicina, por exemplo, trabalhava como empregado na Caixa Econômica Federal, realizando compensação de cheques no período noturno, de segunda a sexta, das 20 horas até 1:20 da madrugada. Depois fazia os plantões curriculares nos finais de semana e feriados. Com a idade é preciso adequar o ritmo e cuidar da própria saúde.*

**BIU:** Quais semelhanças que o sr. observa entre suas duas atividades?

**Dr. Marco Antônio Gonçalves:** São duas atividades que exigem sensibilidade, dedicação, saber ouvir, ser solidário, superar preconceitos e ter um amor incondicional pelo outro.

**BIU:** De que maneira a sua formação médica contribui para suas atividades religiosas? E vice-versa?

**Dr. Marco Antônio Gonçalves:** Há um ditado que afirma a medicina como um sacerdócio, ou pelo menos deveria ser, se levarmos em conta a motivação de fazer o bem ao próximo, tão citada quando se pergunta a um jovem vestibulando a razão da escolha dessa profissão. A minha formação sacerdotal complementa a minha formação médica, e vice-versa. Ajudam a compreender o homem em todas as suas dimensões. Quando eu estava para ser ordenado, pensava se seria um bom padre, pois já estava estabelecido na medicina. Na medicina aprendi que mesmo se alguém me quisesse mal, no caso de doença, o trataria da melhor forma possível e com amor. E pensava: será que na Igreja conseguirei agir da mesma forma?

**BIU:** Existe algum tipo de conflito entre as duas atividades? Em caso afirmativo, como esse conflito é superado?

**Dr. Marco Antônio Gonçalves:** Não é muito frequente, mas existe. Quando isso ocorre, o médico pode alegar objeção de consciência. Do ponto de vista religioso, temos que respeitar a opinião do paciente. Existem outras religiões que oferecem dificuldades maiores ou menores, principalmente para as especialidades cirúrgicas.

**BIU:** Como é a sua relação com pacientes que também são fiéis em sua Igreja? Essa situação ajuda ou provocar algum constrangimento?

**Dr. Marco Antônio Gonçalves:** Inicialmente eu pensava que poderia trazer um constrangimento, mas fui percebendo que os pacientes se sentiam à vontade nas consultas.

**BIU:** Há quem considere incompatíveis as teorias evolucionistas e criacionistas, a primeira associada às ciências e a segunda à religião. Como médico e religioso, qual é a sua opinião a respeito?

**Dr. Marco Antônio Gonçalves:** Na tentativa de explicar a origem da vida, a teoria criacionista tem como base a fé, enquanto a teoria evolucionista se utiliza de explicações pautadas na ciência. Uma vez que determinado fenômeno possa ser justificado cientificamente, não há necessidade imprescindível da fé. Mesmo porque fé não se explica, assim como um milagre também é um mistério.

Para ilustrar que apesar do livre arbítrio do homem todos os avanços e recursos da natureza e da ciência não devem ser desprezados, gosto de recorrer a um trecho da Bíblia Sagrada presente no Antigo Testamento, mais precisamente do Livro do Eclesiástico, capítulo 38: 1 - 15, que fala a respeito dos médicos e medicina:

**1.** honra o médico por causa da necessidade, pois foi o Altíssimo quem o criou;

**2.** (toda a medicina provém de Deus), e ele recebe presentes do rei;

**3.** a ciência do médico o eleva em honra; ele é admirado na presença dos grandes;

**4.** o Senhor fez a terra produzir os medicamentos: o homem sensato não os despreza;

**5.** uma espécie de madeira não adoçou o amargor da água? Essa virtude chegou ao conhecimento dos homens;

**6.** o Altíssimo deu-lhes a ciência da medicina para ser honrado em suas maravilhas;

**7.** e dela se serve para acalmar as dores e curá-las; o farmacêutico faz misturas agradáveis, compõe unguentos úteis à saúde, e seu trabalho não terminará;

**8.** até que a paz divina se estenda sobre a face da terra;

**9.** meu filho, se estiveres doente não te descuides de ti, mas ora ao Senhor, que te curará; afasta-te do pecado, reergue as mãos e purifica teu coração de todo o pecado;

**10.** oferece um incenso suave e uma lembrança de flor de farinha; faze a oblação de uma vítima gorda;

**11.** em seguida dá lugar ao médico, pois ele foi criado por Deus; que ele não te deixe, pois sua arte te é necessária; virá um tempo em que cairás nas mãos deles;

**12.** nas mãos deles;

**13.** e eles mesmos rogarão ao Senhor que mande por meio deles o alívio e a saúde (ao doente) segundo a finalidade de sua vida;

**14.** aquele que peca na presença daquele que o fez, cairá nas mãos do médico.

**15.** BIU: De que forma o sr. aborda com seus pacientes temas presen-

tes no cotidiano da urologia, como a ocorrência de Doenças Sexualmente Transmissíveis e outras questões da esfera sexual?

**Dr. Marco Antônio Gonçalves:** A sexualidade faz parte da humanidade. Embora a Igreja Católica pregue o sexo apenas dentro do matrimônio, muitas vezes o sexo até dentro do casamento é encarado como pecaminoso. Converso naturalmente sobre a responsabilidade de se ter relações sexuais, da disfunção sexual e de doenças sexualmente transmissíveis. A questão preventiva também é muito importante, não só em relação à próstata, mas também no que se refere ao câncer de pênis e de testículo. O homem tem que aprender a conhecer o próprio corpo. As mulheres são mais tranquilas ao procurar um atendimento urológico. Quando o paciente consegue abordar questões da esfera sexual, abre-se um leque para abordar outras questões da vida. Isso exige um tempo maior de duração da consulta e uma identificação médico-paciente.

Outro tópico é a questão da infertilidade, que muito aflige os casais. Realizei muitas cirurgias de reversão de vasectomia, apesar de nesses casos haver maioria de casais de segunda união.

**BIU:** A espiritualidade vem ampliando seu espaço e reconhecimento na atenção à saúde. Qual é a sua opinião a respeito? Até que ponto a espiritualidade e a fé podem auxiliar o paciente a enfrentar uma doença?

**Dr. Marco Antônio Gonçalves:** Com o desenvolvimento da visão holística do paciente e humanização dos ambientes hospitalares, pesquisas são realizadas de forma científica para comprovar que a espiritualidade ajuda a superar as dificuldades do tratamento, proporcionando uma recuperação mais rápida ou mesmo a aceitação do processo de morrer.

# UROLOGIA

## DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO MICROPÊNIS



**O** TEMA DESTA EDIÇÃO É ABORDADO PELO UROLOGISTA MIGUEL ZERATI FILHO E PELO ENDOCRINOLOGISTA CARLOS ALBERTO LONGUI



## Quando considerar um pênis pequeno

Miguel Zerati Filho é Doutor em Cirurgia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), chefe do Serviço de Urologia do Instituto de Urologia de São José do Rio Preto (SP) e responsável pelo Departamento de Urologia Pediátrica do HB/FUNFARME

O tamanho do pênis é motivo de grande interesse para muitas pessoas. Muitos homens consideram que seus pênis são pequenos para satisfazer as pessoas com quem se relacionam sexualmente, outros consideram o pênis grande um sinal de masculinidade e virilidade. Essas crenças infundadas geram inseguranças e insatisfações desnecessárias. A disseminação de vídeos eróticos ou pornográficos pela internet, na maioria das vezes com portadores de pênis muito avantajados, tem criado uma busca insana de homens aos nossos consultórios, principalmente os jovens mais inexperientes, descontentes com o tamanho do seu órgão sexual.

Qual seria o tamanho considerado normal ou a definição de pênis pequeno em um adulto?

Existem inúmeros estudos científicos de medidas penianas, com resultados diferentes, sistematização aleatória, como tomar a medida com pênis flácido esticado, ereto espontaneamente ou por fármaco indução; análise feita pelos pesquisadores ou pelo próprio paciente, e por fim, jeito de realizar a medição. Dessa forma, estamos longe de dados cientificamente satisfatórios e uniformes (1).

Em 1966, *Wessels* publicou no *Journal of Urology* estudo que mostrou média peniana em ereção de 12,9 cm, com a medição realizada pelos pesquisadores (2). Já *Chen*, em 2.000, demonstrou em publicação no *International Journal of Impotence Research* (3) que a média do pênis ereto era de 13,5 cm.

Um dos maiores estudos já realizados, publicado no *British Journal International*, com mais de 15 mil

homens, de 17 a 91 anos, revelou valores médios de 9,1 cm em estado flácido e 13,12 cm ereto, enquanto a circunferência média foi de 9,3 em flacidez e 11,6 em ereção. Foi detectada ainda uma pequena relação entre o tamanho peniano e estatura (4).

De uma maneira geral, entende-se por tamanho normal, o pênis de 10 a 17 cm em ereção, e que menos de 3% da população masculina esteja fora da média, para mais ou para menos. Entretanto, é sabido que o tamanho peniano não é fundamental para o orgasmo feminino, visto que o tamanho médio da vagina excitada é de 10 cm, chegando a 14cm durante a penetração.

A ideia que uma penetração vaginal mais profunda poderia proporcionar maiores prazeres foi desmistificada em vários estudos, que

apontam a área proximal da vagina como a mais sensível, principalmente a região mais externa, onde está o clitóris e o chamado “Ponto G” (Ponto de Grafenberg em homenagem ao ginecologista alemão, descrito por *Addiego* em 1981), local que seria a zona erógena da vagina, conceito contestado por muitos autores.

Em relação às mulheres, o tema é também muito debatido e controverso. Pesquisa realizada nos EUA mostrou que 93% estavam muito satisfeitas com o tamanho do pênis de seus parceiros. Outro estudo mostrou que pênis grandes que comprimem o colo do útero causam desconforto e que a circunferência seria fator de maior estimulação sexual do que o comprimento.

Dessa forma, acredita-se que um pênis menor que 9 cm em ereção seja considerado pequeno e possa trazer dificuldades para o homem e sua parceira. Associa-se a isso o impacto psicológico com perda da confiança, elevação da ansiedade e diminuição da autoestima, o que afeta o desempenho sexual. Entretanto, um homem com pênis pequeno que tenha um relacionamento estável para lhe trazer tranquilidade e segurança pode, na maioria das vezes, ter e proporcionar prazer num ato sexual.

Algumas posições no relacionamento heterossexual podem lhe beneficiar, como por exemplo, o homem estar por cima e a mulher deitada com as pernas elevadas, a penetração por trás com a parceira de “quatro”, de “frente a frente” ou ainda, a mulher sentada por cima.

Os resultados dos tratamentos para aumento peniano são decepciono-



**De uma maneira geral, entende-se por tamanho normal o pênis de 10 a 17 cm em ereção e que menos de 3% da população masculina esteja fora da média, para mais ou para menos.**





**De uma maneira geral, a maioria dos pacientes que nos procuram para aumento do pênis acaba sendo orientada a não realizar nenhum procedimento cirúrgico e sim buscar um fortalecimento psicológico.**

nantes e vão desde a bomba de vácuo às cirurgias. Os mais empregados são os dispositivos mecânicos de tração progressiva que podem proporcionar ganhos de comprimento de 2,3 cm e 1,7, em flacidez ou esticado, segundo Gontero em seu estudo prospectivo publicado no *British Journal of Urology*. Entretanto, esses resultados não foram

os mesmos obtidos em outros estudos.

Para aumentar o diâmetro peniano, preenchimento com gordura ou mesmo outras substâncias, como ácido hialurônico, tem sido realizado em pequenas séries de casos, com resultados preliminares desanimadores e que raramente satisfazem os pacientes (5).

E, por fim, a cirurgia para aumento peniano, que deve sempre ser considerada a última opção de tratamento, pois o resultado nem sempre é o esperado, podendo ainda surgirem deformidades que acabam influenciando a ereção. Consiste na secção do ligamento suspensor que pode alongar em até 2cm o pênis em flacidez e muitas vezes não há diferença em ereção, além dos homens perderem a elevação natural quando ereto (6,7).

Uma opção razoável de cirurgia seria para o homem que já apresenta uma disfunção erétil refratária, muitas vezes associada ao descontentamento pelo tamanho peniano, a colocação de próteses penianas que proporcionam discreto aumento e principalmente maior tumescência (8).

Finalmente o micropênis, geralmente diagnosticado na infância, acomete aproximadamente 1 a cada 200 meninos, sendo morfologicamente normal, no entanto com comprimento inferior a dois e meio desvios-padrão. É um problema de difícil resolução, geralmente ligado a deficiências hormonais, hormônio do crescimento ou gonadotrofinas e algumas síndromes. Esporadicamente não encontramos a etiologia, sendo considerados idiopáticos. O tratamento na maioria das vezes é administração de testosterona e requer equipe multidisciplinar com endocrinologista, psicólogo e urologista (9).

Diferente do micropênis, o pênis embutido que acomete principalmente crianças e pré-púberes geralmente acima do peso com coxim pubiano gorduroso, ou ainda idosos, merecem um tratamento individualizado. Em algumas situações a lipoaspiração pubiana pode proporcionar bons resultados associada a mudanças de hábito e ao emagrecimento (10).

Em pré-púberes acima do peso com pênis pequeno e baseado na experi-



ência de correção de hipospádias, tenho administrado testosterona em casos selecionados, com efeitos benéficos e sem efeitos colaterais.

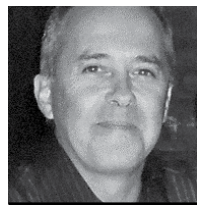
De uma maneira geral, a maioria dos pacientes que nos procuram para aumento do pênis acabam sendo orientados a não realizar nenhum

procedimento cirúrgico e sim buscar um fortalecimento psicológico. São orientados que ter e proporcionar o prazer não está relacionado somente ao tamanho peniano, mas as carícias preliminares e, principalmente, a sedução do ato sexual, lembrando-os que a maioria das mulheres não atin-

ge o orgasmo somente com a penetração. Assim, o tamanho peniano continua sendo uma grande preocupação para os homens, entretanto a grande maioria tem o pênis normal e suas inquietudes são desnecessárias. Apenas uma minoria necessitará um auxílio psicológico e urológico.

#### REFERÊNCIAS

1. Schonfeld, W. A. Primary and secondary sexual characteristics: Study of their development in males from birth through maturity, with biometric study of penis and testes. American Journal of Diseases of Children, 65, 535- 1943
2. Wessells H, Lue TF, McAninch JW :Penile length in the flaccid and erect states: guidelines for penile augmentation. J Urol. ;156(3):995-7; 1996.
3. Chen J, Gefen A, Greenstein A, Matzkin H, Elad D. :Predicting penile size during erection». Int J Impot Res. 2000 Dec;12(6):328-33.
4. Veale D, Miles S, Bramley S, Muir G, Hodsoll J: Am I normal? A systematic review and construction of nomograms for flaccid and erect penis length and circumference in up to 15,521 men.: BJU Int. 2015 Jun;115(6):978-86.
5. Xu L, Zhao M, Chen W, Li Y, Yang Z, Ma N, Wang W, Feng J, Liu Q, Ma T Augmentation Phalloplasty With Autologous Dermal Fat Graft in the Treatment of "Small Penis". Ann Plast Surg. 2016 Feb;77 Suppl 1:S60-5.
6. Vandeputte J :Real-world Experience with Volume Augmentation using Cohesive Polydensified Matrix Hyaluronic Acid Gel: A Retrospective Single-center Analysis of 110 Consecutive Patients with Medium- to Long-term Follow-up. : J Clin Aesthet Dermatol. 2018 Dec;11(12):30-39
7. Ahn ST, Il Kwak T, Park KS, Kim JJ, Moon DG :Complications of glans penis augmentation. Int J Impot Res. Nov 26. 2018
8. Tran H, Goldfarb R, Ackerman A, Valenzuela RJ: Penile Lengthening, Girth, and Size Preservation at the Time of Penile Prosthesis Insertion. Sex Med Rev. 2017 Jul;5(3):403-412.
9. Zerati Filho M, Calado A A: Fimose e Micropenis, Urologia pediátrica, 249-252, Editora Roca, 2004
10. Ghanem H1, ElKhaïat Y1, Motawi AT1, AbdelRahman IF- :Infrapubic Liposuction for Penile Length Augmentation in Patients with Infrapubic Adiposities.Aesthetic Plast Surg. 2017 Apr;41(2):441-447.



## Como diagnosticar e tratar micropênis

*Carlos Alberto Longui, chefe de Clínica-adjunto de Pediatria da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia (SP), professor titular da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa (SP), doutor em Endocrinologia e Metabologia pela FMUSP e pós-doutor pelo National Institutes of Health (NIH)*

A preocupação com o tamanho peniano faz parte de mitos e compreensão errônea em relação à variação da faixa de normalidade do tamanho peniano, representando um pré-conceito prevalente na população geral. A percepção de que o tamanho peniano seja pequeno pode indiretamente se relacionar com a disfunção erétil, especialmente quando faz parte de um complexo depressivo. O médico tem o relevante papel de diagnosticar qual tamanho peniano é reduzido o suficiente para requerer medidas de investigação e detecção das doenças de base, bem como para indicar o tratamento para aumentar o tamanho peniano. Neste sentido, a redução significativa do tamanho peniano em relação à população geral, a projeção de um tamanho peniano final que possa interferir negativamente na

atividade sexual ou na autoimagem do paciente são indicações clínicas de intervenção médica.

### DEFINIÇÃO

O micropênis é definido como o pênis de comprimento reduzido (<-2,5DP para a idade cronológica), porém com forma e diferenciação normais, ou seja, com uretra em posição glandar distal.<sup>1</sup> Isto significa que nesta condição, as pregas uretrais e pregas labioescrotais foram adequadamente fundidas após estímulo androgênico no período crítico da diferenciação do genital externo, portanto, sem a presença de hipospádias.

### TAMANHO REDUZIDO DO PÊNIS

A medida do tamanho peniano realizada de forma adequada é um aspecto crítico no reconhecimento do

tamanho peniano reduzido. A reprodutibilidade da medida, bem como sua utilidade em reconhecer o tamanho peniano em ereção, indicam que a forma adequada de medida do tamanho peniano seja feita com o pênis tracionado até estiramento máximo.

Para medir o tamanho peniano, o paciente deve estar em decúbito dorsal, com o pênis não ereto, a glândula fixada entre os dedos polegar e indicador ao nível do sulco balanoprepucial. Posiciona-se a régua na face dorsal do pênis, perpendicularmente ao púbis. A régua é pressionada contra a sínfise pubiana, comprimindo a gordura local. O pênis é então tracionado. O tamanho peniano corresponde à distância entre a sínfise pubiana e a extremidade distal da glândula.<sup>2</sup>

Fatores como gordura suprapubiana, implantação do escroto em cachecol, falhas de fixação do corpo

cavernoso na sínfise pubiana podem ser interferentes negativos na medida adequada do pênis, gerando diagnósticos falso-positivos.

A normalidade do tamanho peniano é definida em relação aos valores observados na população geral. Assim, medidas adequadas devem ser estabelecidas na população de origem a que o paciente pertence. No Brasil, valores populacionais de referência foram reportados por Gabrich e cols. e estão disponíveis desde 2007.<sup>3</sup> A figura 1 e tabela 1 apresentam os valores de referência para o tamanho peniano normal e reduzido tendo como base a população referência brasileira.

## DESENVOLVIMENTO PENIANO

Durante a embriogênese, a formação e crescimento do pênis é um fenômeno andrógeno dependente. Inicialmente, a produção testicular de testosterona depende da ação da gonadotrofina coriônica (hCG) sobre as células de Leydig do testículo em formação (entre a 7-8 semanas de gestação). Com 12 semanas de gestação, o genital externo masculino já está formado e o tamanho peniano médio é de apenas 3 mm. A ação da testosterona e de seu metabólito dihidrotestosterona (DHT) é fundamental para este desenvolvimento adequado.

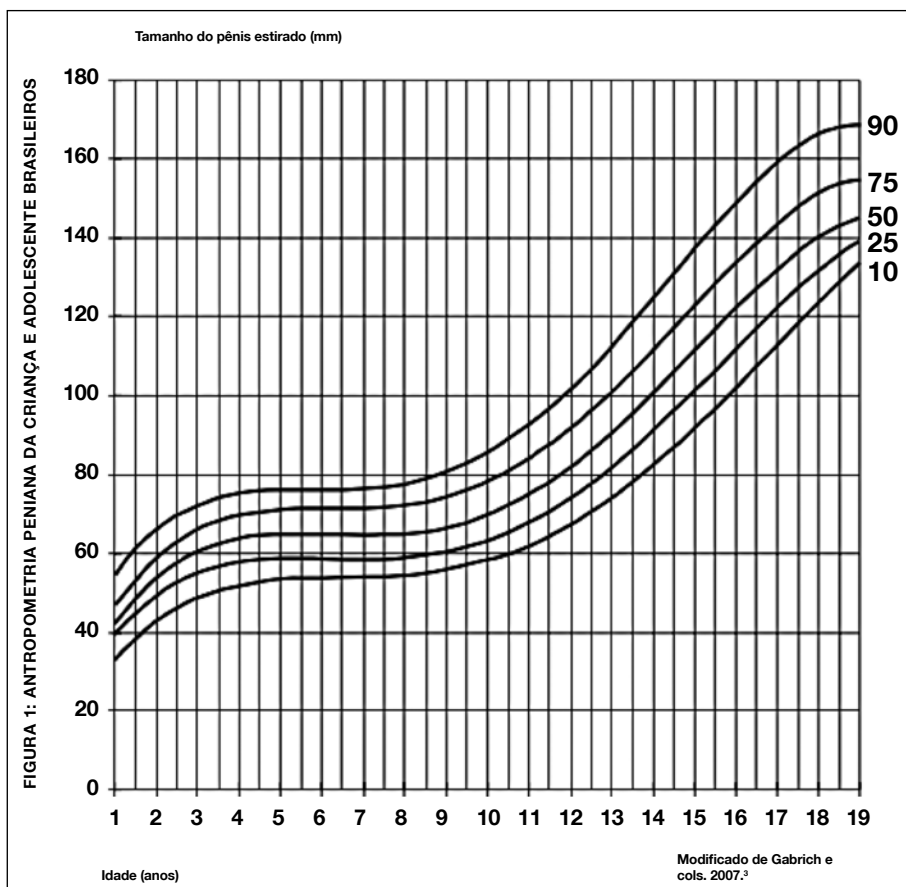
Progressivamente, os valores de hCG se reduzem e as concentrações do hormônio hipotalâmico (GnRH) estimula a produção de LH e FSH pela hipófise fetal. Esta ação ocorre a partir de 15 semanas de gestação, atinge pico de liberação entre 20-26 semanas e declina lentamente até o nascimento. Esta é uma fase de rápido crescimento peniano, com variação média desde os 3 mm até 35 mm. Após o nascimento, especialmente nos primeiros meses de vida, o tamanho peniano ainda apresenta discreto aumento, dependente de novo pulso de ativação pós-natal do eixo hipotálamo-hipófise-testículo. Esta reativação pós-natal é conhecida como “minipuberdade”, se estende ha-

bitualmente entre 1 e 3 meses de vida e pode determinar valores de testosterona no lactente de 250-300 ng/dl. Esta é uma fase fundamental na maturação testicular, tanto das células de Leydig e Sertoli, bem como na maturação inicial até espermatogônia Ad, passo importante para que as células germinativas permaneçam viáveis durante o período quiescente da pré-puberdade.

A partir do primeiro ano de vida, o tamanho peniano é estável, com crescimento de apenas 10 mm até o início da puberdade (em média aos 12 anos). No primeiro ano de puberdade (estágio II, Tanner) existe o aumento do volume testicular, mas ainda não um aumento significativo de comprimento peniano. No estágio III, já existe o aumento peniano, especialmente em comprimento; no estágio IV além do aumento em comprimento e espessura, a glândula já está evidentemente estimulada; o estágio V corresponde ao padrão adulto.

## CAUSAS DA REDUÇÃO DO TAMANHO PENIANO

Apesar das ferramentas diagnósticas disponíveis, mesmo hoje o número de casos de micropênis que continuam com etiologia não esclarecida ainda é grande. Dentre as causas identificadas, ressaltamos as falhas de secreção hipotálamo-hipofisária. Neste grupo encontram-se os pacientes com falta de produção do GnRH hipotalâmico, às vezes acompanhada de perda do olfato (síndrome de Kallmann), pacientes com falta de produção de LH e FSH conhecido como hipogonadismo hipogonadotrófico, o qual pode ser isolado ou associado à deficiência de outros hormônios hipofisários (TSH, GH, ACTH), condição esta conhecida como pan-hipopituitarismo. Quadros sindrômicos mais complexos também podem determinar insuficiente produção hipotálamo-hipofisária como na síndrome de Prader-Willi e de Laurence-Moon-Biedl. Síndromes



comuns na população geral como síndrome de Down e síndrome de Noonan são causas frequentes de redução do tamanho peniano.

Doenças que cursem com falha da reativação característica da minipuberdade podem comprometer a secreção de testosterona neste período e eventualmente determinar falha da fase final de migração testicular. Assim, a associação de micropênis com criptorquismo deve ser um sinal

adicional de alerta para o diagnóstico de insuficiência hipofisária.

Às vezes, a menor produção de testosterona tem como causa uma lesão testicular primária, como ocorre na síndrome de Klinefelter (47,XXY).

## INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

A história clínica deve incluir dados gestacionais, como uso de hormônios, drogas e desreguladores endócrinos

com atividade estrogênica (herbicidas, pesticidas, polímeros plásticos, poliestirenos, bisfenóis) ou anti-androgênica (hidrocarbonetos poliaromáticos, linuron, vinclozolin e diclorofenilcloroetileno ou DDEs). Identificar sinais e sintomas de síndromes malformativas é de grande relevância.

Ao exame físico, além de medir corretamente o comprimento peniano, é fundamental a identificação de outros sinais que possam sugerir quadros distúrbios da diferenciação sexual (DDS), que necessitam avaliação multidisciplinar.

A avaliação laboratorial difere na dependência do grau de ativação do eixo hipotálamo-hipofisário. Em períodos em que o eixo esteja ativo (minipuberdade e puberdade), a quantificação basal da testosterona total, DHT, LH e FSH permite identificar o nível da alteração hormonal (se primária testicular ou se central). Quando o eixo está inativo (pré-puberdade) torna-se necessário o teste de estímulo agudo com hCG.<sup>4</sup> Quando a falha de produção androgênica é de origem central, deve-se realizar a ressonância magnética hipotálamo-hipofisária e incluir o estudo do bulbo e lobos olfatórios quando a suspeita for síndrome de Kallmann. Avaliações adicionais podem ser necessárias dependendo dos sinais e sintomas específicos de cada caso (cariótipo, sequenciamento de genes relacionados à diferenciação da hipófise, estudo de metilação quando a suspeita for síndrome de Prader-Willi, etc.).

## TRATAMENTO

O tratamento para obtenção de aumento peniano deve ser feito com testosterona. Uma vez detectada a redução do tamanho peniano que exija a intervenção terapêutica, o tratamento deve ser instituído o mais precocemente possível, pois a responsividade à testosterona aparentemente diminui com a idade.

A via de administração preferencial da testosterona é a intramuscu-

**TABELA 1: COMPRIMENTO PENIANO NORMAL E LIMITES PARA DEFINIÇÃO DE MICROPÊNIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES BRASILEIROS.**

IDADE (ANOS)	MÉDIA	DP	MICROPÊNIS (MÉDIA-2,5DP)
0 – 1	47	8	27
1	51	8	31
2	55	8	25
3	61	9	38
4	63	9	40
5	67	9	44
6	67	9	44
7	69	10	44
8	70	10	45
9	70	10	45
10	74	11	46
11	78	12	48
12	86	12	56
13	101	12	71
14	115	13	82
15	129	15	91
16	133	15	95
17	143	16	103
18	145	16	105
<b>ESTÁGIO PUBERAL (Tanner)</b>			
II	88	12	58
III	118	13	85
IV	136	13	103
V	145	14	110

Modificado de Gabrich e cols. 2007.3

**MÉDIA:** tamanho médio peniano; **DP:** desvio padrão para a idade; **Estádio Tanner** (para puberdade). A coluna da direita descreve os valores de tamanho peniano que se encontro abaixo de -2,5DP em relação à média da população para a idade cronológica ou estágio puberal, correspondendo ao valor abaixo do qual o diagnóstico de micropênis pode ser estabelecido.



## Apesar das ferramentas diagnósticas disponíveis, mesmo hoje o número de casos de micropênis que continuam com etiologia não esclarecida ainda é grande.

lar, pois o tratamento tópico transdérmico é habitualmente feito com concentrações elevadas de testosterona (10%) e está associado à absorção de quantidade imprevisível de testosterona, o que pode determinar risco de superdose em crianças. Doses excessivas aceleram a maturação óssea, antecipam a puberdade e tem potencial prejuízo na estatura final. Além disso, quando aplicada na região pubiana, a testosterona induz frequentemente ao aparecimento de pelos pubianos e escurecimento da pele genital. O efeito no corpo cavernoso para aumento do comprimento peniano é sempre obtido após absorção e ação sistêmica.

Os medicamentos injetáveis mais utilizados em nosso meio - que permitem ajuste de dose para crianças e adolescentes e têm menor custo - são o Deposteron (Sigma Pharma;

sais: cipionato, ampola 200mg) e o Durateston (Schering-Plough; sais: propionato, fempropionato, isocaproato, decanoato, ampola 250mg) por permitir ajuste. A dose depende do peso do paciente. Em crianças a dose é calculada em 1-2mg/kg/dose, repetida a cada 30 dias por até três vezes. Repetição do ciclo de tratamento é feita apenas nos casos de micropênis graves e de resposta reduzida ao ciclo de tratamento inicial.

Outro medicamento já testado é o DHT, o metabólito mais ativo da testosterona (após conversão pela enzima 5-alfa-redutase). O DHT foi inicialmente testado em casos comprovados de deficiência desta enzima, o que representa uma forma rara de DDS. Mais recentemente testado em pacientes com micropênis idiopático.<sup>5</sup> O uso tópico de Andractim (DHT=androstanolona; laboratório Besins, gel 2,5%, tubo com 80g; depende de importação) na dose de 0,1-0,2mg/kg/dia (máximo 5mg) foi testado em pacientes com micropênis grave. O custo é elevado, depende de importação, tem absorção imprevisível e, portanto, se justifica nos casos de deficiência enzimática confirmada e em casos mais graves não responsivos isoladamente à testosterona.

Considerando que o micropênis é habitualmente identificado desde o nascimento, que a causa mais frequente nesta situação é a secreção hipotálamo-hipofisária insuficiente e que a falha de ativação da minipuberdade é um achado concomitante frequente, Stoupa e cols.<sup>6</sup> propuseram o uso de gonadotrofinas humanas recombinantes lutropina alfa (Luveris)

e folitropina alfa (Gonal F) na dose de 75U de cada gonadotrofina por dia, infundidas por bomba de infusão no período de 3-6 meses até obtenção de resposta adequada. Este tratamento tem a vantagem potencial de adicionalmente completar a ativação esperada das células germinativas, com melhor prognóstico da fertilidade futura. Esta conduta é ainda experimental, tem limitações no uso da bomba de infusão e necessita confirmação em longo prazo sobre o real impacto positivo na fertilidade.

### RESUMO E CONCLUSÃO

O diagnóstico de tamanho peniano reduzido deve ser baseado em medida do comprimento peniano estirado, realizada em condições técnicas restritas e da forma mais precisa e reprodutível possível, atentando para os fatores locais que dificultam a avaliação. O tratamento do micropênis (comprimento peniano menor que -2,5 DP abaixo da média para a idade e estágio puberal) está bem definido e deve ser feito com testosterona injetável na dose de 1-2mg/kg/dose (até três doses). O uso de testosterona em pacientes com tamanho peniano menor que a média da população geral, porém acima de -2,5 DP pode ser discutido de acordo com a repercussão psicossocial observada. O uso repetido de testosterona pode ser necessário em casos refratários ao tratamento, e nesta situação vir acompanhado de aceleração da maturação óssea, antecipação puberal e perda de estatura final, necessitando do acompanhamento conjunto com endocrinologista pediátrico.

#### REFERÊNCIAS

- Allen TD. Micropheallus. In: Urologic Endocrinology. Rajfer Jacob, W.B. Saunders Company, Philadelphia, USA. Chapter 8C, pg 290-298, 1986.
- Andrade JGR, Maciel-Guerra AT. Micropênis. In: Menino ou Menina. Maciel-Guerra AT e Guerra-Junior G, segunda edição. Editora Rubio Ltda. Rio de Janeiro, Brasil. Capítulo 13.1; pg 521-526, 2010.
- Gabrich PN, Vasconcelos JSP, Damião R, Silva EA. Avaliação das medidas de comprimento peniano em crianças e adolescentes. J Pediatr (Rio J), 83(5): 441-446, 2007.
- Oliveira LR, Homma TK, Woloszynek RR, Brito VN, Longui CA. Gonadal response after a single-dose stimulation test with recombinant human chorionic gonadotropin (rhCG) in patients with isolated prepubertal cryptorchidism. Basic Clin Androl. Oct 28;26:13, 2016
- Xu D, Lu L, Xi L, Cheng R, Pei Z, Bi Y, Ruan S, Luo F. Efficacy and safety of percutaneous administration of dihydrotestosterone in children of different genetic backgrounds with micropenis. J Pediatr Endocrinol Metab 27;30(12): 1285-1291, 2017.
- Stoupa A, Samara-Boustani D, Flechtner I, Pinto G, Jourdon I, González-Briceño L, Bidet M, Laborde K, Chevenne D, Millischer AE, Lottmann H, Blanc T, Aigrain Y, Polak M, Beltrand J. Efficacy and Safety of Continuous Subcutaneous Infusion of Recombinant Human Gonadotropins for Congenital Micropenis during Early Infancy. Horm Res Paediatr. 2017;87(2):103-110.



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

O LITHOCENTER ao completar seus 28 anos de existência, realizou mais de 80.000 litotripsias extracorpóreas com excepcionais resultados, em média 3% somente de reaplicações e taxa de sucesso maiores que 97%.

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



## • Litotripsia Extra Corpórea

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

## • Estudo Urodinâmico

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

## • Pequenas Cirurgias:

- Biopsia de bolsa escrotal;
- Biopsia de pênis;
- Biopsia de Próstata por Ultrassom;
- Biopsia de Bexiga;
- Cauterização de condiloma;
- Dilatação de Uretra;
- Eletrocoagulação de lesão;
- Exereses de lesão Cutânea;
- Instilação Vesical;
- Meatoplastia Externa;
- Passagem de Cateter na LECO;
- Retirada de Cateter na LECO;
- Pielografia;
- Postectomia;
- Plástica de Freio;
- Vasectomia uni e bilateral;
- Reversão de Vasectomia.

## 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.



# XVI JORNADA PAUL

## PROGRAMAÇÃO

### NOVIDADES NA JORNADA PAULISTA DE UROLOGIA

**A**XVI Jornada Paulista de Urologia ocorre em abril na charmosa cidade de Campos do Jordão, na Serra da Mantiqueira. O evento reúne a cada dois anos mais de mil participantes em três dias de intensa atividade científica. Neste ano, além dos vários expoentes nacionais, teremos entre os palestrantes cinco experts internacionais para abordar temas de uro-oncologia, disfunção miccional, endourologia, uropediatria e andrologia. As Sessões Plenárias foram distribuídas por temas, sendo que todas as subespecialidades da Urologia serão contempladas em período integral nos três dias do evento. Atividades paralelas foram elaboradas para que, nos mesmos moldes do que realizamos no último Congresso Paulista de Urologia em 2018, não haja sobreposição de temas. Com isto, o participante da Jornada poderá focar tanto em áreas que selecionou como de seu maior interesse quanto usufruir dos principais tópicos da Urologia em geral. Áreas que demandam maior atenção do urologista atualmente, como Uro-Oncologia, Endourologia, Andrologia e Uro-Pediatria, terão sessões de Workshop com abordagem mais extensa da respectiva subespecialidade. Cursos de atualização e cursos práticos complementarão as demais áreas, de modo a proporcionar uma Jornada com abordagem completa.

Nesta edição da Jornada Paulista de Urologia três novos formatos de atividades foram elaborados: os Guidelines, sessão Passo a passo e Lidando com Complicações. Estes cursos visam levar ao urologista a informação de modo bastante objetivo e com um viés de aplicação imediata para a prática do dia-a-dia. Os Guidelines contemplarão as principais síndro-

mes e doenças, com enfoque nas condutas apresentadas pelas Diretrizes da Sociedade Brasileira de Urologia, Associação Urológica Americana (AUA), Associação Europeia de Urologia (EAU) e de outras sociedades de especialidades. As sessões Passo a passo serão coordenadas pelos maiores experts nas respectivas áreas, os quais levarão aos participantes as etapas de cada procedimento cirúrgico urológico, traçando um paralelo com o que há de mais relevante na literatura e, principalmente, o que acarretou na sua vivência prática sobre o procedimento em questão. Lidar corretamente com complicações é uma das tarefas mais importantes para obtenção de bons resultados na abordagem das afecções urológicas. Reconhecer o momento em que a conduta deve ser mudada e abordar corretamente a situação adversa é o objetivo desta nova atividade implantada nesta Jornada Paulista.

A meta principal da Comissão Científica da XVI Jornada Paulista de Urologia é prestigiar o urologista que se dirige a Campos do Jordão, proporcionando a oportunidade de se atualizar e ao mesmo tempo reciclar seu conhecimento, em uma abordagem contemporânea e motivadora.

José Carlos Truzzi  
**Presidente da Comissão Científica**



# LISTA DE UROLOGIA

11 A 13 DE ABRIL DE 2019

## PLENÁRIA

MÓDULO I • 11/04/2019 • DAS 8H ÀS 12H

HORÁRIO	ATIVIDADE
08:00 - 08:15	Abertura
08:15 - 10:00	Andrologia
08:15 - 08:30	Palestra 20 anos pós-Sildenafil: quais as perspectivas no tratamento da disfunção erétil? Palestrante: JOHN MULHALL (Estados Unidos)
08:30 - 08:50	Minha opção – Debate Implante de prótese peniana imediato após retirada de prótese por infecção Caso conceito Sim e como conduzir Não e como conduzir Conclusão
09:00 - 09:30	Conceito e Atualização P1 - Terapia por ondas de choque em disfunção erétil P2 - Injeção de colagenase na Doença de Peyronie P3 - Alongamento peniano: status atual
09:30 - 10:00	Discussão de Casos Andrologia – Reposição hormonal e Disfunção erétil Debatedor: JOHN MULHALL (Estados Unidos)
10:00 - 10:30	Intervalo
10:30 - 12:00	Uropediatria
10:30 - 10:45	Palestra Correção antenatal do disrafismo medular mudou a evolução das disfunções neurogênicas?
10:45 - 11:15	Conceito e Atualização Painel atual P1 – Refluxo vesicoureteral na ausência de cicatrizes renais: injeção vs antibioticoprofilaxia P2 – Robótica em Uropediatria: há espaço? P3 – Hipospádia distal – TIP ainda é o gold-standard?

## PROGRAMAÇÃO

11:15 - 11:30	Palestra Peculiaridades no tratamento da litíase urinária em crianças
11:30 - 12:00	Discussão de Casos Uropediatria
<b>MÓDULO II • 11/04/2019 • DAS 14H ÀS 17H30</b>	
HORÁRIO	ATIVIDADE
14:00 - 16:00	Câncer de Testículo e Câncer de Pênis
14:00 - 14:15	Palestra Câncer de testículo: Indicações e técnica para nodulectomia /orquiectomia parcial
14:15 - 14:45	Minha opção – Debate Tumores não seminomatosos de alto risco Caso conceito Linfadenectomia primeiro QT primeiro Conclusão
14:45 - 15:15	Conceito e Atualização P1 – Vacina HPV e Câncer de Pênis – novos horizontes P2 – É possível a preservação do pênis: quando e como? P3 – Novas propostas de QT em câncer de pênis
15:15 - 15:30	Palestra Linfadenectomia no câncer de pênis – laparoscopia é o novo Goldstandard?
15:30 - 16:00	Intervalo
16:00 - 16:30	Conceito e Atualização Câncer de rim localizado P1 – Biópsia renal é útil na abordagem de pequenas massas renais? Painelista: SURENA MATIN (Estados Unidos) P2 – Terapia focal: quando e como? P3 – Robótica vs laparoscópica: até quando?
16:30 - 16:45	Palestra Terapia de alvo molecular: qual o racional a ser seguido na prática clínica
16:45 - 17:30	Discussão de Casos Câncer renal localizado e avançado Debatedor: SURENA MATIN (Estados Unidos)
<b>SALA 1</b>	
HORÁRIO	ATIVIDADE
08:00 - 12:00	Curso Biópsia de próstata
14:00 - 17:30	Curso Urodinâmica Contribuição da urodinâmica no aumento benigno da próstata TRM - que informações a urodinâmica fornece Discussão Intervalo Porque fazer urodinâmica na IU no homem e na mulher Quando fazer urodinâmica nas doenças neurológicas Subsídios da urodinâmica na disfunção vesical na criança Discussão Porque fazer urodinâmica na IU no homem e na mulher Quando fazer urodinâmica nas doenças neurológicas

14:00 - 17:30	Subsídios da urodinâmica na disfunção vesical na criança Discussão
<b>SALA 2</b>	
HORÁRIO	ATIVIDADE
10:30 - 13:45	Workshop Endourologia
10:40 - 11:30	Workshop Endourologia Módulo tratamento clínico Reposição de vitamina D e cálcio: causa litíase urinária? Cólica na gravidez. O que fazer? O que não fazer? Afinal: bloqueadores alfa adrenérgicos funcionam ou não? Menopausa e litíase urinária - há relação? Discussão
11:30 - 11:50	Workshop Endourologia Módulo LECO Indicações de LECO. O que dizem os Guidelines? Como melhorar os resultados?
11:50 - 12:10	Workshop Endourologia Módulo Ureteroscopia Indicações. O que dizem os Guidelines? Antibioticoterapia e anticoagulantes em ureteroscopia. Como manusear?
12:10 - 12:25	Workshop Endourologia Intervalo
12:25 - 13:05	Workshop Endourologia Módulo Ureteroscopia Ureteroscópios flexíveis descartáveis - são viáveis no Brasil? Atualização em laser Dusting x Basketing. Existe técnica superior? Discussão
13:05 - 13:45	Workshop Endourologia Módulo Cirurgia Renal Percutânea Cirurgia renal percutânea em 2019. O que há de novo? Palestrante: MARIANO SEBASTIAN GONZALEZ (Argentina) Minipercutânea: indicações e aspectos técnicos Cálculo de 1,5cm, sintomático em cálice inferior Minipercutânea Ureteroscopia flexível
14:00 - 17:30	Workshop Andrologia Terapia de Reposição Hormonal e Câncer de Próstata - Riscos? É seguro após tratamento definitivo com prostatectomia e/ou radioterapia? Risco Cardiovascular e Terapia de Reposição Hormonal Dúvidas e discussão + Mesa Redonda Testosterona limitrofe, repor ou não repor? Alternativas para reposição a base de Testosterona Discussão de 2 casos (apresentados pelos coordenadores) Intervalo Maiores erros na pratica clinica – lições da prática What's new on AUA guidelines? Palestrante: JOHN MULHALL (Estados Unidos) Discussão, dúvidas finais e fechamento



## PROGRAMAÇÃO

14:00 - 17:30	Intervalo Maiores erros na pratica clinica – lições da prática What's new on AUA guidelines? Palestrante: JOHN MULHALL (Estados Unidos) Discussão, dúvidas finais e fechamento
<b>SALA 3</b>	
HORÁRIO	ATIVIDADE
08:00 - 10:00	Guidelines Estenose de uretra Diagnóstico, acompanhamento, seguimento Uretra peniana Uretra bulbar Estenose pós tratamento de câncer próstata Uretra posterior associada a fratura pélvica Estenoses complexas - Lliquen escleroso e sequelas pós-hipospadia
10:00 - 10:30	Intervalo
10:30 - 12:00	Guidelines Ca urotélio Introdução Carcinoma Urotelial Superficial (não músculo-invasivo) - Guidelines de Tratamento Urológico – Bexiga - Guidelines de Tratamento Urológico – Trato urinário alto Discussão Carcinoma Urotelial Músculo-Invasivo (Bexiga e Trato Urinário Superior) - Papel do Urologista - Papel do Oncologista - Papel do Radio-oncologista Discussão Carcinoma Urotelial Metastático - Oncologia: guidelines de tratamento sistêmico - Discussão Considerações Finais
12:00 - 14:00	Intervalo para almoço
14:00 - 15:30	Guidelines Ca bexiga
15:30 - 16:00	Intervalo
16:00 - 17:30	Guidelines Trauma Apresentação: A evolução do Trauma urológico Palestra: Imagens em traumatismo urológico Ponto contra-ponto: Trauma de Uretra Realinhamento Cistostomia Réplica Tréplica Conclusão Mesa redonda de Discussão de Casos
<b>SALA 4</b>	
HORÁRIO	ATIVIDADE
08:00 - 10:00	Passo-a-passo Sling masculino

10:00 - 12:00	<p>Passo-a-passo                      Esfíncter Artificial                      Avaliação dos pacientes portadores de Incontinência Urinária: Como e quando                      Esfíncter artificial AMS 800: Implantação                      Implantação de outros tipos de esfíncter                      Mal funcionamento do esfíncter artificial: Como diagnosticar e tratar                      Experiência Européia com Esfíncter artificial                      Palestrante: JOHN HEESAKKERS (Holanda)                      Discussão casos clínicos                      Debatedor: JOHN HEESAKKERS (Holanda)</p>
12:00 - 14:00	Intervalo para almoço
14:00 - 15:30	<p>Passo-a-passo                      PR VLP</p>
15:30 - 16:00	Intervalo
16:00 - 17:30	<p>Passo-a-passo                      HoLEP                      Introdução a materiais, instrumentação e sala cirúrgica                      Técnica trilobar passo-a-passo                      Palestrante: MARIANO SEBASTIAN GONZALEZ (Argentina)                      Técnica en-bloc passo-a-passo                      Morcelação passo-a-passo                      Palestrante: MARIANO SEBASTIAN GONZALEZ (Argentina)                      Evitando e tratando complicações</p>

### PLENÁRIA

MÓDULO III • 12/04/2019 • DAS 8H ÀS 12H

HORÁRIO	ATIVIDADE
08:00 - 10:00	Câncer de Próstata
08:00 - 08:15	<p>Palestra                      Painel genético: o que temos que saber para solicitar                      Palestrante: ELENI EFSTATHIOU (Estados Unidos)</p>
08:15 - 08:30	<p>Palestra                      Câncer de Próstata: o que nos espera os próximos 10 anos?</p>
08:30 - 09:00	<p>Minha opção – Debate                      Diagnóstico em câncer de próstata                      Caso conceito                      RM multiparamétrica antes da biópsia                      Biópsia independente do resultado da RM multiparamétrica                      Conclusão</p>
09:00 - 09:30	<p>Conceito e Atualização                      P1 – Prostatectomia radical laparoscópica: tem data de validade?                      P2 – Prostatectomia radical: qual o limite para o tratamento do câncer avançado                      Painelista: SURENA MATIN (Estados Unidos)                      P3 – Terapia focal no Câncer de próstata: mitos e fatos</p>
09:30 - 10:00	<p>Discussão de Casos                      Câncer de Próstata Não-Metastático Resistente à Castração e Câncer de próstata metastático                      Painelista: SURENA MATIN (Estados Unidos)                      Debatedora: ELENI EFSTATHIOU (Estados Unidos)</p>
10:00 - 10:30	Intervalo
10:30 - 12:00	Disfunção miccional

## PROGRAMAÇÃO

10:30 - 10:45	Palestra Microbioma e LUTS: É relevante? Como lidar? Palestrante: JOHN HEESAKKERS (Holanda)
10:45 - 11:15	Conceito e Atualização Painel atual – Incontinência urinária masculina P1 – Fisioterapia precoce P2 – Slings P3 – Esfincter artificial
11:15 - 11:30	Palestra Bexiga hipoativa – Como diagnosticar? Como conduzir?
11:30 - 12:00	Discussão de Casos Bexiga neurogênica Debatedor: JOHN HEESAKKERS (Holanda)

## MÓDULO IV • 12/04/2019 • DAS 14H ÀS 17H30

HORÁRIO	ATIVIDADE
14:00 - 15:30	Infertilidade
14:00 - 14:15	Palestra “O Espermograma” (OMS-2010): como interpretar, quais os limites e, como se posicionar diante do casal infértil
14:15 - 14:45	Minha opção – Debate Varicocele no adolescente Caso conceito Operar Expectante Conclusão
14:45 - 15:15	Conceito e Atualização O que é notícia em infertilidade P1 – Antioxidantes e melhora da fertilidade masculina P2 – Anticoncepcional masculino P3 – Fragmentação de DNA espermático
15:15 - 15:30	Palestra Maconha: droga recreacional? Novas revelações, o que devemos dizer aos nossos pacientes
15:30 - 16:00	Intervalo
16:00 - 16:30	Conceito e Atualização Câncer de Bexiga P1 – Recorrências: até quando BCG e re-RTU? P2 – Preservação vesical vs cistectomia radical P3 – Cistectomia Robótica: em que estágio estamos?
16:30 - 16:45	Palestra Avanços terapêuticos no tratamento do Carcinoma urotelial do trato urinário superior Palestrante: SURENA MATIN (Estados Unidos)
16:45 - 17:30	Discussão de Casos Câncer de bexiga – recorrências e avançado Debatedor: SURENA MATIN (Estados Unidos)

## SALA 1

HORÁRIO	ATIVIDADE
08:00 - 17:30	Curso Urologia de Consultório Litíase Urinária: Tratamento Clínico e Profilaxia Litotripsia Extracorpórea – será que ainda há indicação? Hemospermia, diagnóstico e tratamento

08:00 - 17:30	<p>Curso</p> <p>Urologia de Consultório</p> <p>Litíase Urinária: Tratamento Clínico e Profilaxia</p> <p>Litotripsia Extracorpórea – será que ainda há indicação?</p> <p>Hemospermia, diagnóstico e tratamento</p> <p>Hematúria, diagnóstico e tratamento</p> <p>Tuberculose Genitourinária – Diagnóstico e Acompanhamento</p> <p>Estenose de Uretra</p> <p>Doença de Peyronie e Priapismo: Diagnóstico e Tratamento</p> <p>Marcadores Tumorais em Urologia: O que temos de novidade? e o que devemos valorizar?</p> <p>Intervalo</p> <p>Exame Urodinâmico: quando e porque solicitar</p> <p>Incontinência Urinária de Esforço e Distopia Urogenital Feminina: Qual a melhor opção e porquê: Tela ou Aponeurose?</p> <p>Bexiga Hiperativa, diagnóstico e tratamento</p> <p>Dor pélvica: Diagnóstico e tratamento</p> <p>Deficiência Androgênica e do Envelhecimento Masculino (DAEM)</p> <p>Disfunções Ejaculatórias e do Orgasmo</p> <p>Intervalo para almoço</p> <p>Hormônios sexuais e depressão</p> <p>Transexualidade, o que precisamos saber e como fazer?</p> <p>Disfunção Erétil, diagnóstico e opções de tratamento</p> <p>Vasectomia: cuidados e orientações ao paciente</p> <p>Cistos Renais e Massas Adrenais, diagnóstico, quando indicar o tratamento cirúrgico e porquê?</p> <p>Vale a pena o urologista fazer ultrassom no consultório – experiência pessoal</p> <p>Intervalo</p> <p>Infertilidade Masculina e avaliação do espermograma</p> <p>Varicocele e Infertilidade, tratamento clínico ou cirúrgico: Mitos e Verdades?</p> <p>Biópsia de próstata e Ressonância Multiparamétrica quando e porque indicar?</p> <p>Câncer de Próstata: Opções de Terapias Medicamentosas</p> <p>PSA - Antígeno Prostático Específico: quando solicitar e quando não solicitar, porquê?</p> <p>Hiperplasia Benigna da Próstata – Tratamento Clínico</p>
<b>SALA 2</b>	
HORÁRIO	ATIVIDADE
08:00 - 12:00	<p>Curso Prático</p> <p>Ureterolitotripsia flexível</p>
14:00 - 17:30	<p>Curso</p> <p>1º Encontro dos Ex Residentes de Urologia Do HCFMUSP e Fellowships em Uro-Oncologia do Hospital Sírio Libanês</p>
14:00 - 15:00	<p>Curso Fellows e Ex-Residentes</p> <p>Sessão I</p> <p>Nefrolitotomia anatrófica</p> <p>Ureterolitotripsia endoscópica</p> <p>Ressecção endoscópica da próstata</p> <p>“Greenlaser” em hiperplasia prostática</p> <p>Comentários do Moderador</p>
15:00 - 16:00	<p>Curso Fellows e Ex-Residentes</p> <p>Sessão II</p> <p>Acesso ao retroperitônio e pedículos vasculares</p> <p>Enucleação de tumores renais</p> <p>Neobexiga ileal ortotópica</p> <p>Prostatectomia radical retropúbica</p> <p>Comentários do Moderador</p>
16:00 - 16:30	<p>Curso Fellows e Ex-Residentes</p> <p>Intervalo</p>



## PROGRAMAÇÃO

16:30 - 18:00	<p>Curso Fellows e Ex-Residentes Sessão III Fístulas vesico-vaginais "Sling" em incontinência feminina Uretroplastias com retalhos livres e pediculados Esfíncter Artificial AMS-800 Microcirurgia de deferente Prótese peniana inflável Corporoplastia em Doença de Peyronie Comentários do Moderador</p>
<b>SALA 3</b>	
HORÁRIO	ATIVIDADE
08:00 - 10:00	<p>Guidelines HPB Módulo tratamento medicamentoso Monoterapia com alfa-bloq vs terapia combinada: quando indicar? Inibidores da fosfodiesterase 5 em HPB: ainda é segunda linha? Antimuscarínicos em HPB: evidências atuais Quando parar o tratamento clínico e indicar cirurgia? Perguntas e discussão Módulo tratamento intervencionista Tratamento minimamente invasivo: quando e qual a melhor opção? Tratamento do adenoma &lt;80 gramas: qual a melhor opção? Enucleação endoscópica: qual a melhor fonte de energia? Tratamento do grande adenoma: qual a melhor opção? Perguntas e discussão</p>
10:00 - 10:30	Intervalo
10:30 - 12:00	<p>Guidelines Câncer renal Diagnóstico e estadiamento de tumor renal: qual o melhor exame de imagem? Biópsia de massas renais. Quando e como? A vigilância para tumor renal é pertinente? Crioterapia vs radioablação: quando indicar, como seguir e resultados a longo prazo Tratamento do tumor renal localizado: cirurgia aberta, laparoscópica ou robótica? Linfadenectomia no tratamento do CCR. Quando e qual extensão? Perspectivas sobre tumor renal com trombo em veia cava Perspectivas sobre a nefrectomia citorrredutora em CCR metastático Evidências sobre neoadjuvância e adjuvância em CCR Imunoterapia em tumor de rim: onde estamos?</p>
12:00 - 14:00	Intervalo para almoço
14:00 - 15:30	<p>Guidelines Câncer de próstata local</p>
15:30 - 16:00	Intervalo
16:00 - 17:30	<p>Guidelines Câncer de próstata avançado Tratamento sistêmico do câncer de próstata metastático castração sensível Perguntas da plateia Tratamento local do câncer de próstata metastático castração sensível Perguntas da plateia Tratamento sistêmico do câncer de próstata metastático castração resistente Perguntas da plateia Tratamento direcionado para metástase óssea Perguntas da plateia</p>

SALA 4	
HORÁRIO	ATIVIDADE
08:00 - 10:00	Passo-a-passo Nefrectomia parcial laparoscópica
10:30 - 12:00	Passo-a-passo Prótese peniana inflável Truques do implante peniano de 3 volumes após cirurgia pélvica robótica Truques do implante peniano de 3 volumes em doença de Peyronie Truques do implante peniano de 3 volumes concomitante com esfíncter artificial Implementação na tabela Tuss de honorário do implante peniano de 3 volumes
14:00 - 15:30	Passo-a-passo Nefrolitotripsia percutânea
15:30 - 16:00	Intervalo
16:00 - 17:30	Passo-a-passo Greenlight

### PLENÁRIA

MÓDULO V • 13/04/2019 • DAS 8H ÀS 12H

HORÁRIO	ATIVIDADE
08:00 - 10:00	Endourologia
08:00 - 08:15	Palestra Até quanto reduzir o calibre do acesso percutâneo: percutânea, mini-percutânea e ultramini-percutânea Palestrante: MARIANO SEBASTIAN GONZALEZ (Argentina)
08:15 - 08:30	Palestra Litíase renal: afinal LECO deve ser aposentada?
08:30 - 09:00	Minha opção – Debate Cálculo renal 2 cm Caso conceito Percutânea / Mini-percutânea Ureterorreno flexível Conclusão
09:00 - 09:30	Conceito e Atualização Melhorando resultados P1 – Avaliação metabólica mínima em litíase renal P2 – Duplo J revestido P3 – Qual é o melhor LASER a ser usado para litotripsia? Painelista: MARIANO SEBASTIAN GONZALEZ (Argentina)
09:30 - 10:00	Discussão de Casos Litíase urinária Debatedor: MARIANO SEBASTIAN GONZALEZ (Argentina)
10:00 - 10:30	Intervalo
10:30 - 12:00	Próstata / LUTS
10:30 - 10:45	Palestra Problemas à vista: HPB com hiperatividade detrusora / HPB com hipocontratilidade detrusora
10:45 - 11:15	Conceito e Atualização Perspectivas P1 – Terapia medicamentosa oral combinada em HPB P2 – Enucleação prostática robótica P3 – Enucleação prostática - Novas fontes de energia: monopolar, bipolar, Thulium e Green-LEP

## PROGRAMAÇÃO

11:15 - 11:30	Palestra Enucleação a LASER – HoLEP vs LASER verde vs Robótica
11:30 - 12:00	Discussão de Casos HPB e LUTS

## MÓDULO VI • 13/04/2019 • DAS 14H ÀS 17H30

HORÁRIO	ATIVIDADE
14:00 - 15:30	Trauma e transplante
14:00 - 14:15	Palestra Abordagem laparoscópica no transplante renal – vale à pena?
14:15 - 14:45	Minha opção – Debate Fístula vésico-vaginal Caso conceito Correção via vaginal Fístula vesicovaginal: fechamento transvesical Debatedor: JOHN HEESAKKERS (Holanda) Conclusão
14:45 - 15:15	Conceito e Atualização Trauma urológico P1 – Monitorização por imagem em trauma renal P2 – Trauma renal - intervenção endovascular: quando e como P3 – Ruptura de uretra posterior – melhor abordagem inicial
15:15 - 15:30	Palestra Abordagem contemporânea das lesões ureterais
15:30 - 16:00	Intervalo
16:30 - 16:45	Palestra Estado atual da cirurgia para mudança de gênero
16:45 - 17:15	Palestra Engenharia celular na reconstrução uretral
17:15 - 17:45	Conceito e Atualização P1 – Estenose de uretra pós-prostatectomia radical P2 – Uso de imunossupressor intrauretral pós-uretrotomia interna P3 – Estenose de uretra feminina

## SALA 1

HORÁRIO	ATIVIDADE
08:00 - 17:30	Workshop Uropediatria

## SALA 2

HORÁRIO	ATIVIDADE
08:00 - 17:30	Workshop Uro-oncologia

## SALA 3

HORÁRIO	ATIVIDADE
08:00 - 12:00	Guidelines DST e ITU Módulo IST Guidelines vacinas HPV no Brasil e no mundo Guidelines corrimento uretral, exames laboratoriais e resistência bacteriana Guidelines Sífilis – Diagnóstico e tratamento Guidelines herpes genital métodos diagnósticos, quando e como tratar

08:00 - 12:00	<p>Guidelines HPV diagnóstico e tratamento das lesões HPV induzida                      HPV - Casos complexos: estratégias de tratamento                      Discussão                      Intervalo                      Módulo ITU                      Guidelines cistites recorrentes                      Guidelines aspectos atuais da antibioticoterapia na ITU                      Guidelines profilaxia antibiótica na cirurgia urológica                      Guidelines pielonefrites - aspecto atual                      Guidelines infecções urinárias na infância e gestação                      Guidelines prostatite – conduta atual                      Discussão</p>
12:00 - 14:00	Intervalo
14:00 - 15:30	<p>Guidelines                      Bexiga hiperativa idiopática                      Bexiga Hiperativa Idiopática (BHI):                      – Diagnóstico Diferencial                      – O que fazer antes de iniciar o tratamento?                      Tratamentos de 1º e 2º linha:                      – Combinados ou escalonados?                      – Com que droga iniciar?                      – Na falha da primeira droga, trocar, associar drogas ou partir para a 3º linha?                      Idade, polifarmácia e BHI                      3º linha: – Toxina e Neuromodulação são opções paralelas ou consecutivas?                      – Estimulação Percutânea do Nervo Tibial (PTNS): Como, quando e onde?                      3º linha: Quais as diferenças entre os Guidelines da AUA, EAU e SBU?                      Cirurgia para BHI em mulheres sem POP clínico: Suspensão apical, laser vaginal e outras cirurgias.                      O quê podemos aplicar na prática?                      Sintomas de armazenamento no homem: pré e pós cirurgia para HPB</p>
15:30 - 16:00	Intervalo
16:00 - 17:30	<p>Guidelines                      Incontinência urinária neurogênica</p>
<b>SALA 4</b>	
HORÁRIO	ATIVIDADE
08:00 - 10:00	Lidando com complicações Ureteroscopia e percutânea
10:00 - 10:30	Intervalo
10:30 - 12:00	Lidando com complicações Prostatectomia radical laparoscópica e robótica
12:00 - 14:00	Intervalo para almoço
14:00 - 15:30	Lidando com complicações Prótese peniana e Peyronie
15:30 - 16:00	Intervalo
16:00 - 17:30	<p>Lidando com complicações                      Slings e prolapsos                      Problemas com uso das telas: devemos voltar para sling aponeurótico?                      Como evitar Incontinência urinária “de novo” nas correções de prolapso?                      Complicações com uso de tela – é necessária retirada radical da tela?                      Retenção urinária pós sling como tratar?                      Devemos abandonar o sling sintético: existe evidencia que sling aponeurótico é melhor?                      Lesão esfíncteriana grave após retirada de telas - AMS 800?, Derivação urinária?</p>



# FELLOWSHIP NA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU

## PROGRAMA TEM FOCO EM VIDEOLAPAROSCOPIA E ENDOUROLOGIA



Divulgação

O Departamento de Urologia da Faculdade de Medicina de Botucatu (Universidade Estadual Paulista) oferece desde 2003 o programa de fellowship, com treinamento em Videolaparoscopia, Endourologia ou em ambos. De acordo com o professor Oscar Eduardo Fugita, diretor desse programa, a escolha do foco foi motivada pela expertise do Departamento de Urologia nessas duas áreas e, também, pelo grande

número de pacientes da instituição que buscam esse serviço. O programa tem duração de um ano e é selecionado apenas um fellow, que deverá ter dedicação exclusiva. Com isso, o participante terá atenção total durante o fellowship. O programa é o único da América Latina reconhecido pela Endourological Society – EUS e ao final do programa o fellow recebe certificado dessa instituição.

Segundo o professor Fugita, “o fellow tem horário cirúrgico super-

**O programa é o único da América Latina reconhecido pela Endourological Society – EUS**

visionado duas vezes por semana, quando realiza nefrectomias parciais e radicais, nefrectomia do doador, adrenalectomias, pieloplastias, prostatectomias radicais, nefrolitotripsias percutâneas, ureteroscopias semi-rígidas e flexíveis, RTUs, etc. Faz atendimento ambulatorial dos casos por ele operados. Deve, obrigatoriamente, apresentar reuniões clínicas e escrever artigos aceitos para publicação, além de ter horário para treinamento em modelos inanimados e em animais de experimentação”.

Já participaram do Programa doze fellows, inclusive de fora do

Brasil. Foram publicados mais de dez artigos escritos pelos fellows em revistas indexadas, aceitos cerca de quinze trabalhos para apresentação em eventos internacionais e recebidas premiações nacionais (1) e internacionais (2) pelas apresentações.

Para o diretor do fellowship, é importante que o programa tenha maior reconhecimento nacional pois, segundo afirma, “é mais conhecido fora do país do que internamente”.

Para se candidatar, o interessado deve ter concluído Residência Médica em Urologia em programa reconhecido pela SBU nacional. O processo

seletivo envolve cartas de recomendação de três titulares da SBU e entrevista pessoal. O programa segue o calendário da EUS, tendo início em 1º de julho e término em 30 de junho do ano seguinte. A seleção ocorre no primeiro semestre de cada ano e se encerra dia 30 de abril.

A inscrição e o envio da documentação podem ser feitos diretamente ao diretor do programa, pelo e-mail [oscareh@hu.usp.br](mailto:oscareh@hu.usp.br), ou em contato com o Departamento de Urologia da FMB-UNESP (secretárias Andreia e Gabriela), pelos telefones (14) 3880-1568 ou (14) 3880-1569.



## A OPINIÃO DO EX-FELLOW

O DR. RODRIGO GUERRA DA SILVA PARTICIPOU DO PROGRAMA ENTRE JULHO DE 2008 E JUNHO DE 2009. NESTA ENTREVISTA ELE FALA SOBRE SUAS MOTIVAÇÕES PARA PARTICIPAR E OS BENEFÍCIOS PROFISSIONAIS E ACADÊMICOS QUE O FELLOWSHIP LHE PROPORCIONOU.

### **BIU - O que o levou a se interessar pelo fellowship?**

**Dr. Rodrigo Guerra da Silva** - A Endourologia e a Laparoscopia Urológica, objetivos principais do nosso programa de fellowship, constituem-se em subáreas muito interessantes da especialidade, nas quais conceitos modernos e avançados de cirurgia minimamente invasiva são continuamente desenvolvidos e aplicados, vindo dessa característica meu interesse em aprofundar-me, sendo o treinamento no formato de fellowship o ideal para tal.

### **BIU - Qual foi a importância de ter participado desse programa, na ótica do profissional? Como contribuiu em sua prática médica?**

**Dr. Rodrigo Guerra da Silva** - A desenvoltura e experiência cirúrgicas adquiridas nesse período foram essenciais para obter segurança em indicar e realizar tratamentos minimamente invasivos de forma apropriada, eficaz e consistente, de tal modo a oferecer o melhor cuidado aos pacientes. Do ponto de vista da minha trajetória específica, a participação no programa foi fundamental para que, três anos após tê-lo concluído, tivesse a oportunidade de retornar à FMB/UNESP, convidado para integrar o Serviço de Urologia como um de seus médicos assistentes.

### **BIU - Quais os diferenciais do programa que destacaria?**

**Dr. Rodrigo Guerra da Silva** - Atualmente o programa oferece ao fellow a possibilidade de participar, tanto como

auxiliar, mas também progressivamente como cirurgião, de procedimentos laparoscópicos diversos, como nefrectomias (simples, radicais, e de doador vivo para transplante renal), nefrectomias parciais, pieloplastias e procedimentos em crianças, entre outros, assim como ureteroscopias rígidas e flexíveis e cirurgias renais percutâneas, de forma rotineira. Em paralelo, existe incentivo à produção científica, com participação em pesquisas e apresentação de trabalhos em congressos. Adicionalmente, um grande diferencial que o programa possui é a certificação pela Endourological Society.

### **BIU - Algum ponto deveria ser aprimorado?**

**Dr. Rodrigo Guerra da Silva** - Infelizmente a formação em cirurgia robótica ainda não é uma realidade viável dentro do programa, em função de estar primariamente atrelado a um hospital universitário, dependente de verbas públicas - hoje em dia bastante escassas - para as atividades de assistência.

### **BIU - O programa lhe deu base ou estímulo para ingressar na área de pesquisa?**

**Dr. Rodrigo Guerra da Silva** - A partir da participação como fellow e da produção científica decorrente, foi possível que eu fosse aceito como aluno de pós-graduação na Faculdade de Medicina de Botucatu, defendendo Tese de Doutorado e sendo aprovado em 2015.

# O QUE SÃO CUIDADOS PALIATIVOS?



*Fabiana Gomes de Campos é médica pediatra, oncologista infantil e titular da equipe de Dor, Cirurgia Antálgica, Estereotaxia e Cuidados Paliativos do A. C. Camargo Cancer Center*

**O**s Cuidados Paliativos dizem respeito ao atendimento multidisciplinar ao paciente portador de uma doença crônica que ameace sua vida, objetivando o alívio impecável dos sintomas físicos, psicossociais e espirituais, buscando promover qualidade de vida aos pacientes e a seus familiares. Tem como objetivos principais identificar e aliviar os sintomas precocemente, reafirmar a vida e encarar a morte como evento natural - não pretendendo antecipar e nem postergar o processo de morte -, além de integrar aspectos psicossociais e espirituais do cuidado, oferecer suporte que auxilie o paciente a viver o mais ativamente possível e seus familiares se sentirem amparados durante o processo da doença.

São cuidados que atingem o paciente, seus familiares e cuidadores de uma forma ampla e completa e

por isso devem ser iniciados tão logo quanto possível, junto com o diagnóstico. Inicia-se, assim, vínculo precoce, o que permite cuidar, basicamente, dos aspectos emocionais e sociais que permeiam um diagnóstico de doença grave, sintomas - principalmente dor - e este cuidado acontecerá em conjunto com o tratamento que chamamos de modificador de doença. Com o decorrer do tratamento, as necessidades de intervenção tendem a ficar mais amplas e os tratamentos específicos da doença mais restritos; as necessidades de atuação nos aspectos físicos, psicossociais e espirituais ficam mais evidentes e com o agravamento da doença essa evolução é progressivamente mais dispare. Até este momento, qualquer profissional médico pode e deve praticar os Cuidados Paliativos, salvo situação em que é necessário lidar com sintomas complexos.

No momento em que a doença de base fica fora de controle é fundamental o apoio de uma equipe especializada em Cuidados Paliativos, para ações intensivas de contenção de sofrimento numa fase avançada de doença, cuidados de fim de vida e luto. Tendo como o foco de atenção durante todo o processo de doença, o paciente é compreendido como um ser biográfico e devemos buscar conhecer suas preferências e desejos, estimulando a prática da autonomia de decisões, fazendo com que ele participe ativamente da tomada de decisões e plano de cuidados terapêuticos.

Neste contexto, priorizamos um atendimento especializado e principalmente individualizado, com uma comunicação clara e honesta, informando gradativamente sobre o desenvolver da doença e os planos de cuidados, fazendo com que pacientes e familiares compreendam o decorrer da doença e



participem da tomada de decisões.

Em estudos de qualidade de atendimento, detectou-se que a maior queixa dos doentes e seus familiares gira em torno de uma comunicação falha ou insuficiente. É bastante compreensível que tenhamos dificuldade de falar sobre algo que ainda hoje é tratado como um tabu, a morte. No entanto, a falha na comunicação gera diferenças nos objetivos do tratamento entre equipes de saúde e pacientes/familiares, criando expectativas fantasiosas sobre o desfecho do caso e, por fim, conflito, insatisfação e litígio. Devemos considerar também que a desinformação do paciente e seus familiares no decorrer do tratamento gera insegurança, abalando a relação médico-paciente.

O acesso aos serviços de Cuidados Paliativos em países de baixo e médio desenvolvimento ainda é muito precário, com poucos serviços de saúde estruturados para prestar este tipo de atendimento e, até muito recentemente, nem ao menos uma política de saúde pública que contemplates os Cuidados Paliativos.

Publicada no Diário Oficial da União Em 23 de novembro de 2018 foi publicada no Diário Oficial da união resolução que relaciona as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos. Vamos destacar alguns pontos desse documento:

“...**Art. 1º** Dispor sobre as diretrizes para a organização dos cuidados paliativos, à luz dos cuidados continuados integrados, no âmbito Sistema Único de Saúde (SUS).

**Parágrafo único.** Os cuidados paliativos deverão fazer parte dos cuidados continuados integrados ofertados no âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

**Art. 2º** Cuidados paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameace a vida,

por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais.

**Parágrafo único:** Será elegível para cuidados paliativos toda pessoa afetada por uma doença que ameace a vida, seja aguda ou crônica, a partir do diagnóstico desta condição. ...”

“...**Art. 5º** Os cuidados paliativos deverão ser ofertados em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, notadamente:

**I. Atenção Básica:** ordenadora da rede e coordenadora do cuidado, será responsável por acompanhar os usuários com doenças ameaçadoras de vida em seu território, prevalecendo o cuidado longitudinal, ofertado pelas equipes de atenção básica, conjuntamente com o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB), com a retaguarda dos demais pontos da rede de atenção sempre que necessária;

**II. Atenção Domiciliar:** as equipes de atenção domiciliar, cuja modalidade será definida a partir da intensidade do cuidado,



**Em estudos de qualidade de atendimento, detectou-se que a maior queixa dos doentes e seus familiares gira em torno de uma comunicação falha ou insuficiente.**

observando-se o plano terapêutico singular, deverão contribuir para que o domicílio esteja preparado e seja o principal *locus* de cuidado no período de terminalidade de vida, sempre que desejado e possível. Será indicada para pessoas que necessitarem de cuidados paliativos em situação de restrição ao leito ou ao domicílio, sempre que esta for considerada a oferta de cuidado mais oportuna.

**III. Atenção Ambulatorial:** deverá ser estruturada para atender as demandas em cuidados paliativos proveniente de outros pontos de atenção da rede;

**IV. Urgência e Emergência:** os serviços prestarão cuidados no alívio dos sintomas agudizados, focados no conforto e na dignidade da pessoa, de acordo com as melhores práticas e evidências disponíveis; e

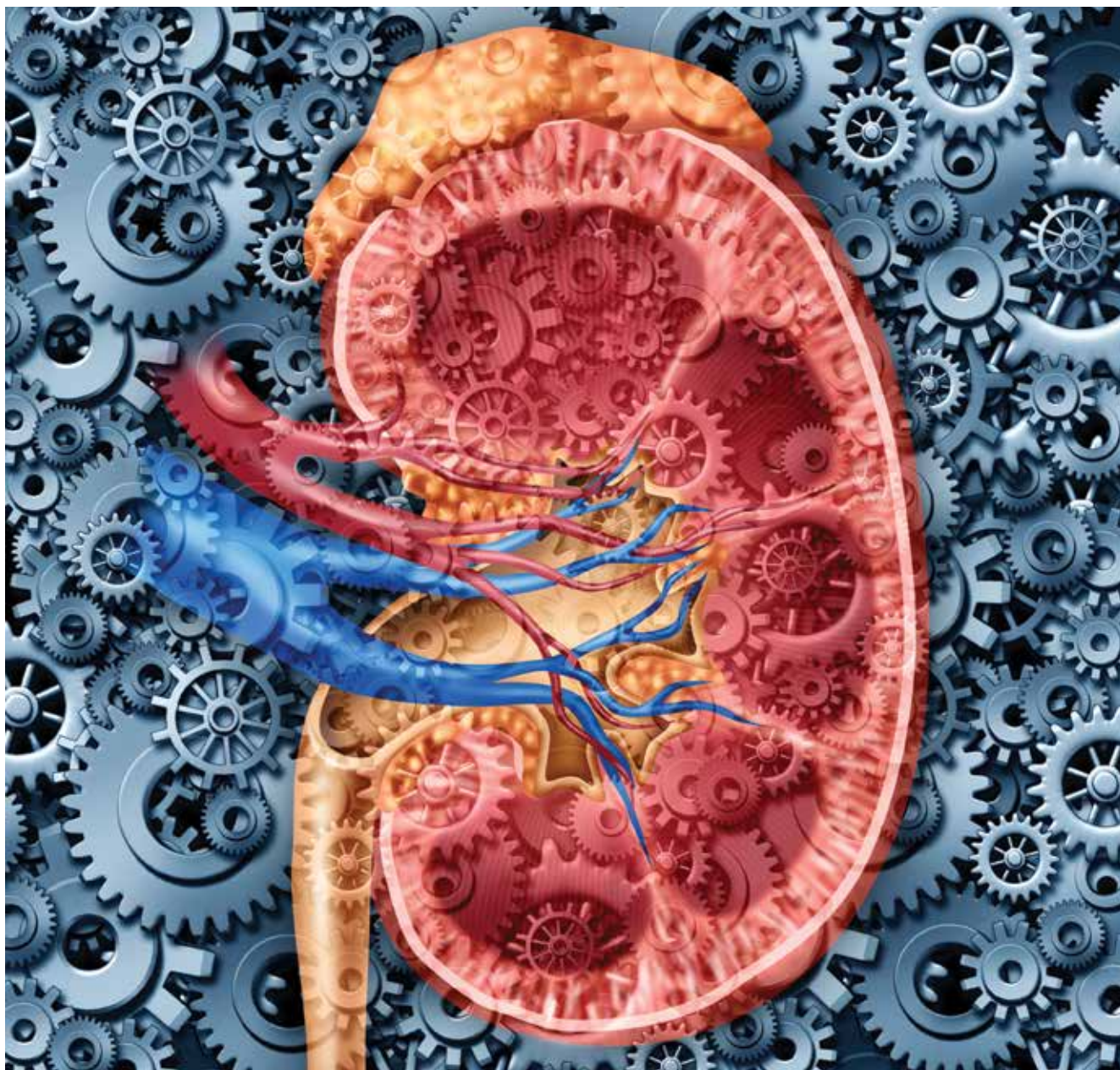
**V. Atenção Hospitalar:** voltada para o controle de sintomas que não sejam passíveis de controle em outro nível de assistência. ...”

“...**Art. 8º** O financiamento para a organização dos cuidados paliativos deverá ser objeto de pactuação tripartite, observado o planejamento e a organização dos cuidados continuados integrados na RAS...”

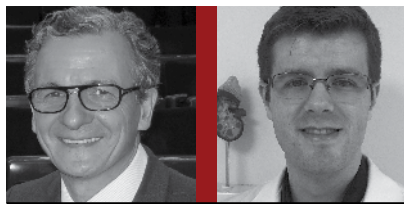
Portanto, a partir de 23 de novembro de 2018 os pacientes estão com seus direitos garantidos no que diz respeito aos Cuidados Paliativos. Claro que, considerando os preconceitos, tabus e desconhecimentos da prática dos Cuidados Paliativos, entendemos que ainda há muito trabalho a ser realizado. Mas quando uma diretriz de política de saúde é aprovada, ficamos respaldados na ética e no âmbito jurídico para oferecer o melhor tratamento, o tratamento proporcional.

A melhor medicina, com os tratamentos mais modernos aliados a uma abordagem personalizada, precisa otimizar e respeitar a vida, até que chegue para o paciente o dia de sua morte.





**BRASIL TEM O MAIOR PROGRAMA PÚBLICO DE**  
**TRANSPLANTE**  
**RENAL DO MUNDO**



*José Medina Pestana, professor titular livre-docente da Disciplina de Nefrologia da UNIFESP, Fellow of Royal College of Surgeons da Inglaterra e diretor superintendente do Hospital do Rim.*

*Renato Demarchi Foresto, nefrologista formado pela Universidade Federal de São Paulo e médico pesquisador do Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital do Rim.*

**D**esde o primeiro transplante renal no Brasil, ocorrido dez anos após o primeiro procedimento mundial realizado em Boston pelo Dr. Joseph Murray em 1954, o programa brasileiro de transplante mostrou-se promissor<sup>1,2</sup>. Impulsionado pela descoberta de novas drogas imunossupressoras, como a azatioprina na década de 1960 e ciclosporina na década de 1970, assim como pela melhoria nas soluções de preservação na década de 1980, o programa brasileiro de transplantes passou a aumentar o uso de doadores falecidos com resultados satisfatórios e inesperados até alguns anos antes<sup>3,4</sup>.

No Brasil, o Sistema Único de Saúde é reconhecido mundialmente como referência de política de saúde universal, integral e equânime. Entre seus diversos programas, destacam-se o de combate à infecção por HIV e o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), o qual coordena e regula o maior programa público de transplantes do mundo. Estabelecido em 1997, o SNT possui uma logística de alocação de órgãos justa e sem privilégios sociais ou culturais. Mais de 95% dos transplantes são realizados pelo sistema público, com acompanhamento realizado pelas próprias equipes de transplante. Contempla, ainda, atendimento ambulatorial e hospitalar, além de fornecimento de medicamentos gratuitamente para a população, bem como aqueles listados no programa de medicamentos excepcionais<sup>5</sup>.

O Ministério da Saúde regula e controla a doação de órgãos em cada

estado com as organizações de procura de órgãos (OPOs), ligadas a hospitais públicos universitários. Em cada estado, listas regionais de candidatos são estabelecidas e a alocação de órgãos à lista de espera é centralizada em cada Secretaria de Estado da Saúde. Dentro do SNT, cada um dos 27 estados tem uma central responsável pela coordenação de um ou mais OPOs, dependendo da população de cada estado. As OPOs são responsáveis pela avaliação diagnóstica da morte encefálica, aquisição do consentimento informado assinado por familiares legais para doação de órgãos, envio de equipe de cirurgiões para a captação de órgãos e comunicação com o laboratório de imunogenética para encaminhamento do material necessário para tipificação HLA e realização do exame de cross-matching<sup>6</sup>.



**Mais de 95% dos transplantes são realizados pelo sistema público, com acompanhamento realizado pelas próprias equipes de transplante.**

Com esta organização, o programa brasileiro de transplantes é considerado o segundo maior do mundo, com 5.920 transplantes de rim realizados em 2018, atrás apenas dos EUA, que realiza cerca de 21.000 transplantes anualmente, a maioria com financiamento privado. Entre os atuais 126.583 pacientes submetidos à terapia renal substitutiva, 22.581 estão na lista para transplante<sup>5,7</sup>. Resultante da melhoria da legislação para transplantes e dos investimentos realizados pelo governo federal nos últimos 30 anos, o número de transplantes renais no país teve um crescimento expressivo, com 920 transplantes renais realizados em 1988 (5,8 pmp), para 1.957 em 1998 (12,2 pmp), chegando a 5.920 (28,6 pmp) em 2018 (figura 1<sup>5</sup>). Esse crescimento foi primariamente devido ao aumento no número de doadores efetivos (de 1,8 pmp em 1998 para 17 pmp em 2018), com aumento correspondente no número de rins transplantados de doadores falecidos (3,8 pmp em 1999 versus 23,6 pmp em 2018). O número de rins transplantados com órgãos de doadores vivos reduziu de 1.065 (6,7 pmp) em 1998, para 1.019 (4,9 pmp) em 2018, em consequência do melhor desempenho do programa de doadores falecidos, o qual correspondeu a 83% do total de transplantes em 2018, e também da regulamentação mais restrita, permitindo apenas doação entre doadores vivos relacionados. O número de transplantes pediátricos realizados no Brasil manteve-se estável em torno de 320 nos últimos 5 anos, sendo 89% deles com doador falecido.

Tanto a sobrevida do paciente como do enxerto vem alcançando melhoria crescente, fruto de um programa nacional consolidado, do aprimoramento da técnica cirúrgica, do avanço na terapia imunossupressora e dos esforços realizados pelas equipes de transplante. Segundo o Registro Brasileiro de Transplantes de 2018, a sobrevida do paciente é de 97% e 93% ao final de 1 e 5 anos, a sobrevida do enxerto de doador vivo é de 93% e 85% e a sobrevida do enxerto de doador falecido é de 84% e 72%, respectivamente<sup>5</sup>. No Hospital do Rim, a sobrevida do enxerto é comparável aos registros internacionais dos EUA e da Europa, chegando a 98% ao final de 1 ano e 90% em 5 anos para doador vivo e 89% e 74%, respectivamente, para doador falecido<sup>8</sup>.

Apesar destas melhorias, a necessidade estimada de transplante renal por milhão de habitantes ainda é pelo menos duas vezes maior que o total de transplantes realizados anualmente (da taxa de transplante renal de 60 pmp necessária para estabilizar a lista, o Brasil realizou 28,5 pmp

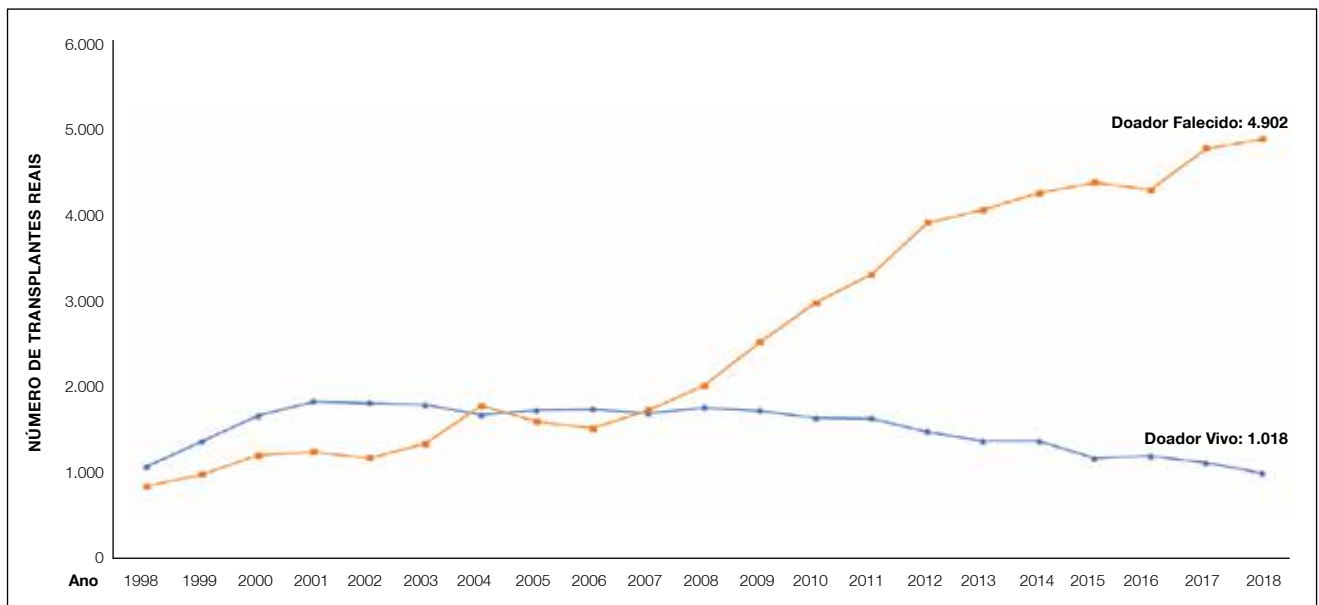
em 2018)<sup>5</sup>. Essa necessidade só não é maior devido ao substantivo aumento na qualidade de vida e sobrevida proporcionada pela diálise, com resultados algumas vezes superiores em relação aos primeiros 12 meses após o transplante<sup>9</sup>.

Sobre a alocação de órgãos do doador falecido, a central estadual distribui cada rim doado de acordo com a melhor compatibilidade HLA. Na população pediátrica, os pacientes menores de 18 anos tem prioridade em relação aos adultos na alocação de órgãos, sendo que rins de doadores menores de 18 anos são alocados prioritariamente para receptores da mesma faixa etária<sup>10</sup>. Também é importante salientar que, no Brasil e no mundo, ocorre expressiva redução no número de doadores mais jovens, decorrentes de morte violenta, com crescimento do número de doadores acima de 50 anos falecidos por causas cerebrovasculares<sup>11</sup>. Para o transplante de doador vivo, a alocação permite doadores aparentados até o quarto grau ou cônjuges e, assim como no caso do transplante

com doador falecido, também se observa crescimento na idade dos doadores, mesmo acima de 70 anos.

Em 1998, o Hospital do Rim foi inaugurado em São Paulo e atualmente conta com 150 leitos, a maioria deles dedicados ao transplante renal. Realiza cerca de 950 procedimentos por ano, com 14.727 transplantes realizados em 20 anos. É uma unidade de ensino certificada da Universidade Federal de São Paulo, recebendo alunos de graduação e residentes da maior parte do Brasil e de alguns países do exterior. Paralelamente ao seu progresso clínico, desenvolveu um forte programa de especialização em ensino e pesquisa clínica, com 75 ensaios clínicos de fase I a IV realizados, com 3.141 receptores de transplante renal envolvidos em seus protocolos de pesquisa<sup>12-19</sup>. Após a regulamentação nacional da pesquisa clínica ser implementada em 1996, centros brasileiros puderam se inserir em numerosos estudos clínicos nacionais e internacionais, como o aprimoramento da técnica de nefrectomia do doador com lombotomia anterior de 6-8

**FIGURA 1: NÚMERO DE TRANSPLANTES RENAI NOS ÚLTIMOS 20 ANOS, POR DOADOR VIVO E FALECIDO.**





cm e o desenvolvimento de regimes imunossupressores<sup>21-24</sup>.

Um dos grandes desafios do programa brasileiro de transplante é enfrentar a enorme disparidade geográfica e econômica entre as regiões do país<sup>20</sup>. O Brasil tem 135 centros ativos distribuídos em 22 de seus 27 estados. Historicamente, as regiões do Sul e Sudeste concentram a maior parte dos transplantes realizados anualmente. A região Sul realiza transplantes de rim a uma taxa de 35,9 pmp, não muito longe da Espanha, com 46,1 pmp, enquanto a região Norte tem o menor desempenho, com 3,6 pmp<sup>5</sup>. Alguns estados do Norte não têm um programa de transplante ativo, como o Amapá, Roraima e Tocantins, o que força muitos dos pacientes que vivem nesses estados a viajar longas distân-

cias para ter acesso ao programa de transplantes. Essas disparidades estão diretamente relacionadas à densidade populacional regional, ao produto interno bruto e à disponibilidade de médicos especialistas em transplante.

Para melhorar os resultados, os benefícios do transplante foram amplamente difundidos entre a população, assim como a segurança e adequação do programa brasileiro, onde não há irregularidades no programa de transplantes de órgãos de doador vivo e falecido. Dessa forma, o Brasil se beneficia da incorporação positiva da imagem do programa de transplantes na cultura da sociedade. Apesar dos bons resultados alcançados, o Brasil ainda tem um longo caminho a percorrer para distribuir de forma mais igualitária a oportuni-

dade de transplante para suas regiões. Nossas expectativas para o futuro são fortalecer a pesquisa clínica em transplantes, com treinamento de pesquisadores e nefrologistas, expandir a educação continuada dos profissionais de saúde sobre o diagnóstico e notificação de morte encefálica e manutenção do doador em unidade de terapia intensiva, aumentar o número de equipes envolvidas com captação de órgãos, dobrar o número de transplantes renais para atender a demanda nacional, corrigir as disparidades geográficas, garantir a manutenção do financiamento para o programa de transplantes e criar um registro nacional dos pacientes transplantados e também dos doadores, a exemplo do Collaborative Transplant Study (CTS, Heidelberg).

#### REFERÊNCIAS

- Merril JP, Murray JE, Harrison JH, Guild WR. Successful homotransplantation of human kidney between identical twins. *JAMA* 1956;160:277-282.
- Vasconcelos MSF, Menezes PA, Menezes JAV et al. O transplante renal no Hospital dos Servidores do Estado - Rio de Janeiro. Revisão de 380 transplantes. *Jornal Brasileiro de Transplantes* 1998;1:71-83.
- Murray JE, Merrill JP, Harrison JH et al. Prolonged survival of human-kidney homografts by immunosuppressive drug therapy. *N Eng J Med* 1963;2:645-651.
- Carne RY, Rolles K, Thiru S et al. Cyclosporin A initially as the only immunosuppressant in 34 recipients of cadaveric organs: 32 kidneys, 2 pancreas and 2 livers. *Lancet* 1979;2:1033-1036.
- ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes, 2018;4:1-104.
- Medina-Pestana JO. Organization of a high-volume kidney transplant program - the "assembly line" approach. *Transplantation*. 2006 Jun 15;81(11):1510-20.
- Data from Census of Brazilian Society of Nephrology, 2017. Access in [www.sbn.org.br](http://www.sbn.org.br).
- Data extracted from Collaborative Transplant Study. Data not published.
- Kjellstrand CM, Buonchristiani U, Ting G, Traeger J, Piccoli GB, Sibai-Galland R, et al. Short daily haemodialysis: survival in 415 patients treated for 1006 patient-years. *Nephrol Dial Transplant* 2008;23:3283-9.
- Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.600, de 21 de outubro de 2009. 2009; Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600\\_21\\_10\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2600_21_10_2009.html).
- Pestana JO, Vaz ML, Delmonte CA, Piveta VM, Ramos OL, Ajzen H. Organ donation in Brazil. *Lancet*. 1993;341:118.
- Medina-Pestana JO. Excellence and Efficiency Through a Structured Large Scale Approach: The Hospital Do Rim in São Paulo, Brazil. *Transplantation*. 2017 Aug;101(8):1735-1738.
- Pestana JM. A pioneering healthcare model applying large-scale production concepts: Principles and performance after more than 11,000 transplants at Hospital do Rim. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2016 Oct;62(7):664-671.
- Pestana JM. Clinical outcomes of 11,436 kidney transplants performed in a single center - Hospital do Rim. *J Bras Nefrol*. 2017 Jul-Sep;39(3):287-295.
- Ruppel P, Felipe CR, Medina-Pestana JO, Hiramoto LL, Viana L, Ferreira A, Aguiar W, Ivani M, Bessa A, Cristelli M, Gaspar M, Tedesco-Silva H Jr. The influence of clinical, environmental, and socioeconomic factors on five-year patient survival after kidney transplantation. *J Bras Nefrol*. 2018 Apr-Jun;40(2):151-161.
- Silva HT Jr, Felipe CR, Abbud-Filho M, Garcia V, Medina-Pestana JO. The Emerging Role of Brazil in Clinical Trial Conduct for Transplantation. *Am J Transplant*. 2011 Jul;11(7):1368-75.
- Tedesco-Silva H, Felipe C, Ferreira A, Cristelli M, Oliveira N, Sandes-Freitas T, Aguiar W, Campos E, Gerbase-DeLima M, Franco M, Medina-Pestana J. Reduced Incidence of Cytomegalovirus Infection in Kidney Transplant Recipients Receiving Everolimus and Reduced Tacrolimus Doses. *Am J Transplant*. 2015 Oct;15(10):2655-64.
- Vicari AR, Spuldaro F, Sandes-Freitas TV, Cristelli MP, Requião-Moura LR, Reusing JO Jr, Pierrotti LC, Oliveira ML, Girão CM, Gadonski G, Kroth LV, Deboni LM, Ferreira GF, Tedesco-Silva H, Esmeraldo R, David-Neto E, Saitovitch D, Keitel E, Garcia VD, Pacheco-Silva A, Medina-Pestana JO, Manfro RC. Renal transplantation in human immunodeficiency virus-infected recipients: a case-control study from the Brazilian experience. *Transpl Infect Dis*. 2016 Oct;18(5):730-740.
- Galante NZ, Dib GA, Medina-Pestana JO. Severe intellectual disability does not preclude renal transplantation. *Nephrol Dial Transplant*. 2010 Aug;25(8):2753-7.
- Medina-Pestana JO, Galante NZ, Tedesco-Silva H Jr, Harada KM, Garcia VD, Abbud-Filho M, Campos Hde H, Sabbaga E. Kidney transplantation in Brazil and its geographic disparity. *J Bras Nefrol*. 2011 Dec;33(4):472-84.
- Aguiar WF, Passerotti CC, Claro JF, Almeida CJ, Gattas N, Cedenho AP, Pestana JO, Ortiz V. Mini-incisions by lombotomy or subcostal access in living kidney donors: a randomized trial comparing pain, safety, and quality of life. *Clin Transplant*. 2007 Mar-Apr;21(2):269-76.
- Pascual J, Berger SP, Witzke O, Tedesco H, Mulgaonkar S, Qazi Y, Chadban S, Oppenheimer F, Sommerer C, Oberbauer R, Watarai Y, Legendre C, Citterio F, Henry M, Srinivas TR, Luo WL, Marti A, Bernhardt P, Vincenti F. Everolimus with Reduced Calcineurin Inhibitor Exposure in Renal Transplantation. *J Am Soc Nephrol*. 2018 Jul;29(7):1979-1991.
- Durrbach A, Pestana JM, Pearson T, Vincenti F, Garcia VD, Campistol J, Rial Mdel C, Florman S, Block A, Di Russo G, Xing J, Garg P, Grinyó J. A phase III study of belatacept versus cyclosporine in kidney transplants from extended-criteria donors (BENEFIT-EXT study). *Am J Transplant*. 2010 Mar;10(3):547-57.
- Tedesco-Silva H, Felipe C, Ferreira A, Cristelli M, Oliveira N, Sandes-Freitas T, Aguiar W, Campos E, Gerbase-DeLima M, Franco M, Medina-Pestana J. Reduced Incidence of Cytomegalovirus Infection in Kidney Transplant Recipients Receiving Everolimus and Reduced Tacrolimus Doses. *Am J Transplant*. 2015 Oct;15(10):2655-64.



# UMA CONFRARIA PARA APRECIAR – E PRODUZIR – BOA GASTRONOMIA

*Marcus Vinicius M. Rezende é urologista e confrade “Maridos de Dona Flor”*



## A ESCOLHA DO NOME DA CONFRARIA

O nome “**Maridos de Dona Flor**” foi inspirado em uma famosa confraria paulistana, a “Amigos de Babette”, assim batizada em alusão ao conto A festa de Babette, da dinamarquesa Karen Blixen, que foi transformado em filme. Na história, as protagonistas possuem grande talento culinário. Dessa forma a confraria interage com a literatura e, é claro, com a arte... a arte de cozinhar.



**C**erto dia, dois amigos amantes da boa cozinha (um deles recém-chegado em Campos do Jordão) conversavam sobre suas aventuras gastronômicas e tiveram uma ideia: “Paulo – disse um deles - e se formarmos um grupo de amigos interessados em gastronomia e de paladar refinado para nos reunirmos e saborear o que a boa cozinha tem para oferecer? ” Já no dia seguinte doze homens amantes da culinária estavam interessados em participar. Pronto... estava formada a “Confraria Maridos de Dona Flor”.

A primeira reunião foi na casa de um dos confrades, onde foram delineados os moldes dos encontros:

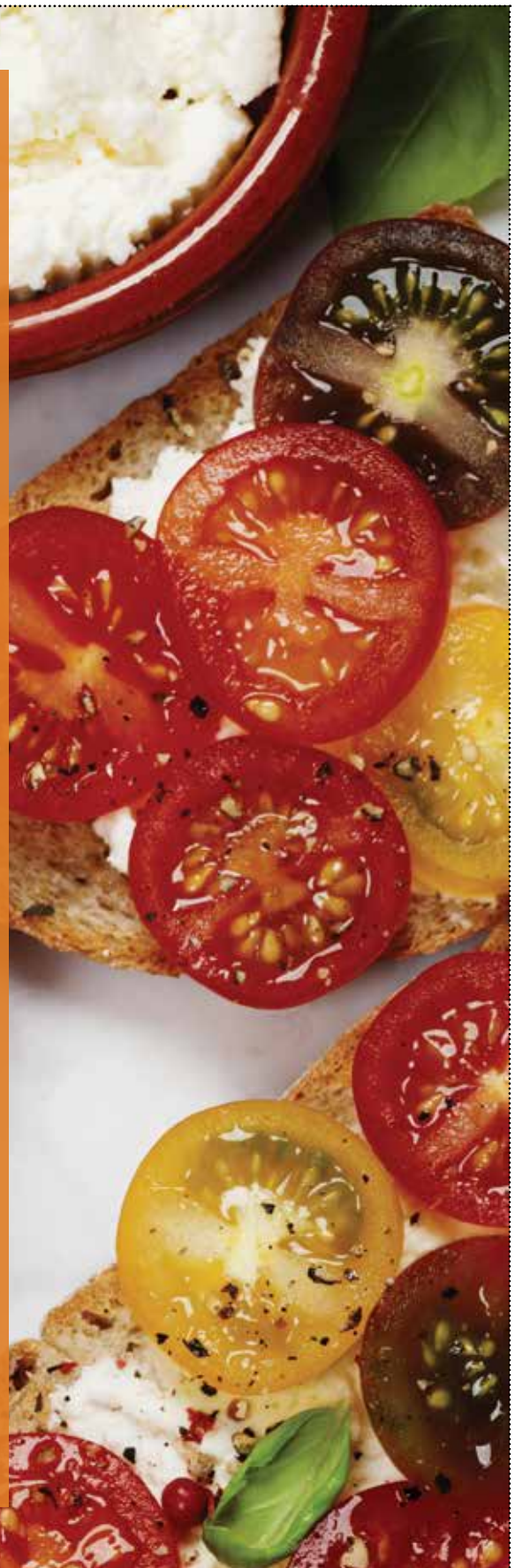
- A cada reunião um será responsável pela entrada, outro pelo prato principal e um terceiro pela sobremesa.
- Um confrade será o responsável em organizar a harmonização dos vinhos para os pratos, o que pode ser feito por um dos cozinheiros da vez.
- Cada confrade que irá cozinhar pode (e deve) levar um convidado.
- Uma escala anual é feita para o revezamento dos encargos.

Desde então os confrades se reúnem mensal ou bimensalmente para suas experiências gourmets.

As reuniões podem ser realizadas nas casas de confrades, mas geralmente acontecem em algum restaurante de alto padrão da cidade (que em Campos do Jordão são vários), onde a confraria é convidada pelo proprietário – geralmente amigo de algum confrade - para fazer sua reunião, normalmente em um dia que o restaurante não abre. Desta forma, os confrades responsáveis em cozinhar levam os ingredientes e preparam seus pratos usando a estrutura da cozinha do restaurante.

Cada cozinheiro sabe ao certo para quantas pessoas vai cozinhar: os confrades, mais três convidados e o dono do restaurante – que logicamente é chamado para o evento.

Houve ocasiões em que a confraria foi convidada para cozinhar em algum evento, como reunião festiva do Rotary Club da cidade, festa de final de ano da Associação dos Engenheiros e confraternização de uma Loja Maçônica. Momentos que proporcionaram interação ainda maior entre os amigos.





“A gente aprende muito nas nossas reuniões. O crescimento como cozinheiro é inevitável”, afirma Mauro Carvalho, idealizador e fundador da Confraria.

A confraria é composta somente por homens, mas duas vezes por ano as esposas são convidadas para participar: em junho, mês dos namorados, e em dezembro, para festejar o final do ano. Nestas reuniões todos os confrades cozinham juntos e servem os pratos, enquanto as esposas degustam um Champagne aguardando o jantar.

Em quase dez anos de Confraria alguns já saíram, outros entraram, mas sempre com o pré-requisito de ingresso de ser um interessado em ampliar seus conhecimentos sobre a boa gastronomia. Não é uma simples reunião para “comer bem”. O objetivo é o desenvolvimento gastronômico de cada um dos membros, a troca de experiências na arte de cozinhar, as “dicas” culinárias dos mestres e, claro, degustar pratos sofisticados, experimentar novidades inusitadas.

Não é raro nas reuniões algum confrade trazer um tempero que conheceu no oeste europeu, ou substituir o licor de Cassis pelo Maple Syrup trazido pelo seu filho do Canadá, ou até mesmo um charuto Cohiba para terminar a noite.

Com esta dinâmica, as reuniões se realizam em um ambiente de descontração, onde o stress e a correria do dia a dia ficam do lado de fora da cozinha. O relacionamento amigável torna momentos especiais e únicos para aqueles apaixonados pela arte da gastronomia.



“

**O objetivo é o desenvolvimento gastronômico, a troca de experiências, as “dicas” culinárias dos mestres e a degustação de pratos sofisticados.**

# VALORES ESPECIAIS PARA ASSOCIADOS **SBU**



Aproveite esta oportunidade de atualizar-se com os cursos que são referências científicas nacionais.

LANÇAMENTO 2019

## CURSO INTENSIVO EM UROLOGIA (PROTEUS) DA SBU-SP

CERTIFICADO PELA  
**SBU** São Paulo  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA

24 HORAS | 100% ON-LINE

## CURSO ON-LINE DE URO-ONCOLOGIA

**SBU** São Paulo  
SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA

ATUALIZE-SE COM OS TEMAS MAIS  
RELEVANTES ONDE E QUANDO QUISER!

25 HORAS | 100% ON-LINE

# 20% OFF

UTILIZE O CÓDIGO NO ATO DA COMPRA

**CBU20**

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

Mais informações? Entre em contato conosco!  
(11) 4196 6000





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!**



FÁCIL ACESSO AOS CURSOS E PRÓXIMOS EVENTOS

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



**NOTÍCIAS**

- SBU-SP e SOCESP - Futuras parcerias**  
A Sociedade de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço (SOCESP) e a Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço (SBU-SP) assinaram um acordo de parceria para a realização de cursos, eventos e projetos de pesquisa.
- SBU-SP define coordenadores de seus projetos para o ano de 2015.**  
A Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço (SBU-SP) definiu os coordenadores de seus projetos de pesquisa para o ano de 2015.
- Resultado das eleições SBU-SP 2014/2015**  
O resultado das eleições para o Conselho de Administração da Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço (SBU-SP) foi divulgado.

**PROJETOS SBU-SP**

**ASSISTA ÀS AULAS ONLINE.**  
Você vai aprender e aprender muito mais a respeito de Tudo de Especialidade!