

ESPECIAL

50 SBU-SP Anos

UMA HISTÓRIA SINTONIZADA COM
OS AVANÇOS DA UROLOGIA E COM OS
INTERESSES DOS UROLOGISTAS



Ponto de Vista

Nódulos adrenais



Além da Urologia

Doenças do sono e sintomas urológicos



Urologia Legal

Aspectos jurídicos da vasectomia



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 SOCSIF - Futuras parcerias
A parceria entre as sociedades de classe médica e de odontologia, com o objetivo de promover ações conjuntas em prol da sociedade, foi discutida em uma reunião realizada em 14 de maio de 2016.

SBU-SP define coordenadora de seus projetos para o ano de 2016
A diretoria da SBU-SP definiu a coordenadora dos projetos sociais para o ano de 2016, a ser realizada em parceria com a SOCSIF.

Diretora da SBU-SP reúne com empresários do setor médico
A diretoria da SBU-SP reuniu-se com empresários do setor médico para discutir a possibilidade de parcerias entre as sociedades de classe e o setor empresarial.

Realizada 4ª edição SBU-SP Fórum 2016/2017
A 4ª edição do Fórum SBU-SP ocorreu em 14 de maio de 2016, com a participação de diversos profissionais da área.

PROJETOS SBU-SP

ASSISTA AS AULAS ONLINE
Opção exclusiva e acessível para os associados da SBU-SP.



WWW.SBU-SP.ORG.BR

Caros amigos, tenho o prazer e a honra de participar desta edição do BIU comemorativa dos 50 anos de nossa seccional. Vejo a SBU-SP como entidade representativa de seus associados, atuante nos seus propósitos, influente e respeitada por seus sócios, outras entidades de classe e órgãos governamentais. Sua excelência e regularidade na execução de seus projetos e eventos lhe conferem independência, autonomia, respeito e credibilidade, exigindo de seus administradores muita dedicação, profissionalismo e responsabilidade. Foram 26 presidentes e respectivas diretorias neste meio século de construção de nossa seccional para atingir a solidez atual, aos quais agradecemos e nos reverenciamos.

Além do foco comemorativo, buscamos ainda outras informações relevantes para o cotidiano do urologista. O dr. Arilson Carvalho, entrevistado desta edição, nos atualiza sobre conquistas da SBU através da CET/CSTE, onde assumimos o protagonismo no controle, junto ao MEC, dos Programas de Residência em Urologia, fruto da credibilidade conquistada por nossa Sociedade.

A matéria sobre Nódulos Adrenais, em “Ponto de Vista”, com as visões do endocrinologista e urologista, deve ser lida com atenção, especialmente o tópico “O que não fazer”! Os autores simplificam e desmistificam a abordagem, que deve ser racional e individualizada, otimizando eficácia, segurança e custo.

Outro artigo imperdível é o elaborado pela dra. Sandra Xavier, otorrinolaringologista, sobre a relação entre distúrbios do sono e sintomas urológicos. Sua esposa já gravou você roncando? Você investiga a qualidade do sono de seus pacientes? O sintoma urológico pode ser a principal queixa do paciente com distúrbio do sono. A apneia do sono pode aumentar em quase 10 vezes o risco de disfunção erétil, reduz a testosterona e pode ser causa isolada de noctúria! A qualidade do sono deve ser incluída em nossa anamnese, especialmente no homem, > 50 anos e obeso.

Finalizamos com a suave matéria sobre carros antigos do nosso querido dr. João R. Abrahão. Esta nem preciso sugerir, tenho certeza que será a mais lida!

Um abraço a todos e boa leitura.

Luís Gustavo Morato de Toledo
Editor do Biu

drluisgtoledo@gmail.com | 11 99639-5014



Luís Gustavo
Morato de Toledo

COEDITORES DO BIU



FERNANDO
KORKES



SANDRO
NASSAR



WALTER
COSTA



Boletim de Informações Urológicas • Julho / Agosto 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.



12

ESPECIAL

50 anos da SBU-SP

22

PONTO DE VISTA

Nódulos adrenais



29

ALÉM DA UROLOGIA

Sintomas urológicos na doença do sono

ENTREVISTA

Dr. Arilson de Sousa Carvalho Júnior

8

6

**SBU E
VOCÊ**

32

**UROLOGIA
LEGAL**

35

**FIQUE
SABENDO**

37

**SEM
ESTRESSE**

RELATÓRIO FINANCEIRO DA SBU-SP

ACOMPANHE AS DESPESAS
ADMINISTRATIVAS DA SBU-SP
REFERENTES A AGOSTO DE 2019
E O DEMONSTRATIVO BANCÁRIO
DE 14 DE SETEMBRO DESTE ANO.

texto: Tesouraria SBU-SP

Prezado associado,

A Diretoria da SBU-SP apresenta a relação de despesas administrativas feitas em agosto de 2019 para a manutenção das sedes da entidade e realização das atividades de interesse dos associados. Também é publicada, como em toda edição do BIU, a posição financeira da entidade referente a 14 de setembro 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: AGOSTO/2019

DESPESAS	VALOR
Advogado Peppe Bonavita	R\$ 2.744,50
Magnitude Assessoria imprensa	R\$ 3.223,00
Condomínio sede Augusta	R\$ 1.155,00
Condomínio sede Tabapuã	R\$ 2.042,89
Convênio funcionários	R\$ 3.572,56
Eletropaulo sede Tabapuã	R\$ 218,71
IPTU sede Augusta	R\$ 152,35
IPTU sede Tabapuã	R\$ 807,81
Ligue Táxi	R\$ 624,00
Limpidus	R\$ 551,85
Motoboy SW	R\$ 1.230,00
Salário funcionários	R\$ 5.851,38
Tributos folha funcionários	R\$ 5.125,96
Site Unimagem	R\$ 5.100,74
Tectray serviços de T.I	R\$ 900,00
Telefonia + cel. corporativo	R\$ 467,25
VR funcionários	R\$ 1.774,80
VT funcionários	R\$ 546,74
Tarifas bancarias	R\$ 100,00
UOL Provedor internet	R\$ 73,82
TOTAL	R\$ 36.263,36

SBU – SECÇÃO SÃO PAULO – 14/09/2019

SALDOS BANCÁRIOS

Conta Eventos	68.525-1	R\$ 1.538,01
Conta Administrativa	71.322-8	R\$ 342,27
SALDO ATUAL		R\$ 1.880,28
APLICAÇÕES		
Aplicação (Eventos)	MAX DI/Compromissada DI	R\$ 843.459,33
TOTAL		R\$ 845.339,61



BOM DIA UROLOGIA

Na última semana de julho a Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina da Unicamp promoveu mais um “Bom Dia Urologia”, com o tema “Novas tendências no tratamento do aumento benigno da próstata e cálculo urinário”. O encontro contou com a participação internacional do prof. Mariano Gonzalez, do Hospital Italiano de Buenos Aires. Ele trouxe sua experiência para o evento, inclusive com realização de vários procedimentos cirúrgicos relacionados.



Da esquerda para direita: Mariano Gonzalez, Luis Felipe Castro Santos, Carlos D'Ancona, Renato Pedro e Thairo Pereira.



Da esquerda para direita os seguintes professores: Juliano Moro, Wagner Matheus, Carlos D'Ancona, Mariano Gonzalez, Osamu Ikari, Orestes Mazariol, Cassio Ricetto, Luis Eduardo Castro Santos e Luiz Felipe Castro Santos.



**ESTE ESPAÇO
É SEU**

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



ENTREVISTADO: DR. ARILSON DE SOUSA CARVALHO JÚNIOR

PARCERIA ENTRE SBU E MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO CONTRIBUI NA FORMAÇÃO DO UROLOGISTA

Ano passado foi firmado um Termo de Cooperação entre o Ministério da Educação e a SBU para monitorar e fiscalizar os programas de Residência Médica em Urologia. Nesta entrevista, o dr. Arilson de Sousa Carvalho Júnior, presidente da Comissão de Ensino e Treinamento da SBU (CET/SBU), fala sobre os resultados obtidos até agora a partir dessa iniciativa, seus desdobramentos e, também, sobre a qualidade do ensino médico no país.

BIU: O sr. poderia explicar os objetivos do Termo de Cooperação assinado entre a SBU e o Ministério da Educação?

Dr. Arilson de Sousa Carvalho Júnior: Esse Termo de Cooperação foi um desdobramento de uma ação inédita que a SBU, em parceria com a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM/MEC), desenvolveu ano passado: a construção, a quatro mãos, da nossa matriz de competências que já está publicada de forma oficial. A partir de então todos os programas de Residência Médica em Urologia deverão ter os mesmos requisitos a serem cumpridos, garantindo uma uniformidade no treinamento e formação dos novos urologistas. Um ganho formidável para a especialidade. A SBU já é reconhecida como uma Sociedade muito atuante e preocupada em manter a qualidade pedagógica do ensino da Urologia pelo país. E esse termo de cooperação assinado em 2018 facultou à SBU a presença nas vistorias que as comissões estaduais de Residência Médica (CEREM's) realizam em todo o país, sejam vistorias de credenciamento ou novos credenciamentos. Em 2019 o termo foi aprimorado, tornando obrigatória a presença da SBU em todas as ações do MEC/CNRM nos programas de Residência. A publicação está para sair a qualquer momento.

BIU: Na condição de presidente da Comissão de Ensino e Treinamento da SBU (CET/SBU), como o sr. vê a qualidade do ensino médico, especialmente no que diz respeito à formação do urologista?

Dr. Arilson de Sousa Carvalho Júnior: A Comissão se aprimora constantemente, na mesma velocidade em que as novas tecnologias são incorporadas ao nosso arsenal de trabalho. Os programas de



PERFIL

Idade: 43 anos

O que o fez se interessar pela especialidade:
resolutividade

Locais onde trabalha:
Hospital Evangélico de Belo Horizonte

Desde quando atua na especialidade: 2001

O que faz nas horas vagas, como lazer ou hobby:
família, filhos e vinhos

Time do coração:
Galo (Atlético Mineiro)

Urologia também se atualizam da mesma forma, pois são orientados e cobrados a oferecer todos os tratamentos disponíveis para a realização da Urologia moderna. Nossos jovens urologistas entram no mercado de trabalho muito seguros e qualificados para o exercício da especialidade. Recentemente, em uma outra ação pioneira da SBU com a AUA (Associação Americana de Urologia), nossos residentes tiveram um grande destaque no evento científico dessa entidade dos EUA, o que mostra a qualidade do ensino a que foram submetidos.

BIU: Quais são, a seu ver, os pontos do ensino médico que precisariam ser aprimorados?

Dr. Arilson de Sousa Carvalho Júnior: Principalmente aqueles conteúdos que independem diretamente da chefia do programa de Residência para que seja oferecido no próprio hospital. Destacaria três áreas principalmente: transplante renal, oncologia clínica e cirúrgica e urologia pediátrica. Temos um cuidado redobrado nesses temas. Mas temos tido muito sucesso mesmo encontrando algumas dificuldades. A CET/SBU cobra, mas também aponta soluções para a obtenção do melhor treinamento para os residentes.

BIU: E quais são os principais obstáculos para que essas melhorias aconteçam?

Dr. Arilson de Sousa Carvalho Júnior: Como eu disse na resposta anterior, temos o entendimento de que ações institucionais precisam às vezes preceder a oferta desses conteúdos programáticos dentro do serviço de Residência em Urologia. Um hospital não pode, por exemplo, se tornar um centro transplantador por vontade própria, ou abrir leitos de Pediatria de uma hora para outra. Temos essa sensibilidade e voca-

Nossos jovens urologistas entram no mercado de trabalho muito seguros e qualificados para o exercício da especialidade.



Cada vez mais devemos estar presentes em Brasília. É lá que o futuro da especialidade é decidido. Vimos isso claramente nessas nossas ultimas ações.

ção para a construção do melhor entendimento. Por isso consideramos que os estágios oficializados em outros centros de formação urológica suprem essas poucas deficiências que possam estar presentes naquele serviço especificamente. Lembrando que há critérios específicos para esses estágios: áreas específicas, número de estágios, etc. Tudo já bem definido em nossas regras de credenciamento.

BIU: Como o sr. vê o número progressivo de escolas de Medicina e profissionais entrando no mercado?

Dr. Arilson de Sousa Carvalho Júnior: Isso foge ao nosso controle. É uma ação específica dos órgãos de representação da classe médica, mas que nos preocupa muito. Há um impacto já visto dessa desordem estabelecida, principalmente nas áreas básicas de atuação do médico. Na Urologia temos conseguido manter o número de programas de Residência Médica de acordo com a demanda da região e capacidade técnica do hospital pretendente. Mas agora, com a formalização do termo de cooperação, atuaremos oficialmente no controle de natalidade da especialidade, que julgo ser alicerce fundamental para o futuro da Urologia.

BIU: O que deve ser feito para garantir a qualidade na formação diante do aumento da oferta de cursos para formação de médicos?

Dr. Arilson de Sousa Carvalho Júnior: Isso já está sendo feito. Somos chamados agora para avaliar pedidos de novos credenciamentos em Urologia, o que nunca

aconteceu antes. Desta forma, a Sociedade passa a decidir ativamente sobre si mesma. A meu ver, é um caminho sem volta.

BIU: Qual é a importância dos eventos científicos para a formação e aprimoramento dos urologistas? Os eventos organizados no Brasil estão cumprindo adequadamente esse papel?

Dr. Arilson de Sousa Carvalho Júnior: Nos congressos médicos feitos pela SBU e suas seccionais podemos comprovar o alto nível científico em que a especialidade está cercada. Tutoriais específicos, cursos hands-on, cursos a distância, tudo visando unir a ciência com a prática urológica, democratizando os avanços tecnológicos e de conhecimento. Estamos entre os maiores congressos do mundo. A SBU tem conseguido atingir seus associados nesse objetivo de aperfeiçoamento contínuo.

BIU: Por favor, faça as suas considerações finais.

Dr. Arilson de Sousa Carvalho Júnior: Agradeço e parabeno a SBU-SP pela excelência que tem conseguido ao longo dos tempos. Precisamos avançar juntos, SBU e seccionais em caminhos convergentes. Quem ganha e amadurece é a sociedade, com benefícios para todos os envolvidos: profissionais e população. Temos que ocupar nossos espaços governamentais, propondo ações estratégicas e inovadoras. Cada vez mais devemos estar presentes em Brasília. É lá que o futuro da especialidade é decidido. Vimos isso claramente nessas nossas ultimas ações. Agradeço muito a diretoria e principalmente aos meus valorosos colegas da CET/CSTE que contribuem muito para a evolução segura da nossa especialidade.

A PERFEITA COMBINAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS PARA A EXTRAÇÃO DE CÁLCULOS

stratone
FRONTAL

Aproximação frontal
como uma pinça.
Captura e retenção
como uma cesta.



TAMANHOS
DISPONÍVEIS DE BAINHA

1.5 FR **2.0 FR**

*O menor diâmetro de
bainha do mercado*

Stratone Frontal novo produto que eleva o nível de qualidade da nossa
família de cestas extratoras de cálculos STRATONE



3 fios paralelos



4 fios helicoidais



Tipless / Tipless VL

UMA HISTÓRIA DE CONQUISTAS E REALIZAÇÕES

Tendo como cenário a sede da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, localizada no 2º andar do prédio situado na rua General Osório, 844, um grupo de urologistas de São Paulo fundou, dia 1º de agosto de 1969, a seccional paulista da Sociedade Brasileira de Urologia. Iniciava-se nessa data a trajetória de uma entidade que, em cinco décadas, se consolidou como uma das mais importantes entidades médicas do país.

A fundação foi assinada por respeitados urologistas daquela época, como o dr. Roberto Rocha Brito – mentor daquela iniciativa –, Wilson Somas e José Albuquerque, além dos integrantes da primeira diretoria, que conduziria provisoriamente a entidade até a realização do XII Congresso Brasileiro de Urologia, realizada cerca de três meses depois, quando seria eleita a diretoria para o biênio seguinte. Essa diretoria provisória, que seria responsável pela implantação formal da SBU-SP, era integrada por Augusto Amélio da Motta Pacheco (presidente), Hamilton José Borges (secretário) e Nelson Caprini (tesoureiro).

Até março de 1980, quando foi inaugurada a sede própria – localizada na rua Augusta, 2933, conjunto 31, na cidade de São Paulo –, as reuniões de diretoria da SBU-SP eram realizadas em locais emprestados, como a Asso-



Capa da primeira edição do BIU

ciação Paulista de Medicina e o Instituto de Urologia. A aquisição daquele conjunto na rua Augusta foi, aliás, um dos marcos da história da entidade e simbolizou o fortalecimento da SBU-SP. A entidade passava a ter sua “casa própria”. Posteriormente, acompanhando o crescimento da Sociedade, outras sedes foram adquiridas: a da rua Cuxiponês, 97, na Vila Pompeia, em 1997, e a atual, na rua Tabapuã, 1.123, no Itaim Bibi, que teve parte dos recursos para a compra conseguidos com a venda do imóvel na Cuxiponês.

A aquisição das sedes foi emblemática na consolidação da entidade. Um dos papéis mais relevantes da SBU-SP, entretanto, foi a contribuição para a atualização do conhecimento e aprimoramento dos profissionais por meio dos eventos científicos que realiza, beneficiando não apenas os urologistas do estado

de São Paulo, mas de localidades de todo o país. Apenas a título de exemplo, o Congresso Paulista de Urologia, que em 2018 recebeu em sua XV edição mais de 3.500 participantes de todos os estados brasileiros e de países vizinhos, é atualmente reconhecido como um dos mais importantes – e maiores – eventos científicos do mundo na especialidade. Essa condição foi sendo conquistada paulatinamente, desde a realização do primeiro Congresso, em 1990. A qualidade da programação científica, o cuida-

do com a organização e o nível dos palestrantes brasileiros e estrangeiros foram os principais fatores para chegar a esse patamar de reconhecimento.

Outras iniciativas semelhantes, como a criação da Jornada Paulista de Urologia e eventos organizados em cidades do interior do Estado para facilitar a participação de profissionais que praticam a Urologia fora da capital – como o Uro-Onco Litoral - também são uma constante na virtuosa história da SBU-SP. A difusão do conhecimento médico e divulgação de informações sobre as atividades da entidade foram alavancada com a criação de uma publicação periódica, inicialmente denominada Boletim Informativo Urológico (de 1983 a 1983), depois batizada de Jornal de Informações Urológicas (de 1983 a 1989), até se transformar no atual Boletim de Informações Urológicas, retornando à sigla original, porém com sutil alteração no nome.

Outro importante trabalho assumido pela entidade no decorrer de sua trajetória foi o engajamento na luta por melhores honorários médicos para os urologistas. O envolvimento nessa batalha é uma clara demonstração da capacidade sempre demonstrada pela SBU-SP de acompanhar os novos tempos, característica que não se limita a promover o acesso ao que existe de mais avançado em conhecimento técnico e científico dentro da especialidade.

A crescente presença dos convênios médicos e a conseqüente mudança no perfil da remuneração de grande parte dos profissionais pode ser observada em depoimentos feitos por ex-presidentes em 1997, quando foi publicada uma edição especial do BIU em comemoração

ao 28º aniversário da SBU-SP. O dr. Waldyr Prudente de Toledo, que exerceu a presidência no biênio 1970-1971, sucedendo a diretoria provisória, destacou que, em sua época, “do ponto de vista econômico, a clínica privada não tinha nenhuma concorrência dos convênios médicos de modo que nós, urologistas, tínhamos oportunidade de desenvolver um estreito relacionamento médico-paciente, de onde fluía uma medicina que satisfazia tanto ao ponto de vista científico como econômico”.

Na mesma edição especial, o dr. Nelson Rodrigues Netto Júnior, que presidiu a SBU-SP em 1980-1981, descreveu um cenário diverso: “Naquele tempo (referindo-se à época de sua gestão), as pressões econômicas já eram mais fortes. Os médicos sentiam a diminuição rápida e progressiva da clínica particular e o agigantamento dos convênios médicos. No entanto, ainda havia possibilidade de trabalho para o urologista que terminava seu treinamento, principalmente no interior do Estado, onde a situação era bem mais amena”.

Ao longo das cinco décadas de atividades, a SBU-SP soube acompanhar os avanços da Urologia em âmbito mundial e as mudanças na relação médico-paciente, com a crescente presença dos convênios médicos. Essa capacidade de adaptação, sempre tendo como objetivo maior o interesse do associado, é, certamente, um dos fatores que transformaram a entidade numa das mais importantes e atuantes Sociedades médicas do país, contribuindo de forma efetiva para o avanço e reconhecimento da Urologia brasileira.



Um dos papeis mais relevantes da SBU-SP foi a contribuição para a atualização do conhecimento e aprimoramento dos profissionais por meio dos eventos científicos que realiza.



Ex-ministro Delfin Neto participou da Jornada Paulista de Urologia em 1997



Ex-presidente José Carlos Souza Trindade inaugura a sede da rua Cuxipônês

“A SBU-SP CHEGA AOS SEUS 50 ANOS COMO UMA ENTIDADE MADURA, INDEPENDENTE, DINÂMICA E PRODUTIVA”



Flavio Trigo Rocha, vice-presidente da SBU-SP no biênio 2016-2017 e presidente da entidade no biênio 2018-2019

É uma honra muito grande presidir a SBU-SP no ano de seu Jubileu de Ouro. É uma satisfação presidir uma Sociedade que agrega algumas das figuras mais representativas da Urologia de São Paulo e do Brasil. A SBU-SP chega aos seus 50 anos como uma entidade madura, independente, dinâmica e produtiva graças a uma gestão responsável e produtiva não só de nossa diretoria, mas da maioria das gestões que

nos precederam desde a fundação de nossa seccional pelo dr. Roberto Rocha Brito, em 1969.

Estou formado há 34 anos pela Faculdade de Medicina da USP, terminei a residência médica no HC-FMUP em 1990 e meu fellowship na Universidade da Califórnia, San Francisco, em 1992. Desde então sou médico e professor livre docente. Durante todos estes anos vi a prática da Medicina – e em especial da Urologia - experimentar diversas mudanças. Hoje oferecemos aos nossos pacientes um tratamento melhor que aquele que oferecíamos no passado. Acredito que a Urologia de hoje é melhor em todos os sentidos: científicos, tecnológicos e inclusive mercadológico. As inovações foram enormes em suprimentos descartáveis, aparelhos endoscópicos, sistemas de imagem, novos medicamentos, melhora dos exames diagnósticos, introdução da cirurgia laparoscópica e robótica, terapias alvo para diversos cânceres, para citar apenas algumas evoluções, gerando repercussões positivas para médicos e pacientes.

Uma especialidade que evolui tanto, demanda aprendizado e adaptação constantes a diferentes situações de trabalho. Neste sentido acredito que as Sociedades médicas desempenham um papel fundamental como promotoras de aprendizado teórico e prático.

A SBU-SP atua e continuará atuando de forma marcante na promoção do aprendizado e reciclagem dos urologistas. Como exemplo, podemos citar as diversas atividades científicas de nossa entidade.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a minha esposa Ana Beatriz e minhas filhas Marina e Carolina pelo apoio e pela ajuda inestimável em todas as minhas atividades não só na SBU-SP, mas em toda a vida profissional.

Em 2018 tivemos a honra de nos reelegermos para continuar um trabalho que tem se mostrado bastante produtivo na Seccional de São Paulo. Tivemos a oportunidade de montar um grupo extremamente abnegado que nos permitiu implementar uma gestão extremamente produtiva tanto na promoção de aprendizado teórico e prático como na organização do trabalho e defesa profissional. Nestes dois pilares a SBU-SP tem atuado isoladamente ou em parceria com serviços universitários, empresas de material médico e cirúrgico, clínicas e hospitais privados de modo a promover uma constante reciclagem aos urologistas de todo o estado de São Paulo. Podemos citar as diversas atividades científicas de nossa entidade nos últimos meses:

Nosso carro chefe foi o XV Congresso Paulista de Urologia realizado de 6 a 8 de setembro de 2018 no World Trade Center. Este Congresso, que teve como presidente da Comissão Científica o dr. José Carlos Truzzi, bateu todos os recordes de público - com mais de 3.500 participantes - e de arrecadação para nossa Sociedade, constituindo-se no terceiro maior Congresso de Urologia do mundo em 2018.

Desde 2017, visando reforçar o protagonismo da Urologia na área de Oncologia, realizamos o Uro-Onco Litoral em Santos, SP. O evento contou com quatro convidados internacionais e iniciou também uma parceria ente a Editora Manole e a SBU-SP na qual nossos eventos são gravados, legendados e transformados em cursos a distância permitindo acesso a pessoas que não puderam comparecer. Neste ano iremos realizar a terceira versão deste evento e já contamos com três convidados internacionais confirmados.

Também em 2019 realizamos mais uma versão do Proteus, com mais de 650 jovens urologistas de 23 estados participando ativamente da programação desenvolvida no Centro de Convenções Rebouças em São Paulo. Da mesma forma, a Jornada Paulista de Urologia 2019, em Campos do Jordão, realizada de 14 a 16 de abril, ultrapassou a marca de mil participantes e com a presença de cinco convidados estrangeiros do mais alto nível.

Também tivemos um aumento marcante de nossas mídias sociais, facilitando a vida de médicos e pacientes. Estas mídias têm ajudado a esclarecer a população sobre as diversas doenças urológicas, bem como a atuação dos urologistas em seu tratamento. Inauguramos uma nova home page com conteúdos específicos para leigos e acesso exclusivo para associados, facilitando a inserção da SBU-SP nas diversas mídias, como facebook, twitter e linkedin. Graças à disponibilização para dispositivos móveis o número de acessos a nossa home page cresceu mais de 1000% em um ano.

Além das mídias eletrônicas, mantemos nosso BIU como veículo de leitura agradável de diversos assuntos de interesse do urologista. Também editamos os livros Manual de Urologia de Consultório e Proteus, visando fácil acesso do associado às principais doenças urológicas.

Finalmente, procuramos, em parceria com a Associação Paulista de Medicina, focar a atenção da SBU-SP junto ao mercado de trabalho dos urologistas no que se refere ao SUS e ao sistema privado de saúde. Dentro desta cooperação, a SBU-SP disponibilizou o Manual de Urologia de consultório online para o programa Mais Médicos 2 do governo federal.

A SBU-SP graças ao trabalho de toda sua diretoria e em especial nossos tesoureiros, Iderpól Toscano e Francisco Kanashiro, permanece em excelente saúde financeira, o que nos permite planejar, negociar e antecipar pagamentos de nossos eventos até 2020, reforçando nossa proposta de austeridade com os custos e negociação independente com os diversos patrocinadores.

Além disso, tivemos o Recicla Urologia liderado pelo Dr. Idelpor Toscano Jr. que visa oferecer reciclagem nas diversas áreas da especialidade por meio de cursos práticos, discussão de casos e outras atividades de reciclagem em todas as regiões do estado de São Paulo.

CAMPANHAS EDUCATIVAS

Consideramos também de suma importância a realização de campanhas junto à SBU nacional e ao público leigo, visando esclarecer a população sobre as diferentes doenças urológicas. Neste sentido, podemos citar as atividades desenvolvidas durante o novembro azul e no Dia Internacional da Incontinência Urinária. Gostaria também de ressaltar a atenção da SBU-SP em relação ao

mercado de trabalho dos urologistas, que também experimentou mudanças dramáticas. O SUS permanece como um sistema importantíssimo para atendimento da população de baixa renda e deve sempre ser estimulado e aprimorado. Por outro lado, o sistema privado de saúde aumentou muito sua abrangência e os pacientes, bem como as empresas administradoras deste sistema, passaram a fazer parte do nosso dia a dia e devemos desenvolver junto a elas um relacionamento ético e produtivo.

Nos últimos anos experimentamos novos desafios como a verticalização da medicina, mudança na relação de trabalho médico com empresas e mais recentemente a participação de grandes grupos financeiros atuando na área da saúde, adquirindo hospitais, centros diagnósticos e terapêuticos e outros recursos. Tudo isto reforça a importância e o valor da nossa profissão para a comunidade. E mais uma vez nos adaptaremos e exerceremos nossa profissão de forma ética e digna, entendendo seus benefícios para uma parcela cada vez maior da população.

Finalmente gostaria também de agradecer a colaboração inestimável de nossas funcionárias da SBU-SP, Amanda e Andréia, que sempre vestem a camisa e nos ajudam irrestritamente a conduzir nossa seccional em São Paulo.

Gostaria de terminar este texto alusivo aos 50 anos da nossa entidade citando parte do poema Tecendo a Manhã, de João Cabral de Mello Neto, que sintetiza meu sentimento em relação a gestão da SBU-SP.

*Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.*



DEPOIMENTO DE EX-PRESIDENTES DA SBU-SP

Para esta edição especial, o BIU convidou os ex-presidentes a relatarem as lembranças e experiências da época em que dirigiram a entidade. Leia a seguir os depoimentos.

“ A SBU-SP pré-1990 tinha uma atuação muito mais localizada na capital. A partir da minha gestão passamos a ter um contato muito maior com o interior e também deslançamos nos acessos virtuais, com todos os meios eletrônicos de comunicação.

Antes da minha gestão, tínhamos apenas a Jornada Carioca e o Congresso Brasileiro. No interior de São Paulo estávamos distantes desses eventos e, por isso, começamos a organizar um curso – Encontro Urológico – que acontecia a cada dois anos. Reuníamos 400 a 500 urologistas do Brasil em Rio Preto, com cirurgias ao vivo.

Quando assumi a SBU-SP como presidente, o evento realizado em 1990 passou a se denominar 1ª Jornada Paulista de Urologia, com o aval da SBU-SP.

A Jornada colocou dentro do caixa da SBU-SP recursos que nos permitiram realizar em 1991 o 1º Congresso Paulista de Urologia. E nós adotamos a conduta de realizar o Congresso Paulista sempre na cidade de São Paulo e a Jornada, em anos alternados, em alguma cidade do interior. Posteriormente, na presidência do dr. Eric Wroclawski, a Jornada foi feita em Campos do Jordão e por lá ficou.

Aproveito para agradecer o apoio e dedicação de todos os membros da diretoria sob minha gestão, imprescindíveis para o sucesso diante dos desafios da época.

ELISEU DENADAI (1990-1991)

“ Parabéns à SBU-SP pelos 50 anos de existência! Todas as diretorias nesses 50 anos acrescentaram benefícios à SBU-SP, enriquecendo seu patrimônio, profissionalizando sua sede, organizando grandes eventos e priorizando seus associados. Na diretoria que presidi, no biênio 92-93, iniciamos a informatização da sede, realizamos o II Congresso Paulista e iniciamos as Jornadas Paulistas.

VALDEMAR ORTIZ (1992-1993)

“ Na década de 1990, fui eleito presidente da SBU-SP tendo como vice o dr. José de Souza Trindade; estávamos sucedendo Dr. Valdemar Ortiz e foi a primeira eleição da SBU por voto direto. A sede da sociedade funcionava na rua Augusta com número muito pequeno de associados e recursos muito limitados. No ano de 1990 aconteceu o 1º Congresso Paulista de Urologia; no biênio 1994-95, sob nossa presidência, realizamos o Congresso no hotel Macksoud Plaza, casa cheia e então na moda para eventos importantes. Tínhamos só dois convidados e lembro-me bem do Dr. John Gearhart, do Instituto John Hopkins. No ano seguinte aconteceu uma das primeiras jornadas paulistas de Urologia, em Campinas, e como convidado o dr. Shlomo Raz. Esses eventos com grande audiência foram substanciais para que no final da gestão a Sociedade ficasse com saldo monetário dez vezes maior que o inicial. O dr. Trindade nos sucedeu no próximo biênio.

Um fato que considero marcante na nossa gestão foi o foco direcionado para a defesa profissional; com o trabalho dedicado e incessante do dr. Armando Abrantes junto à Planisa, entidade jurídica de economia, criando o que chamamos de UCO (Unidade de Custo Operacional), adicionado a cada procedimento médico utilizando aparelhos (endoscópicos) trazendo um ganho adicional ao “CH” do Honorário Médico. Foi outra frente de luta junto aos planos de saúde e foi realmente o fundamento, em nível nacional, para implantarmos em 2003 a CBHPM da Associação Médica Brasileira.

AMILCAR MARTINS GIRON (1994-1995)

“ A comemoração de meio século da SBU – São Paulo é uma data significativa para fazermos uma avaliação retrospectiva do atual estágio de sua evolução histórica e nos conscientizarmos de que todo esse progresso é fruto da construção coletiva de 25 gestões bianuais que contribuíram para criar um alicerce sólido, que sustenta a majestade de uma sociedade médica reconhecida por seus membros e prestigiada socialmente.

A década de 1960 foi particularmente importante para a renovação científica e tecnológica da Urologia. Nesse período houve o aperfeiçoamento do instrumental endoscópico, dando maior capacidade resolutive o qual ampliou a eficiência terapêutica da especialidade. Além disso, o advento da hemodiálise criou as condições essenciais para o início da era dos transplantes renais. A Urologia tornou-se então mais reconhecida como especialidade pela comunidade médica e mais prestigiada socialmente. Isto despertou entre as novas gerações maior interesse pela especialização nessa área, aumentando exponencialmente o número de urologistas em nosso meio. Não por acaso, no final dessa década foi fundada, em 1969, a seção de São Paulo da Sociedade Brasileira de Urologia. Eu tive o privilégio de vivenciar e participar de toda essa renovação na Urologia e acompanhar sua evolução até os dias atuais. Tenho excelentes lembranças de minha gestão na presidência da Seção Paulista da SBU. Entre outras atividades merecem destaque:

- 1º) A reorganização fotográfica da “Galeria de Presidentes” para cultuar a memória daqueles que contribuíram para a grandeza de nossa Sociedade;
- 2º) A mudança de local do Congresso Paulista de Urologia para o “Memorial da América Latina”, para atender o aumento do número de participantes neste evento científico;
- 3º) A fixação da doutrina de realizar a Jornada Paulista de Urologia em uma cidade do Interior do Estado;
- 4º) A renovação gráfica do BIU, tornando-o mais eficiente como importante meio de comunicação com a comunidade urológica;
- 5º) Aquisição de uma nova sede, que melhorou as instalações da Diretoria e pela sua valorização imobiliária decorrente da instalação de uma estação de metrô nas proximidades, contribuiu, na sua venda, para a aquisição da atual sede na rua Tabapuã.

Agradeço, nesta oportunidade, a todos os membros da Diretoria na minha gestão pelo inestimável apoio recebido que tornou possível essas realizações.

JOSÉ CARLOS SOUZA TRINDADE (1996-1997)

“ Nossa gestão foi marcada pela inovação, fruto do trabalho de uma equipe jovem, motivada e com alto nível de comprometimento com os avanços da Urologia. Pela primeira vez no Congresso Paulista de Urologia houve transmissão de cirurgias ao vivo, via satélite. Os cursos práticos foram muito exitosos. Apenas como reconhecimento, cito o dr. Wagner Matheus, que introduziu o treinamento da videolaparoscopia, que era incipiente, ensinando orquiectomia em ratos. O dr. Roni Fernandes introduziu o curso prático de transplante renal em porcos.

Importante notar que a técnica de captação de órgão introduzida naquela altura é ainda hoje o padrão usado na captação de órgãos em humanos. Por último, mas não menos

importante, transformamos a Jornada Paulista em Campos do Jordão como o evento da Família Urológica. Faço Justiça aqui à minha falecida companheira, Deborah Shiotsuki Palma, e também a Sonia Paula Cortado, Ana Paula Fernandes e Cibele Rios, que semanalmente se reuniam para levar a cabo um projeto de inclusão das acompanhantes e dos filhos, o que permitiu alinhar o acadêmico com as famílias e amigos.

PAULO PALMA (2000-2001)

“ Estive como presidente no biênio 2002-2003 e um grande feito de nossos diretores foi concluir a catalogação e gravação em CD de toda a produção científica publicada nas revistas urológicas até 2001, de trabalhos dos nossos colegas urologistas. Este CD foi distribuído em todo o território nacional. A posse de nossa diretoria foi realizada na Sala São Paulo ao som da Orquestra Sinfônica de Botucatu e a seguir os convidados se regalaram com um delicioso e farto buffet de comida árabe.

Pela primeira vez na história da Urologia nacional foi realizado o Jantar do Presidente nos salões do Jockey Clube de São Paulo e ao som da Orquestra América, com a comida do Charlô. O show de encerramento ocorreu no Museu da Imagem e Som de São Paulo, com o comparecimento maciço dos colegas e casais.

Como exemplo para as futuras diretorias contratamos escritório de contabilidade, que após rigorosa auditoria, aprovou as contas de nossa gestão.

JOSÉ CURY (2002-2003)

“ Poder comemorar 50 anos de uma entidade tão representativa como a SBU-SP nos provoca reflexões. E nesse contexto, voltamos nossos olhos para o incrível período em que estivemos a frente da Sociedade. 2004 e 2005 foram anos intensos, de muito trabalho, desprendimento e abnegação de toda a diretoria que esteve ao meu lado. Nosso lema era a união de todos os urologistas do Estado e, por meio dessa união, sempre aceitando a opinião contrária, conseguimos democraticamente conquistar e desenvolver muitos projetos.

Uma das inovações propostas foi a alteração da data do nosso Congresso para 7 de setembro. A polêmica quanto à adesão dos urologistas ao evento durante um feriado foi superada já na primeira edição, em 2005, quando o VIII Congresso Paulista bateu recorde de público. A solenidade de abertura ocorreu no Teatro Municipal, com apresentação do Ballet de São Paulo. Assim, o evento se tornou um marco no calendário da SBU nacional e até hoje conquista médicos de todos o país.

A Educação Continuada foi um dos pilares da nossa gestão. Foram realizados 27 eventos no interior, em 19 cidades, incluindo Reuniões Urológicas Regionais (RUR) e UroClubes, que aliavam reflexões científicas a momentos de confraternização. Por outro lado, o projeto Urologista Cidadão envolveu

mais de 200 urologistas proferindo aulas de educação sexual e DSTs para crianças e adolescentes, em parceria com a Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social. Esse projeto representou um marco na inserção da Sociedade na questão da responsabilidade social, ressaltando o trabalho voluntário dos urologistas no Estado.

Na área de pesquisa, destaco o Estudo Epidemiológico do Câncer de Próstata, que envolveu urologistas de todo o estado e mais de 1.900 pacientes, transformando-se no livro Perfil do Câncer de Próstata no Estado de São Paulo, cujo editorial foi redigido pelo então governador do Estado, Geraldo Alckmin.

Com trabalho decisivo, em especial da Secretaria e da Tesouraria, conseguimos comprar a nova sede da entidade. E lembrando a atuação da Secretaria daqueles dois anos, não podemos deixar de mencionar o grandioso dr. Carlos Bezerra, que tão precocemente nos deixou em 2018. Bezerra foi nosso secretário e peça fundamental para o sucesso de nossa gestão, prestando um trabalho incansável com eficiência, organização e responsabilidade. Contando com a dedicação da diretoria e, especialmente, com o envolvimento da grande maioria dos associados, atingimos nosso maior objetivo e talvez legado: unir os urologistas do Estado de São Paulo, gerando benefícios para nossa própria classe, para a pesquisa e para a população como um todo.

AGUINALDO CÉSAR NARDI (2004-2005)

“ A gestão em que tive a oportunidade de presidir a seccional SP da SBU seguiu uma proposta iniciada alguns anos antes pelo saudoso Eric Wroclawski. Era um momento em que os projetos eram viabilizados com maior facilidade do que posteriormente, por circunstâncias diversas, passou a ocorrer. Tivemos a felicidade de desenvolver alguns projetos como o Homem Virtual, a criação de um núcleo de pesquisa clínica com a finalidade de viabilizar a realização de estudos multicêntricos e diversos eventos científicos. Além dos tradicionais Congresso Paulista e Jornada Paulista de Urologia, realizamos um evento internacional de Urologia Feminina com grande sucesso em momento em que os assuntos relativos a essa subespecialidade eram palpantes.

Dentro da Sociedade o momento político era bastante respeitoso e o dr. Sidney Glina presidia brilhantemente a SBU Nacional. A nossa seccional, sempre pujante, não deixava de realizar bons projetos e eventos sem afrontar a soberania e importância do aspecto federativo da nossa Sociedade.

LUÍS AUGUSTO SEABRA RIOS (2006-2007)

“ A diretoria da gestão 2008-2009 manteve o ritmo intenso de realizações da nossa seccional. Dentre outros, destacaram-se os seguintes projetos: modernização do nosso site, tornando-o mais atrativo, útil e interativo; realização de dezenas de reuniões por todo o Estado, com o projeto de-

safiador da caravana “SBU Itinerante”; elaboração do primeiro e único Simpósio de Urologia Oncológica num “Cruzeiro Marítimo”, com familiares; criação da “Central de Oportunidades”, onde os colegas pudessem anunciar e receber anúncios de toda sorte de negócios; implementação do projeto “Saúde do Homem”, elaborando e enviando a todos os sócios da SBU nacional quatro cartilhas com informações pertinentes ao assunto, visando ampliar a área de atuação do urologista, programa este que culminou com um grandioso evento com a participação do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso.

A Jornada Paulista de Urologia de 2008 obteve um resultado estrondoso, com um crescimento de 60% em relação ao evento anterior. O WTC tornava-se, assim, o local ideal para o nosso evento maior. Culminou com um evento cultural histórico, o espetáculo “Fantasma da Ópera”. A diretoria da época deixou à sua sucessora uma verdadeira “Reengenharia de Processos”, onde documentava toda a logística e o organograma implementados na gestão que findava. Poderia, se assim entendesse, representar um modelo para a futura gestão. Convivemos com a “saga” da doença e do falecimento do ex-presidente Eric Roger Wroclawski. Além de uma pequena homenagem, denominando a sala da diretoria da nossa seccional, publicou-se um pequeno texto que transcrevo parcialmente abaixo:

“Como tantos na história, você incomodou.... As grandes figuras da humanidade só são lembradas porque incomodaram. Ninguém se lembra dos que só cumpriram suas funções de modo burocrático e linear. Muitos destes viveram sem nascer. Você não. Você ainda andou quilômetros deitado! Será sempre lembrado pelos que te admiram e pelos que te admiram menos (é melhor dizer assim). Será uma referência. Você foi além. Não deixou só um exemplo, deixou um legado. E disto, só os grandes são capazes”.

UBIRAJARA FERREIRA (2008-2009)

“ Foi uma grande honra poder conduzir a SBU-SP na gestão 2010-2011. Ao longo desses dois anos a SBU foi representada por membros de todas as regiões do Estado de São Paulo, de todas as escolas e universidades e de todas as correntes ideológicas. Concluímos vários projetos com o objetivo de beneficiar o urologista paulista e de cumprir a missão da SBU no que se refere à defesa profissional e às atividades de educação continuada. Do ponto de vista administrativo, tivemos um resultado financeiro que nos possibilitou isentar todos os urologistas paulistas da anuidade da nossa Sociedade no ano seguinte.

Agradeço aos diretores que dedicaram grande parte do seu tempo trabalhando para que pudéssemos desenvolver todos esses projetos e a todos os urologistas que com sua participação, contribuíram para o sucesso do nosso trabalho.

ARCHIMEDES NARDOZZA JR. (2010-2011)

“ Durante o biênio 2012-2013 tive a honra de estar à frente da nossa seccional. O período foi certamente inesquecível; contei com o apoio irrestrito dos meus colegas de diretoria. A convivência foi harmônica e democrática, onde a opinião de todos era respeitada, diferenças esquecidas e conquistas obtidas. Realizamos o XII Congresso Paulista de Urologia, onde inovamos com mesas oficiais de várias sociedades médicas e também coletamos assinaturas para a melhora das condições do trabalho médico, uma parceria inédita entre a AMB e a SBU-SP. Projetos consagrados da SBU-SP foram mantidos: o Proteus, o Programa de Integração entre Especialidades, o treinamento “Hands on”, o “Display de Consultório” e os cursos “online”. A Jornada Paulista de Urologia bateu o recorde de inscritos e foi finalizada ao som do grupo “J Quest”, propiciando reciclagem e integração a todos os urologistas brasileiros e suas famílias.

Novos projetos foram concretizados, como a Jornada Urológica de Verão, o SBU de Portas Abertas (associados puderam participar das reuniões da diretoria e do processo decisório), o Vídeo informativo de Procedimentos Cirúrgicos para Pacientes, a campanha “Consulte um Urologista”, para a qual criamos logos que foram utilizados por outras gestões, a Vitrine Virtual Urológica, o Treinamento “Hands on” para a capacitação do “Staff” Acadêmico em Laparoscopia Avançada. Nossos associados também receberam o “Kit Aniversário SBU-SP” (aventado e carimbo) e o GRU (Guia Rápido de Urologia).

Mas, certamente, o livro “Urologia Moderna” foi uma obra ímpar e um marco da nossa gestão, criada não somente para residentes, mas com conteúdo que atende colegas em todas as fases da vida profissional. Nosso “site” foi modernizado, seguindo as novas tendências e necessidades da mídia virtual.

Tantas conquistas não ocorreram por acaso, não construí nada sozinho, obrigado: Roni Fernandes, Fabiano Simões, Wagner Matheus, Hudson de Lima, Renato Falci Jr, Miquel Zeratti, Felipe de Almeida, Fernando Caldas, Ricardo Di Miguelli, Fábio Nascimento, Stênio Zequi, André Vanni, José Carlos Trindade Filho, Marcos Lucon, Maurício Bestane, Leonardo Messina, Luiz Carlos Maciel, Rogério Simonetti, Alexandre Grieco, Deusdedit Vieira Neto, Fabrício Beltrame, Hamilton Zampolli, Rafael Stopiglia e Sérgio Ximenes.

RODOLGO BORGES DOS REIS (2012-2013)

“ Em comemoração ao Jubileu de Ouro da SBU-SP, eu agradeço a oportunidade de voltar à revista BIU, local por onde iniciei a minha trajetória associativa após convite para compor o conselho editorial, durante a gestão do dr. Eric Roger Wroclawski e da então editora, dra. Beatriz Helena Cabral. Iniciei em janeiro de 1998 e por 18 anos participei de todas as diretorias, até assumir o mais alto cargo da nossa seccional para o biênio 2014-15, legitimamente eleito por uma votação expressiva, mesmo sendo, chapa única formada com jovens talentos

que até hoje continuam o trabalho abnegado em prol de nossa Sociedade. Deixo aqui minha homenagem a todos. Não tenho espaço para citar os ex-presidentes e diretores. Eu aprendi muito com todos vocês. Nós construímos uma Sociedade forte, atuante, profissional e representativa. A maior seccional da Sociedade Brasileira de Urologia exige uma doutrina de união, comprometimento, responsabilidade e dedicação à classe urológica paulista. Muito obrigado pela convivência e ensinamentos!

Eu sonhei, realizei e enfrentei os desafios deste cargo. Nossa gestão foi pautada pela defesa e manutenção da autonomia da nossa seccional e pelo trabalho em sintonia com a nacional, para a realização de projetos que direta ou indiretamente melhoram a prática urológica. É com sensação de dever cumprido e de ter deixado um legado para a nossa Sociedade que me sinto renovado para este novo desafio, com a minha eleição para vice-presidente da SBU nacional biênio 2022-23. Juntos vamos manter a Sociedade unida e forte para os próximos 50 anos. Deixo aqui uma mensagem aos novos diretores e presidentes: o tempo é curto para a realização dos seus projetos e sonhos de melhorar a nossa especialidade; não dá para começar do zero, renovando tudo, desfazendo e desmontando o que já foi feito por diretorias anteriores.

“O que está feito está feito. Pode até ser desfeito, mas não pode ser não feito.” — William Shakespeare

“Missão dada é missão cumprida” — Capitão Nascimento

RONI DE CARVALHO FERNANDES (2014-2015)

“ Durante nossa gestão na SBU procuramos atender as premissas: promover o ensino continuado, oferecendo aperfeiçoamento profissional e atualização dos conhecimentos necessários aos urologistas para o bom atendimento do doente; manter boas condições de trabalho e uma remuneração adequada. Tais princípios são fundamentais para o exercício profissional e a SBU deve trabalhar nessas frentes. Inovar, promovendo uma maior aproximação da classe política com a nossa Sociedade.

Na condição de entidade que reúne os urologistas de nosso Estado, devemos ter maior participação nas decisões tomadas em São Paulo. Por isso, durante o Congresso Paulista de 2016 colocamos na mesa o governador Geraldo Alckmin, o secretário Estadual da Saúde, David Uip, o deputado estadual Pedro Tobias, um representante da Procuradoria Geral, o procurador Gianpaolo Poggio Smanio, e um representante da magistratura, o juiz José Antonio Tedeschi. Essa aproximação é importante pois serão estes setores que decidirão os caminhos da saúde em nosso Estado. Temos que trabalhar juntos para uma boa gestão. Manter a independência e saúde financeira da entidade, que serão alcançadas por meio da racionalização na aplicação dos recursos, responsabilidade na aprovação de cada gasto e, principalmente, transparência.

JOÃO LUIZ AMARO (2016-2017)

GALERIA DOS EX-PRESIDENTES

Desde a sua fundação, em 1969, a SBU-SP teve 26 presidentes diferentes, incluindo o atual, dr. Flavio Eduardo Trigo Rocha (2018-2019). O dr. Mario Marrese foi o único a ocupar o cargo em duas gestões. Veja, a seguir, a galeria de fotos dos ex-presidentes, com o período em que cada um dirigiu a entidade.



Augusto Amélio da Motta Pacheco (1969)



Waldyr Prudente de Toledo (1970-1971)



José dos Santos Perfeito (1972-1973)



Gilberto Menezes de Góes (1974-1975)



Alfredo Duarte Cabral (1976-1977)



Manoel Tabacow Hidal (1978-1979)



Hamilton José Borges (1979)



Nelson Rodrigues Netto Jr. (1980-1981)



Mario Marrese (1982-1983 e 1988-1989)



Antonio Marmo Lucon
(1984-1985)



Afiz Sadi
(1986-1987)



Eliseu Roberto Mello Denadai
(1990-1991)



Valdemar Ortiz
(1992-1993)



Amilcar Martins Giron
(1994-1995)



José Carlos Souza Trindade
(1996-1997)



Eric Roger Wroclawski
(1998-1999)



Paulo César Rodrigues Palma
(2000-2001)



José Cury
(2002-2003)



Aguinaldo César Nardi
(2004-2005)



Luís Augusto Seabra Rios
(2006-2007)



Ubirajara Ferreira
(2008-2009)



Archimedes Nardoza Jr.
(2010-2011)



Rodolfo Borges dos Reis
(2012-2013)

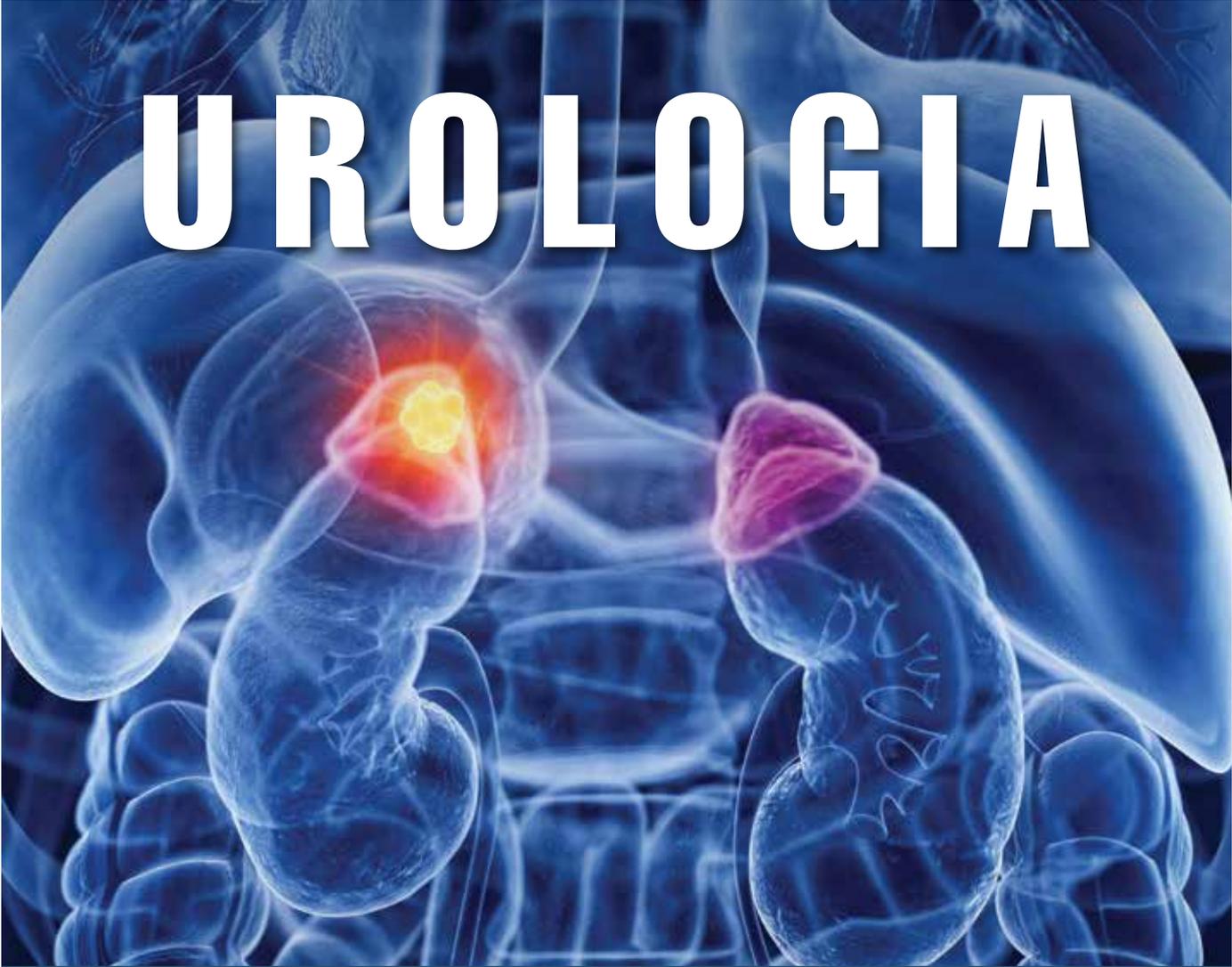


Roni Carvalho Fernandes
(2014-2015)



João Luiz Amaro
(2016-2017)

UROLOGIA



NÓDULOS ADRENAIS

O TEMA DESTA EDIÇÃO É ABORDADO PELO UROLOGISTA LUIS FELIPE BRANDÃO E PELOS ENDOCRINOLOGISTAS CLAUDIO E. KATER E RAFAEL B. GIORGI



O que fazer e o que não fazer

Claudio E. Kater, professor titular de Medicina, Chefe da Unidade de Adrenal e Hipertensão e Diretor do Laboratório de Esteroides da Disciplina de Endocrinologia e Metabologia do Departamento de Medicina da Escola Paulista e Medicina / Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP)



Rafael B. Giorgi, mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Endocrinologia e médico assistente voluntário da Disciplina de Endocrinologia e Metabologia do Departamento de Medicina da Escola Paulista e Medicina / Universidade Federal de São Paulo (EPM/UNIFESP)

O advento de procedimentos de imagem cada vez mais acurados (tomografia computadorizada – TC, ressonância magnética – RM, e mesmo ultrassonografia – US), associado ao maior acesso à saúde da população, têm propiciado o achado incidental de nódulos/massas nas glândulas adrenais. Esta descoberta casual, em paciente no qual não se suspeitava de qualquer doença adrenal, recebeu o nome de “incidentaloma adrenal” (IA). Esta situação, cada vez mais frequente nos consultórios médicos de endocrinologistas e urologistas, é uma preocupação tanto para o paciente e seus familiares, quanto para o médico.

Desde há cerca de 40 anos tem havido uma inversão no processo de investigação da patologia adrenal. Antes, o endocrinologista apenas solicitava uma avaliação por imagem (TC ou RM de abdome) quando suspeitava do diagnóstico de uma doença adrenal através da identificação de sinais e sintomas clínicos suspeitos e/ou de exames laboratoriais confirmatórios de hiperfunção e autonomia hormonal.

Foi apenas a partir do encontro desses IA que o algoritmo de investigação endócrina se inverteu. Primeiro descobre-se uma imagem adrenal insuspeita (anormalidade anatômica) para então se avaliar sua funcionalidade e determinar suas características anatômicas num paciente que



Muitas vezes a porta de entrada do paciente é o consultório do urologista que, necessariamente, precisa estar familiarizado com o amplo espectro de diagnósticos relacionados às massas adrenais.

até então não apresentava qualquer suspeita clínica de doença ativa. Desta forma, muitas vezes a porta de entrada do paciente é o consultório do urologista que, necessariamente, precisa estar familiarizado com o am-

plio espectro de diagnósticos relacionados às massas adrenais.

O QUE FAZER?

IA são encontrados em 3-5% da população adulta, e em até 10% dos indivíduos com mais de 65 anos. Excetuando-se os casos documentados de feocromocitoma (5-7%) e de adenomas clinicamente funcionantes (produtores de aldosterona – hiperaldosteronismo primário –, ou cortisol – síndrome de Cushing) (10-15%) a maioria dos casos são de adenomas ditos “não produtores” ou “não funcionantes” (ANF). Contudo, até 30% desses ANF podem apresentar produção autônoma de cortisol que, embora não resultem em quadro clínico característico da síndrome de Cushing, estão associados com alterações metabólicas importantes (intolerância aos carboidratos, dislipidemia, hipertensão, obesidade, osteoporose) e aumento do risco e da mortalidade cardiovascular. Raramente (<2% das vezes) esses incidentalomas são carcinomas adrenais.

Uma vez encontrados, esses nódulos/massas adrenais passam a merecer uma investigação mais detalhada visando definir suas características anatômicas e funcionais. A etiologia da lesão (adenoma, carcinoma, feocromocitoma) é estabelecida através da interpretação dos exames de imagem, enquanto a hiperprodução hormonal deve ser documentada com o auxílio de exames laboratoriais específicos.

A característica principal a ser analisada na TC de abdome com protocolo para as adrenais (multislice, com cortes finos, de 2-3 mm) é a atenuação (densidade) pré-contraste da lesão. Adenomas e lesões benignas em geral têm, caracteristicamente, atenuação pré-contraste ≤ 10 UH, enquanto lesões suspeitas ou adenomas pobres em gorduras apresentam valores $> 10-15$ UH. Apenas nestes casos, um segundo exame de imagem deve ser solicitado para avaliação complementar: TC com contraste para avaliação do percentual de eliminação do contraste (“washout”) ou RM acoplada à espectroscopia. Dessa maneira, é possível identificar a possibilidade de um carcinoma adrenal (nas lesões unilaterais) ou de metástases nas adrenais (em lesões bilaterais). Pode-se suspeitar também, com boa segurança, da presença de um feocromocitoma (uni ou bilateral), além de documentar lesões típicas que podem merecer avaliação à parte, como cistos e pseudocistos adrenais, mielolipomas, linfomas, processos granulomatosos, etc.

Na investigação funcional, em especial no paciente hipertenso, é necessário se avaliar a presença de hiperaldosteronismo primário, caracterizado por níveis elevados de aldosterona sérica e/ou urinária em presença de atividade plasmática de renina suprimida (com ou sem hipocalcemia) e, se a clínica e a imagem forem suspeitas, procurar identificar um feocromocitoma, pelo achado de níveis elevados de catecolaminas e/ou metanefrinas plasmáticas ou urinárias. Essa suspeita pode ainda ser complementada pela positividade de uma cintilografia com ^{131}I -metaiodobenzilguanidina (MIBG).

As lesões adrenais francamente funcionantes, associadas a quadros clínicos típicos e manifestos, não são habitualmente um problema para serem identificadas e posteriormente tratadas. A questão crítica hoje em dia se deve àqueles lesões “aparentemente” não funcionantes, mas que secretam esteroides de maneira discreta e autônoma (e mesmo de forma cíclica), sem resultar num qua-



dro clínico inequívoco: são os casos de “hipercortisolismo subclínico”, presentes em até 30% dos pacientes com IA.

Vários procedimentos são utilizados na identificação desta subpopulação de IA sendo o teste de supressão “overnight” com 1 mg oral de dexametasona o mais acurado e o mais empregado. Consiste na administração oral de 1 mg de dexametasona (2 comprimidos de 0,5 mg) às 23h e a dosagem de cortisol sérico (e, se possível, também a própria dexametasona) na manhã seguinte. Se os valores de cortisol estiverem acima de um nível de corte universalmente aceito de 1,8 mcg/dL, o teste é considerado positivo e o paciente é considerado portador de “hipercortisolismo subclínico”. Esse excesso crônico de cortisol, mesmo que discreto, é responsável pela redução e mesmo supressão dos níveis circulantes de ACTH hipofisário (um outro parâmetro a ser utilizado no rastreamento), que se associa com a atrofia do córtex adrenal contralateral (mais um parâmetro que pode ser examinado nos procedimentos de imagem).

A identificação dessa condição é essencial, pois a continuidade da produção “subclínica” de cortisol, pode, com o tempo, resultar no aparecimento ou agravamento de intolerância aos carboidratos e ao diabetes mellitus franco, à hipertensão arterial, muitas vezes refratária a tratamento convencional, à obesidade, à hipercolesterolemia/hiper-

Um equívoco que se comete frequentemente é solicitar uma avaliação hormonal para feocromocitoma em massa que tenha baixa densidade pré-contraste.

trigliceridemia e à osteopenia/osteoporose, com risco aumentado de fraturas ósseas, e a eventos cardiovasculares. Para adicionar complexidade ao tema, cerca de 20% dos adenomas “aparentemente” não funcionantes podem secretar cortisol autonomamente de forma cíclica, apenas sendo detectados quando monitorados por algum tempo.

A decisão sobre intervir cirurgicamente nesses nódulos assim identificados é uma questão ainda em aberto, embora a tendência, nos centros de referência, seja a da exérese da adrenal que contém o nódulo (ou a tentativa de uma cirurgia poupadora) ou a eventual ablação térmica por radiofrequência. Séries recentes têm mostrado que a evolução dos pacientes operados tem um prognóstico bastante favorável. O melhor e mais específico critério prognóstico é a presença de hipocortisolismo pós-cirúrgico, caracterizando insuficiência adrenal, uma

vez que a glândula contralateral se encontra atrofiada pela ausência crônica do estímulo pelo ACTH, à semelhança do que acontece em pacientes com a síndrome de Cushing clássica por adenoma adrenal.

Assim, do ponto de vista endócrino, todo paciente portador de um IA “aparentemente não funcional” deve ser avaliado com relação à produção subclínica de cortisol e, quando hipertenso, deve ser investigado para hiperaldosteronismo primário. Outros exames devem apenas ser solicitados em casos e situações especiais.

O QUE NÃO FAZER?

Informações advindas da análise detalhada dos procedimentos de imagem de um IA, como: tamanho, forma, densidade, textura, heterogeneidade, presença de necrose ou sangramento, etc. permitem direcionar a investigação hormonal. Como citado acima, a densidade pré-contraste baixa (≤ 10 UH) é característica de benignidade (adenomas), embora até 30% dos adenomas – por terem pouco conteúdo lipídico (ditos “pobres em gordura”) –, possa ter densidade pré-contraste mais elevada (> 10 -15UH). Contudo, quando se analisa o washout (absoluto), esses adenomas eliminam rapidamente o contraste, mostrando valores elevados ($> 60\%$).

Um equívoco que se comete frequentemente é solicitar uma avaliação hormonal para feocromocitoma (catecolaminas e/ou metanefrinas plasmáticas e/ou urinárias) em massa que tenha baixa densidade pré-contraste. A inegável preocupação com a possibili-

dade de um diagnóstico de feocromocitoma não justifica o gasto desnecessário, uma vez que feocromocitomas têm sempre densidade pré-contraste > 10 UH. A orientação universalmente consagrada de se realizar adrenalectomia em lesões grandes (> 4 cm de diâmetro), independentemente de sua natureza, também pode ser questionada, uma vez que diversos estudos relacionam o risco de neoplasia em apenas 6% destes pacientes. Quando > 6 cm, este valor sobe para 25%. Contudo, mais importante do que o próprio tamanho da lesão são as muitas características no exame de imagem (fenótipo da imagem) que permitem definir com razoável segurança sua etiologia.

Talvez o “NÃO fazer” mais importante e crítico, sob nossa visão, seja o de intervir cirurgicamente numa massa de origem indeterminada sem uma avaliação preliminar. Aldosteronomas e tumores produtores de cortisol (seja S. Cushing ou hipercortisolismo subclínico) têm respectivamente renina e ACTH suprimidos. Portanto, deve-se no mínimo se supor que o córtex da glândula contralateral apresente atrofia do respectivo setor: as camadas produtoras de aldosterona e de cortisol, respectivamente. Assim, cirurgia num desses pacientes, sem a devida investigação prévia e o tratamento clínico apropriado, poderá estar associada a riscos intra- e, principalmente, pós-operatórios, pela insuficiência hormonal que se seguirá.

Mais grave ainda é uma intervenção cirúrgica num paciente insuspeito de feocromocitoma, com os enormes

riscos inerentes à liberação de catecolaminas e possibilidade de crise hipertensiva grave, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. Este é um quadro de enorme gravidade que poderá contar com a habilidade e experiência do anestesista, se este estiver preparado para a situação. O pós-operatório da exérese de um feocromocitoma não previamente diagnosticado costuma se acompanhar de hipotensão e choque, muitas vezes refratário, hipoglicemia, etc.

O rastreio bioquímico pré-cirúrgico das condições citadas acima reduz os riscos desta abordagem e orienta os profissionais (cirurgião e anestesista) com relação aos cuidados intra- e pós-operatórios, minimizando os riscos de complicações.

CONCLUSÕES E COMENTÁRIOS FINAIS

Essa aparente “epidemia” de incidentalomas adrenais faz com que muitos médicos não familiarizados com o manejo desta condição se deparem no dia a dia com casos frequentemente desafiadores. O diagnóstico etiológico e/ou bioquímico equivocado leva ao excesso de solicitação de exames, com altos custos aos prestadores de serviço e a abordagens muitas vezes desnecessárias ou até temerárias. O manejo das massas adrenais deve sempre ser compartilhado entre o endocrinologista e o urologista visando uma investigação específica e completa, mas custo-efetiva, e um acompanhamento prudente buscando-se a individualização nas condutas de cada caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fassnacht M, Arlt W, Bancos I, et al. Management of adrenal incidentalomas: European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors. *Eur J Endocrinol.* 2016;175:G1-G34.
2. Bovio S, Cataldi A, Reimondo G, et al. Prevalence of adrenal incidentaloma in a contemporary computerized tomography series. *J Endocrinol Invest.* 2006;29:298-302.
3. Terzolo M, Bovio S, Reimondo G, et al. Subclinical Cushing's syndrome in adrenal incidentalomas. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2005;34:423-39.
4. Giorgi RB, Correa MV, Costa-Barbosa FA, et al. Cyclic subclinical hypercortisolism: A previously unidentified hypersecretory form of adrenal incidentalomas.

J Endocr Soc. 2019;3:678-86.

5. Canu L, Van Hemert JAW, Kerstens MN, et al. CT characteristics of pheochromocytoma: Relevance for the evaluation of adrenal incidentaloma. *J Clin Endocrinol Metab.* 2019;104:312-18.

6. Barzon L, Sonino N, Fallo F, et al. Prevalence and natural history of adrenal incidentalomas. *Eur J Endocrinol.* 2003;149:273-85.

7. Papanastasiou L, Alexandraki KI, Androulakis II, et al. Concomitant alterations of metabolic parameters, cardiovascular risk factors and altered cortisol secretion in patients with adrenal incidentalomas during prolonged follow-up. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2017;86:488-98.



Nódulo de Adrenal

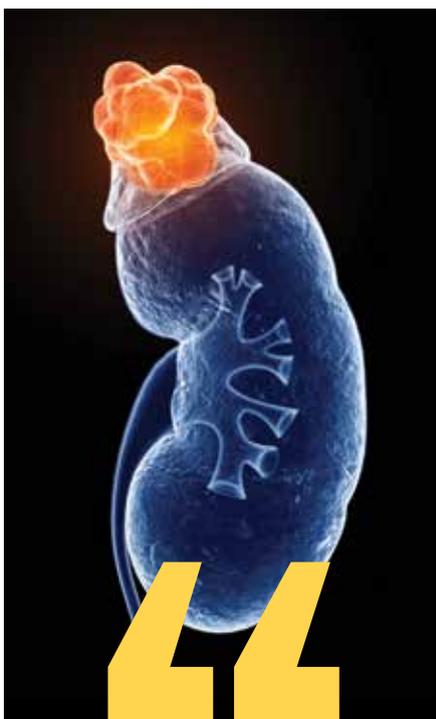
Luis Felipe Brandão é urologista, doutor em Ciências Médicas pela EPM – UNIFESP, Assistente da Uro-Oncologia – EPM – UNIFESP e fellowship Cleveland Clinic – Laparoscopia e Robótica

Nos últimos anos, é crescente a realização de exames de imagem. O acesso e a realização de tomografia computadorizada (TC) e ressonância nuclear magnética (RNM) têm aumentado progressivamente, resultando em achados de massas adrenais que não seriam diagnosticadas no passado. Essas massas descobertas ao acaso são os “incidentalomas adrenais”, principal forma de diagnóstico de nódulos adrenais.

Embora grande parte destas lesões adrenais sejam benignas (adenomas benignos), cerca de 20% podem ser funcionantes, por liberação excessiva de hormônios (aldosterona, cortisol, andrógenos ou catecolaminas) ou, ainda, apresentar-se como neoplasias malignas de adrenal. Por um lado, a hipersecreção hormonal pode ser de alta morbidade, tendo relação com hipertensão arterial de difícil controle, desregulação androgênica ou obesidade centrípeta. Por outro lado, o carcinoma adrenocortical (CAC) é um câncer raro, agressivo e de prognóstico reservado, da glândula adrenal.

ANATOMIA E HISTOLOGIA

Para entender melhor as patologias da adrenal, é importante conhecer a anatomia da glândula assim como sua histologia. As glândulas adrenais são localizadas no retroperitônio e seu suprimento arterial é feito por múltiplos pequenos vasos vindos da aorta, artéria frênica inferior e da artéria renal. Sua drenagem venosa é feita diretamente na veia cava inferior, à direita, e para a veia renal no lado esquerdo, na maioria dos pacientes. As duas glândulas são localizadas anteriores à crura diafragmática e próximas ao polo superior de cada rim. O córtex adrenal é dividido em três camadas: zona glomerulosa, zona fasciculada e zona reticulada, estando dispostas res-



Uma importante característica da imagem é o maior diâmetro, sendo preditivo de malignidade. Nódulos adrenais menores de 2 cm possuem baixa possibilidade de malignidade. Por outro lado, 90% dos CAC são maiores de 4 cm. Nódulos acima de 6 cm possuem cerca de 20% de malignidade.

pectivamente de fora para dentro. A zona glomerulosa produz mineralocorticoides, tendo aldosterona como seu principal. Sua produção é estimulada pelo sistema renina-angiotensina, agindo nos túbulos distais e ductos coletores dos néfrons, regulando a reabsorção de sódio e excreção de potássio. Essa regulação impacta diretamente no volume sanguíneo e pressão arterial sistêmica. A zona fasciculada é responsável pela produção de glicocorticoides, sendo o cortisol, o mais importante deles, por influenciar as atividades metabólicas e imunológicas do nosso organismo. Na zona reticulada são produzidos os andrógenos: dehidroepiandrosterona (DHEA) e sulfato de DHEA (SDHEA), precursores da produção de testosterona. A medula adrenal derivada do neuroderma da crista neural e produz e libera catecolaminas, metanefrinas e dopamina.

AVALIAÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL

A avaliação completa do paciente é de extrema importância a fim de descobrir se o nódulo adrenal é ou não funcionante, ou se tem algum risco de malignidade (primária ou metástase). Como toda anamnese, deve conter história e exame físico, sendo pesquisados aspectos como queda de cabelo, variação de peso, alteração e elevação de pressão, uso de múltiplos medicamentos anti-hipertensivos, presença de palpitações e arritmias, ansiedade e tremores, sudorese, fadiga, fraqueza, pele sensível, entre outros. História familiar de massas adrenais pode sugerir carcinoma adrenocortical, enquanto AVC, morte súbita e infarto agudo do miocárdio podem estar associados a feocromocitomas e nódulos produtores de aldosterona, resultando em elevações de pressão arterial. É importante ressaltar que adrenal

é importante sítio de metástases de câncer de pulmão, melanoma e colorretal. Mais de 50% dos pacientes com lesões adrenais e história de neoplasia prévia representam doença metastática.

A avaliação laboratorial é de grande importância para analisar a funcionalidade do incidentaloma de adrenal. Utilizamos os exames, principalmente para diagnóstico de excesso de produção de cortisol, hiperaldosteronismo, feocromocitoma e nódulos produtores de andrógenos (virilizantes).

Para a avaliação da elevação do cortisol, podemos usar o valor absoluto de cortisol plasmático, urinário ou salivar, colhido de preferência no período da manhã. O teste de supressão de dexametasona deve ser realizado na suspeita de nódulo produtor de cortisol. O paciente recebe 1 mg de dexametasona na noite anterior do exame e mede o cortisol às 8:00 da manhã do dia seguinte. Quando o resultado do exame é a não supressão do cortisol associados a diminuição nos valores do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), mostra a possibilidade de nódulo funcionante e paciente com síndrome de Cushing, representada pelos sintomas causados pelo excesso de cortisol. Pacientes com ACTH elevado (normalmente causado por adenoma de hipófise) e hiperfunção do córtex adrenal, possuem Doença de Cushing.

Pacientes hipertensos devem ser pesquisados para hiperaldosteronismo primário. Incluímos nessa avaliação a dosagem de aldosterona, atividade de renina plasmática e potássio. Pacientes com hiperaldosteronismo apresentam baixa atividade de renina plasmática, alta concentração de aldosterona e hipocalcemia (nem sempre presente). Todos os pacientes devem ser rastreados para feocromocitoma, devido o seu potencial maligno e necessidade de preparo pré-operatório devido ao risco intra e pós-operatório. Devem ser dosadas catecolaminas e meta-

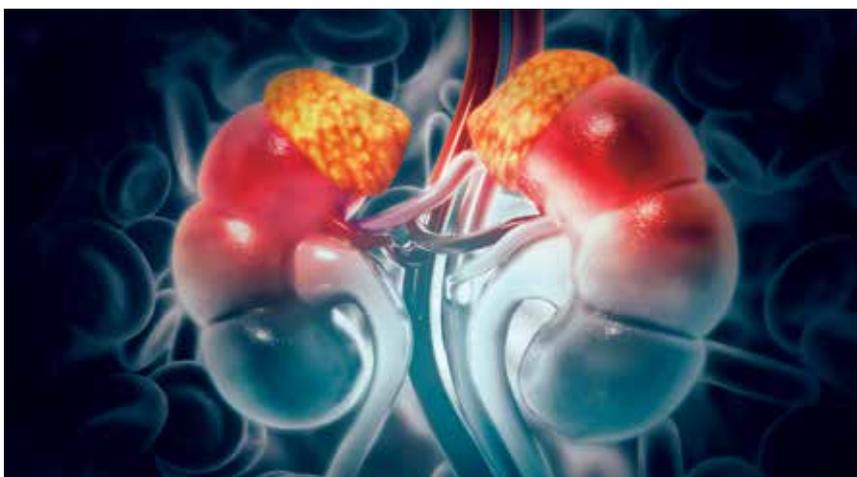
nefrinas séricas e em urina de 24 horas. Em caso de elevação acima de duas vezes o valor normal, a suspeita de feocromocitoma é imperativa. Em casos de nódulos na presença de sinais de virilização, dosamos níveis de hormônios esteroides, sendo o SDHEA o mais comum. Todavia, podem ser medidos 17-OH-progesterona, 17-B-estradiol, androstenediona e testosterona.

A suspeita de carcinoma adrenocortical se faz principalmente com nódulos grandes e heterogêneos em exames de imagem. Cerca de 30 a 40% dos CAC não secretam hormônios e por esse motivo são identificados pela alta taxa de crescimento e compressão de estruturas adjacentes. A comprovação do diagnóstico de CAC se faz na anatomia patológica com presença de três ou mais critérios de Weiss (alto índice de proliferação celular, mitoses atípicas, núcleos indiferenciados, baixo percentual de células claras, presença de necrose, arquitetura tumoral heterogênea, invasão venosa, invasão sinusoidal e invasão capsular).

AVALIAÇÃO DOS EXAMES DE IMAGEM

A TC é o exame que mais diagnostica incidentalomas de adrenal. A massa identificada em tomografia sem contraste pode apresentar baixa densidade (<10UH – Unidades Houns-

field), tendo grande possibilidade de adenoma benigno, pela proximidade de densidade de gordura. Imagens que apresentem densidade >20 UH, devem ser analisadas com cuidado, pela probabilidade de carcinoma adrenocortical, feocromocitoma ou, ainda, metástases secundárias para a glândula adrenal. Estes nódulos suspeitos, devem ser submetidos a TC com protocolo de adrenal, apresentando cortes finos (2-3mm) para análise precisa da glândula, com fases sem contraste, arterial precoce, venosa e tardia (“washout”). Os adenomas possuem característica de um “washout” rápido, onde mais de 50% do contraste sai da lesão em até 10 minutos. Por outro lado, um “washout” tardio (<50% após 10 minutos do uso do contraste) pode relacionar-se com feocromocitoma, carcinoma ou metástase. Uma importante característica da imagem é o maior diâmetro, sendo preditivo de malignidade. Nódulos adrenais menores de 2 cm possuem baixa possibilidade de malignidade. Por outro lado, 90% dos CAC são maiores de 4 cm. Nódulos acima de 6 cm possuem cerca de 20% de malignidade. É comum os CAC se apresentarem com invasão de órgãos adjacentes e como trombos de veia adrenal. Imagens com sinais de necrose e calcificações podem favorecer tumor primário, enquanto que formas irregulares



e heterogêneas favorecem metástases secundárias. A RNM também pode ser utilizada para avaliação de nódulos adrenais e quando apresentam sinal isoíntenso ao fígado, tanto em T1 quanto em T2, são sugestivos de adenomas benignos. Feocromocitomas, por sua vez apresentam hipersinal em T2, podendo também se apresentar como imagens císticas e/ou hemorrágicas. Carcinomas adrenocorticais são vistos com sinal hipointenso em T1 e de moderado a hipersinal em T2. RNM é o melhor exame para avaliação invasão local de tumores malignos de adrenal.

TRATAMENTO

Tratamento padrão de nódulos adrenais funcionantes é a adrenalectomia laparoscópica convencional. Recente metanálise mostrou resultados similares quando realizada a técnica laparoscópica assistida por robô, também descrita sua técnica passo-a-passo minimamente invasiva, pelo mesmo grupo.

Cuidados perioperatórios devem ser tomados na suspeita de feocromocitoma, como uso de alfa-bloqueadores associados ou não a beta-bloqueadores, ligadura precoce de veia adrenal, alta infusão de volume

“

Nódulos adrenais não funcionantes e pequenos são candidatos a acompanhamento e não à cirurgia.

e anestesistas experientes, devido a possíveis descargas adrenérgicas na manipulação e ressecção da glândula.

Na possibilidade de CAC, a cirurgia aberta deve ser considerada pelo alto risco de recorrência local e carcinomatose peritoneal descritos na técnica laparoscópica. Em caso de cirurgias citorrredutoras, o benefício é atingido caso >90% da massa tumoral seja ressecado. Quimioterapia adjuvante, principalmente com mitotano, pode ser associada em casos localmente avançados, linfonodos positivos, recidivas locais ou irressecáveis com ou sem metástases à distância. Radioterapia pode ser

associada em casos selecionados e tratamento de metástases.

ACOMPANHAMENTO

Nódulos adrenais não funcionantes e pequenos são candidatos a acompanhamento e não à cirurgia. Novos exames de imagem devem ser realizados a cada 6 a 12 meses. Em casos de crescimentos acima de 1 cm, a ressecção deve ser considerada. Exames laboratoriais de função devem ser repetidos ao menos uma vez dentro de um ano e novamente caso se fizer necessário, individualizando cada caso.

CONCLUSÃO

Os nódulos de adrenal estão cada vez mais presentes, pelo aumento na realização de exames de imagem. A avaliação e o diagnóstico desses pacientes devem ser completos e detalhados. Devemos sempre nos preocupar com feocromocitomas e carcinomas adrenocorticais de acordo com história clínica e características da lesão da TC e/ou RNM. A cirurgia minimamente invasiva pode ser realizada tanto na técnica laparoscópica quanto robótica. Cirurgião deve optar pela técnica aberta, em caso de alta suspeita de carcinoma.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Kloos RT, Gross MD, Francis IR, et al. Incidentally discovered adrenal masses. *Endocr Rev* 1995;16(4):460-84

Munver R, Yates JK, Degen MC. Surgical and Radiologic Anatomy of the Adrenals. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA. *Campbell – Walsh Urology*. 11th ed. Philadelphia: Saunders; 2015. p. 1519-1527

Kutikov A, Crispen PL, Uzzo RG. Pathophysiology, Evaluation, and Medical Management of Adrenal Disorders. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Partin AW, Peters CA. *Campbell – Walsh Urology*. 11th ed. Philadelphia: Saunders; 2015. p. 1528-1576

Fassnacht M, Arlt W, Bancos I, et al. Management of the adrenal incidentaloma: European Society of Endocrinology clinical practice guideline in collaboration with the European Network for Study of the Adrenal Tumors. *Eur J Endocrinol* 2016;175(2):G1-34

Rollin GAFS, Czepielewski MA. Síndrome de Cushing: É Possível Simplificar e Padronizar Sua Abordagem Diagnóstica? *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003 Ago 47;(4):368-80

Funder JW, Carey RM, Mantero F, et al The management of primary aldosteronism: case detection, diagnosis and treatment: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2016;101(5):1889-916

Szolar DH, Korobkin M, Reittner P, et al. Adrenocortical carcinomas and adrenal pheochromocytomas: mass and enhancement loss evaluation at delayed contrast-enhanced CT. *Radiology* 2005;234(2):479-85

Lenders JW, Pacak K, Walther MM, et al Biochemical diagnosis of pheochromocytoma: which test is best? *JAMA* 2002;287(11):553-8

Israel GM, Korobkin M, Wang C, et al. Comparison of unenhanced CT and chemical shift MRI in evaluating lipid-rich adrenal adenomas. *AJR Am J Roentgenol* 2004;183(1):215-9

Lindeman B, Hashimoto DA, Bababekov YJ, et al. Fifteen years of adrenalectomies: impact of specialty training and operative volume. *Surgery* 2018;163(1):150-6

Van t Sant HP, Bouvy ND, Kazemier G, et al. The prognostic value of two different histopathological scoring systems for adrenocortical carcinomas. *Histopathology*. 2007; 51:239-45

Brandao LF, Autorino R, Porpiglia F, et al. Robotic versus laparoscopic adrenalectomy: A systematic Review and Meta-analysis. *Eur Urol* 2014 jun;54(6):1154-61

Brandao LF, Autorino R, Kaouk J, et al. Robot-assisted laparoscopic adrenalectomy: step-by-step technique and comparative outcomes. *Eur Urol*. 2014 Nov;66(5):898-905

Parikh PP, Rubio GA, Farra JC, et al. Nationwide analysis of adrenocortical carcinoma reveals higher perioperative morbidity in functional tumors. *Am J of Surg*. 2017;216(2):293-8

Luton, J.P., Cerdas, S., Billaud, L. et al, Clinical features of adrenocortical carcinoma, prognostic factors, and the effect of mitotane therapy. *N. Engl J Med*. 1990;322:1195-1201

Tran TB, Postlewait LM, Poultsides GA, et al. Actual 10-Year Survivors Following Resection of Adrenocortical Carcinoma *J Surg Oncol*. 2016 Dec;114(8): 971-6



ASSOCIAÇÃO DAS DOENÇAS DO SONO COM OS SINTOMAS UROLÓGICOS



Sandra Dória Xavier é otorrinolaringologista e especialista em Medicina do Sono. É responsável pelo Ambulatório de Apneia do Sono da Santa Casa de São Paulo e professora no Instituto do Sono de São Paulo

Dormir bem é considerado um terceiro pilar da saúde, ao lado da boa alimentação e prática de atividade física. Nas últimas décadas, as doenças do sono têm recebido maior atenção entre os médicos e entre a população em geral, com o aparecimento de estudos científicos que demonstram que tempo de sono insuficiente, sono fragmentado e doenças do sono - como apneia do sono - afetam vários aspectos da saúde,

incluindo a função sexual. Tempo de sono insuficiente é o grande mal do presente século, com priorização de trabalho, lazer, mídias sociais em detrimento do tempo de sono. Inicialmente focarei em uma doença extremamente prevalente em nosso meio - em torno de 30% da nossa população brasileira: a apneia do sono. Afinal...quem não se interessa em saber sobre roncos noturnos? Será somente “implicância do cônjuge” ou um problema real e perigoso?



A apneia do sono é caracterizada por interrupções recorrentes do fluxo de ar durante o sono, causado por estreitamento ou colapso da faringe. Atinge mais homens do que mulheres e sua prevalência aumenta com a senilidade. Para reverter cada episódio de apneia, há uma descarga simpática, com aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e despertar. Com isso, o fluxo é restabelecido e a oxigenação volta ao normal. Quem tem apneia do sono grave repete esta sequência mais de 30 vezes por hora de sono... um desastre. É uma maratona a cada madrugada. Por isso, em torno de 80% dos pacientes apneicos graves reclamam de fadiga, falta de foco e sonolência diurna. No entanto, os apneicos leves, moderados e uma parcela pequena dos apneicos graves podem não ter nenhum sintoma diurno (sonolência diurna, fadiga, cefaleia matutina, alteração de humor): somente o ronco percebido pelo cônjuge – a ponta do iceberg, o que faz postergarem a visita ao especialista. Acredita-se que 80% dos casos de apneia moderada e grave ainda estão subdiagnosticados. É muito importante

Vários estudos mostraram alta incidência de disfunção erétil entre homens com apneia do sono, variando entre 47,1% a 80%

que as pessoas saibam que por trás do barulho que incomoda quem dorme do lado, pode existir uma doença grave, que deve ser investigada e tratada. A apneia do sono é fator de risco independente para infarto agudo do miocárdio, arritmias, acidente vascular cerebral e diabetes. Seu diagnóstico de certeza é feito pela polissonografia e o tratamento varia de acordo com o exame físico do paciente, podendo ser clínico ou cirúrgico. O topodiagnóstico, que permite a identificação do sítio do estreitamento na via aérea, tornou-se imprescindível para a definição do melhor tratamento para o paciente apneico, individualizando cada caso.

MAS EXISTE MESMO A ASSOCIAÇÃO DA APNEIA DO SONO COM DOENÇAS UROLÓGICAS?

Vários estudos mostraram alta incidência de disfunção erétil entre homens com apneia do sono, variando entre 47,1% a 80% (1-4). Em São Paulo, em estudo realizado com 467 homens de 20-80 anos, foi visto que a apneia do sono aumentava o risco de disfunção erétil em 2,13 vezes (4). Este achado foi corroborado por estudo multicêntrico publicado no último ano, o qual encontrou que em pacientes sem apneia do sono o risco de disfunção erétil é significativamente menor do que nos pacientes com apneia, eliminado o viés de idade (5). Outro interessante estudo publicado na revista *Urology* também no ano passado, envolvendo 415 pacientes com sintomas urológicos evidenciou que a apneia do sono tem influência negativa mais importante do que a obesidade (6). Alguns autores apontaram que a incidência de disfunção erétil é 9,44 vezes maior em pacientes apneicos em comparação com não apneicos (7). O mecanismo fisiopatológico ainda não está completamente estabelecido. Acredita-se que a fragmentação do sono e dificuldade ventilatória com sucessivos eventos de hipóxia desencadeiem uma cascata de eventos vasculares e inflamatórios, como liberação de radicais livres, disfunção endotelial e queda óxido nítrico circulante. Alguns estudos demonstraram que homens com apneia têm menos testosterona sérica, com correlação negativa com número de apneias e dessaturação de oxigênio (1). Por outro lado, acredita-se que a própria testosterona possa ter um papel na patogênese da apneia do sono – suplementação de testosterona pode aumentar a gravidade da apneia (8). Outras possibilidades fisiopatológicas podem ser neuropatia periférica secundária à hipóxia ou disfunção endotelial. Estas descobertas

sugerem que homens com disfunção erétil devam ser questionados sobre os principais sinais e sintomas de apneia do sono e, a depender do caso, uma avaliação com especialista em sono pode ser interessante.

Por outro lado, a associação da apneia com doenças urológicas não se limita à disfunção sexual. Estudo publicado este ano envolvendo 269 pacientes com doença renal crônica demonstrou que o número de eventos obstrutivos respiratórios e a saturação de oxigênio foram fatores independentes associados a menor taxa de filtração glomerular. Além disso, o uso de aparelhos de pressão positiva (CPAP- continuous positive airway pressure), padrão ouro no tratamento da apneia do sono, proporcionou significativa melhora na progressão da doença renal crônica. (9)

Outra doença do sono extremamente prevalente é a insônia, a qual é um fator de risco independente para disfunção sexual, ao lado de doença cardiovascular, diabetes e depressão (10). O mais aceitável mecanismo fisiopatológico envolve a baixos níveis de testosterona secundário à insônia. Como os maiores níveis de séricos de

testosterona são encontrados durante o primeiro episódio de sono REM (11), tempo de sono reduzido e alterações na distribuição das fases do sono podem interferir nos níveis deste hormônio e, conseqüentemente, levar a disfunção sexual. Deste modo, a preocupação deve existir em solucionar queixas de insônia no acompanhamento de pacientes com disfunção sexual.

Outro ponto a ser levantado refere-se à queixa de noctúria, uma importante causa de interrupção do sono. Apesar da noctúria ser tida como um problema eminentemente urológico, existem evidências de que o sono possa ser a causa em alguns casos. Há evidência científica de que a apneia do sono pode levar a noctúria (12-14). O mecanismo fisiopatológico que explica tal correlação envolve a liberação de hormônio natriurético atrial secundário aos eventos obstrutivos respiratórios que ocorre recorrentemente na apneia do sono. O tratamento clínico da apneia com CPAP demonstrou reduzir de modo significativo a noctúria (15-16). Deste modo, pacientes de meia idade ou mais idosos cuja noctúria não possa ser atribuída a causas urológi-

cas, devem ser encaminhados para avaliação de um especialista para descartar apneia do sono.

Para finalizar, deixo o recado para os colegas urologistas, para considerarem a possibilidade de doenças do sono nos seus pacientes com doenças urológicas como noctúria, disfunção erétil, diminuição libido, sabendo que muitas doenças do sono estão subdiagnosticadas. O diagnóstico das doenças do sono só vai acontecer se houver a suspeita clínica e esta, por sua vez, só vai ocorrer quando houver busca ativa! Cabe aos senhores questionarem a respeito dos principais sintomas como dificuldade de iniciar ou manter o sono, roncos, cansaço, fadiga, sonolência diurna, falta de atenção, falta de memória, diminuição da libido, entre outros possíveis sintomas. E ainda levar em conta que pacientes com apneia podem ser oligo ou assintomáticos, e então vale lembrar dos principais fatores de risco para apneia do sono: sexo masculino, idade e obesidade. Tenham isto em mente, para conseguirem identificar fatores de risco tratáveis e, assim, ajudarem a melhorar a qualidade de vida de seus pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Li Z, Tang T, Wu W, Gu L, Du J, Zhao T, et al. Efficacy of nasal continuous positive airway pressure on patients with OSA with erectile dysfunction and low sex hormone levels. *Respir Med* 2016;119:130-4.
2. Budweiser S, Enderlein S, Jörres RA, Hitzl AP, Wieland WF, Pfeifer M, et al. Sleep apnea is an independent correlate of erectile and sexual dysfunction. *J Sex Med* 2009;6:3147-57.
3. Teloken PE, Smith EB, Lodowsky C, Freedom T, Mulhall JP. Defining association between sleep apnea syndrome and erectile dysfunction. *Urology* 2006;67:1033-7.
4. Andersen ML, Santos-Silva R, Bittencourt LR, Tufik S. Prevalence of erectile dysfunction complaints associated with sleep disturbances in Sao Paulo, Brazil: a population-based survey. *Sleep Med* 2010;11:1019-24.
5. Kellesarian SV, Malignaggi VR, Feng C, Javed F. Association between obstructive sleep apnea and erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *IJIR: Your Sexual Medicine Journal* (2018) 30:129-140.
6. Shoskes DA1, Vij SC2, Shoskes A1, Nyame Y1, Gao T1. Development of a Clinically Relevant Men's Health Phenotype and Correlation of Systemic and Urologic Conditions. *Urology*. 2018 Apr;114:77-82.
7. Chen KF, Liang SJ, Lin CL, Liao WC, Kao CH. Sleep disorders increase risk of subsequent erectile dysfunction in individuals without sleep apnea: a nationwide population-based cohort study. *Sleep Med*. 2016;17:64-68.
8. Cho JW, Duffy JF. Sleep, Sleep Disorders, and Sexual Dysfunction. *World J Mens Health*. 2019 Sep;37(3):261-275.
9. Li X, Liu C, Zhang H, Zhang J, Zhao M, Sun D, Xia M, Han M. Effect of 12-month nasal continuous positive airway pressure therapy for obstructive sleep apnea on progression of chronic kidney disease. *Medicine (Baltimore)*. 2019 Feb;98(8):e14545.
10. Shigehara K, Izumi K, Mizokami A, Namiki M. Testosterone deficiency and nocturia: a review. *World J Mens Health* 2017;35:14-21.
11. Luboshitzky Z, Zabari Z, Shen-Orr Z, Herer P, Lavie P. Disruption of the nocturnal testosterone rhythm by sleep fragmentation in normal men. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86:1134-9.
12. Chang SC, Lin AT, Chen KK, Chang LS. Multifactorial nature of male nocturia. *Urology* 2006;67:541-4.
13. Martin SA, Appleton SL, Adams RJ, Taylor AW, Catcheside PG, Vakulin A, et al. Nocturia, other lower urinary tract symptoms and sleep dysfunction in a community-dwelling cohort of men. *Urology* 2016;97:219-26.
14. Yamamoto U, Nishizaka M, Yoshimura C, Kawagoe N, Hayashi A, Kadokami T, et al. Prevalence of sleep disordered breathing among patients with nocturia at a urology clinic. *Intern Med* 2016;55:901-5.
15. Fernández-Pello S1, Gil R2, Escaf S3, Rodríguez Villamil L2, Alzueta A4, Rodríguez C4, Gonzalo-Orden JM5. Lower urinary tract symptoms and obstructive sleep apnea syndrome: Urodynamic evolution before and after one year of treatment with continuous positive airway pressure. *Actas Urol Esp*. 2019 Sep;43(7):371-377.
16. Wang T, Huang W, Zong H, Zhang Y. The efficacy of continuous positive airway pressure therapy on nocturia in patients with obstructive sleep apnea: a systematic review and metaanalysis. *Int Neurourol J* 2015;19:178-84.

ASPECTOS LEGAIS E ÉTICOS DA ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA



Fernanda Zucare é advogada, especialista em Direito Médico pela Universidade de Coimbra e em Direito do Consumidor e Processo Civil pela PUC-SP. É membro das Comissões de Direito Médico e Securitário da OAB/SP, professora assistente voluntária da PUC-SP e sócia do Zucare Advogados Associados



No presente artigo será discutida a esterilização pela vasectomia, que é uma forma de fazer cessar a fecundidade, motivo pelo qual sofre maior restrição legal, de maneira a evitar arrependimentos posteriores em quem se submete ao procedimento. Aqui, será esclarecido em que consiste a vasectomia e quais os aspectos legais e éticos que a regulamentam. A vasectomia é uma das mais seguras opções para a efetivação do planejamento familiar, pois oferece anticoncepção permanente para homens que não desejam ter filhos.

Quanto à reversibilidade das consequências da cirurgia, a resposta não é nem negativa, nem positiva. Pois, apesar de ser possível reverter o procedimento, há a possibilidade de as células germinativas pararem de produzir espermatozoides, o que acarreta infertilidade.

ASPECTOS LEGISLATIVOS

Os métodos conceptivos e contraceptivos são considerados como ações de planejamento familiar. Trata-se de preceito protegido pela Constituição Federal brasileira em seu artigo 226, parágrafo 7º, que dispõe sobre o planejamento familiar nos seguintes termos:

Art. 226. A família, base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

[...]

§ 7º Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas.

Tal disposição constitucional encontra-se consagrada pela Lei nº 9.263/96 (Lei do Planejamento Familiar), que, em seu artigo 2º, define que planejamento familiar é o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos de constituição, limitação ou aumento da prole. O planejamento familiar é feito, portanto, no âmbito do indivíduo ou da família, não devendo sofrer interferência por parte de instituições públicas ou privadas, às quais compete, somente, educar e esclarecer os cidadãos acerca dos métodos conceptivos e contraceptivos existentes e fornecê-los aos interessados.

Pelo fato de a vasectomia ser um procedimento cirúrgico cujas consequências são difíceis de reverter, a Lei do Planejamento Familiar regulamenta a prática desse procedimento. Os pré-requisitos para a execução da cirurgia de vasectomia estão estabelecidos no artigo 10,

inciso I. No qual é exigido que:

- O homem tenha mais de 25 anos de idade, ou pelo menos 2 filhos;
- Seja observado prazo de 60 dias entre a manifestação de vontade do paciente e o ato cirúrgico, período em que o paciente será devidamente esclarecido sobre o procedimento.

No parágrafo 5º, ainda do artigo 10, é previsto que: *“na vigência da sociedade conjugal, o procedimento de esterilização deve passar pelo consentimento de ambos os cônjuges”*. Assim, caso o marido queira passar pela cirurgia de vasectomia, deve entrar em consenso com sua esposa. Afinal, por se tratar de planejamento familiar, é preciso haver concordância no âmbito da família sobre efetuar o procedimento.

ASPECTOS ÉTICOS

No tocante à ética médica para a prática de procedimentos de esterilização voluntária, os profissionais da saúde devem observar que não se deve realizar a vasectomia sem o pleno conhecimento e consentimento do indivíduo.

Sobre o tema, o Código de Ética Médica, em seu artigo 42, fala o seguinte:

É vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método.

Assim, é dever ético do médico fornecer informação adequada sobre os diferentes métodos contraceptivos e suas consequências. Portanto, para o homem que tencionar se submeter à vasectomia, durante prazo legal de 60 dias entre a manifestação de vontade dele e a cirurgia, deve-se oferecer esclarecimentos sobre o tema, de modo a dar-lhe maior segurança na escolha desse método. As informações acerca do procedimento devem ser claras e transparentes, devendo o médico, de acordo com a ética médica e com a Lei de Planejamento Familiar, informar sobre a existência de outros métodos contraceptivos reversíveis, de modo que a vasectomia seja usada só em último caso, o modo como o procedimento será feito, os riscos e a possível irreversibilidade do procedimento, de modo que o paciente possa tomar sua decisão com acerto.

Deve estar claro ao paciente, além de informações acerca da vasectomia em si, que existem outros métodos contraceptivos que podem ser utilizados para que ele possa efetivar seu direito ao planejamento familiar. E



“

É dever ético do médico fornecer informação adequada sobre os diferentes métodos contraceptivos e suas consequências.

deve ser transparente o fato de que o procedimento de vasectomia pode não ser reversível, o que tornaria infértil o paciente.

É primordial, portanto, que antes de praticar o ato cirúrgico, o médico colha o consentimento informado do paciente, no qual a pessoa que quer se submeter ao procedimento afirma que recebeu todas as informações acerca dele. Na Lei de Planejamento Familiar, no parágrafo 1º do artigo 10, é dito que este documento deve ser escrito e firmado, não podendo dar-se de forma verbal. Deve constar explicitamente no documento, além de informações acerca da cirurgia em si, que o paciente entende que o procedimento pode não ser reversível e que, apesar de haver outros métodos reversíveis, optou por este.

Para que haja mais segurança para o médico, é importante que este se lembre de, a cada consulta realizada com o paciente para prestar informações acerca da cirurgia, seus riscos e na ocasião da cirurgia em si, anotar detalhadamente no prontuário do paciente tudo o que acontecer. Informações como: o que foi informado ao paciente, de que forma ele recebeu a informação e o aceite por parte dele de se submeter ao procedimento são fatos importantes de serem relatados, de forma que esteja provado que o médico esclareceu o paciente de forma clara e transparente sobre o procedimento a ser realizado.

Tais preceitos e procedimentos devem ser estritamente seguidos pelo profissional de saúde a fim de que ele evite problemas que podem advir de sindicâncias abertas devido a denúncias de pacientes arrependi-

dos, as quais podem desembocar em um processo ético-disciplinar que sancionará o médico segundo a possível falta que for apurada durante o processo.

CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que no Brasil o planejamento familiar se dá no âmbito interno da família, que deve decidir num consenso entre seus membros a quantidade de filhos e quais os momentos oportunos para concebê-los. Essas disposições ganham relevância ainda maior quando entramos na seara dos métodos de esterilização voluntária, como a vasectomia. Porque tal método pode ser considerado irreversível, de forma que é essencial que o paciente que pretende se submeter ao método receba todos os esclarecimentos e informações acerca de como é feito e quais suas consequências. É direito do paciente receber essas informações.

Dessa forma, para que o médico tenha maior segurança e evite futuros transtornos com sindicâncias ou processos éticos-disciplinares ele deve: respeitar o prazo legal de 60 dias entre a manifestação de vontade do paciente e a prática do procedimento em si; buscar, durante esse período de 60 dias, mostrar ao paciente outros métodos contraceptivos menos gravosos, no intuito de desestimular a esterilização voluntária; informar ao paciente de forma clara e transparente acerca do procedimento em si, seus riscos e consequências possivelmente irreversíveis; anotar detalhadamente no prontuário as conversas havidas durante as consultas; e colher o consentimento informado na forma escrita.

VERB SURGICAL PRETENDE CRIAR A CIRURGIA DIGITAL



Verb Surgical é uma empresa criada em 2015 por meio de parceria entre a Johnson & Johnson Medical Devices e o Google. Seu objetivo é criar a cirurgia digital, levando toda a inovação tecnológica que já vem mudando radicalmente vários as-

pectos da nossa vida também para dentro do centro cirúrgico.

O principal objetivo da empresa é colocar a serviço do cirurgião ferramentas de robótica, dispositivos avançados, integração de big data, inteligência artificial e *machine learning* para que ele tenha acesso, durante os procedimentos cirúrgi-

cos, a dados e informações que ajudem a tomar as melhores decisões, além auxiliá-lo na execução com alta precisão e eficiência.

A solução, de acordo com a empresa, será fácil de operar e permitirá a integração de toda a equipe. Além disso, oferecerá melhor acesso ao paciente por mais

ângulos e um conjunto maior de procedimentos, melhorando, também, o fluxo de trabalho dentro de um centro cirúrgico.

A Johnson & Johnson ainda não tem uma data para que o sistema entre em operação, mas deverá estar presente em países-chave da companhia no mundo, como é o caso do Brasil, nos próximos anos. Segundo informou em comunicado, “estamos adotando essas tecnologias para melhorar os resultados em toda a continuidade da saúde humana - e isso começa com parcerias e aquisições estratégicas que estão profundamente comprometidas em atender às necessidades das gerações futuras e desenvolver as soluções para a Saúde”.

CONCEITO

Para a Johnson & Johnson Medical Devices, está chegando uma nova era de cirurgia digital que simplificará os procedimentos, aumentará a eficiência, reduzirá as complicações e, por fim, tornará a cirurgia mais segura. A empresa afirma estar construindo um ecossistema digital que combina robótica de ponta, instrumentação avançada e usa dados e insights para conectar pacientes e seus profissionais de saúde antes, durante e depois de um procedimento.

Pelo projeto, uma plataforma conectada irá personalizar os resultados dos pacientes além de permitir três importantes aspectos: que os pacientes se conectem com os profissionais de saúde ao longo de sua jornada; os sistemas de saúde forneçam procedimentos consistentes, precisos e reproduzíveis, tudo isso gerenciando os custos; e auxílio para os cirurgiões otimizarem procedimentos, conduzindo as etapas de forma eficiente e ajudando no aprimoramento de suas habilidades.



A solução irá permitir a conexão entre médico paciente e também entre profissionais. Por exemplo, um cirurgião de uma área remota do país que ainda não possui experiência em algum aspecto de um procedimento cirúrgico poderá ter auxílio remoto de um médico de outra localidade durante a sua cirurgia, através de compartilhamento de imagem por telemedicina e recursos de realidade aumentada em que o colega poderá desenhar na imagem reproduzida do paciente, indicando a melhor forma de realizar o próximo passo cirúrgico.

A Verb Surgical veio dessas necessidades do setor e irá permitir essa troca de conhecimento de profissionais durante uma cirurgia, por exemplo. A inclusão de soluções colaborativas e digitais não significa substituir a capacidade do cirurgião pelo robô, mas sim colocar toda a evolução tecnológica a serviço do médico, para que ele possa, a partir das melhores técnicas, do melhor instrumental e do compartilhamento de conhecimentos, oferecer o melhor desfecho para o paciente.

**A empresa acredita
essas novas
tecnologias ajudarão
o cirurgião a escolher
melhor o passo
seguinte da cirurgia,
ver melhor a área
operada do paciente
e pensar melhor
seu procedimento.**

A empresa acredita que essas novas tecnologias ajudarão o cirurgião a escolher melhor o passo seguinte da cirurgia, ver melhor a área operada do paciente e pensar melhor seu procedimento. Este super cirurgião irá não só oferecer melhores condições de vida e saúde aos pacientes, mas também proporcionar um tratamento mais humanizado, pois com várias tarefas automatizadas ele poderá se dedicar mais tempo ao paciente.



UM CARRO ANTIGO VALE MAIS QUANDO TRAZ EM SUA BAGAGEM **UMA BOA HISTÓRIA**

João Reinaldo de Oliveira Abrahão, urologista do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e do Centro Urológico Perdizes, foi chefe do Serviço de Uro-Oncologia do Instituto do Câncer Arnaldo Vieira de Carvalho, de São Paulo (de 1982 a 2009)

Nasci no meio de carros (meu pai era vendedor) e passava as férias na loja de venda, aprendendo a dirigir e a conhecer um pouco mais desses motores sobre rodas (na época, tinha 9 anos de idade). Sempre interessado por carros fora de série, e já com meus 17 anos e com habilitação para dirigir, surgiu uma oportunidade única de adquirir meu primeiro carro: um Fusquinha alemão 1965, que veio por engano para o Brasil, original da África, Moçambique, com volante do lado direito.



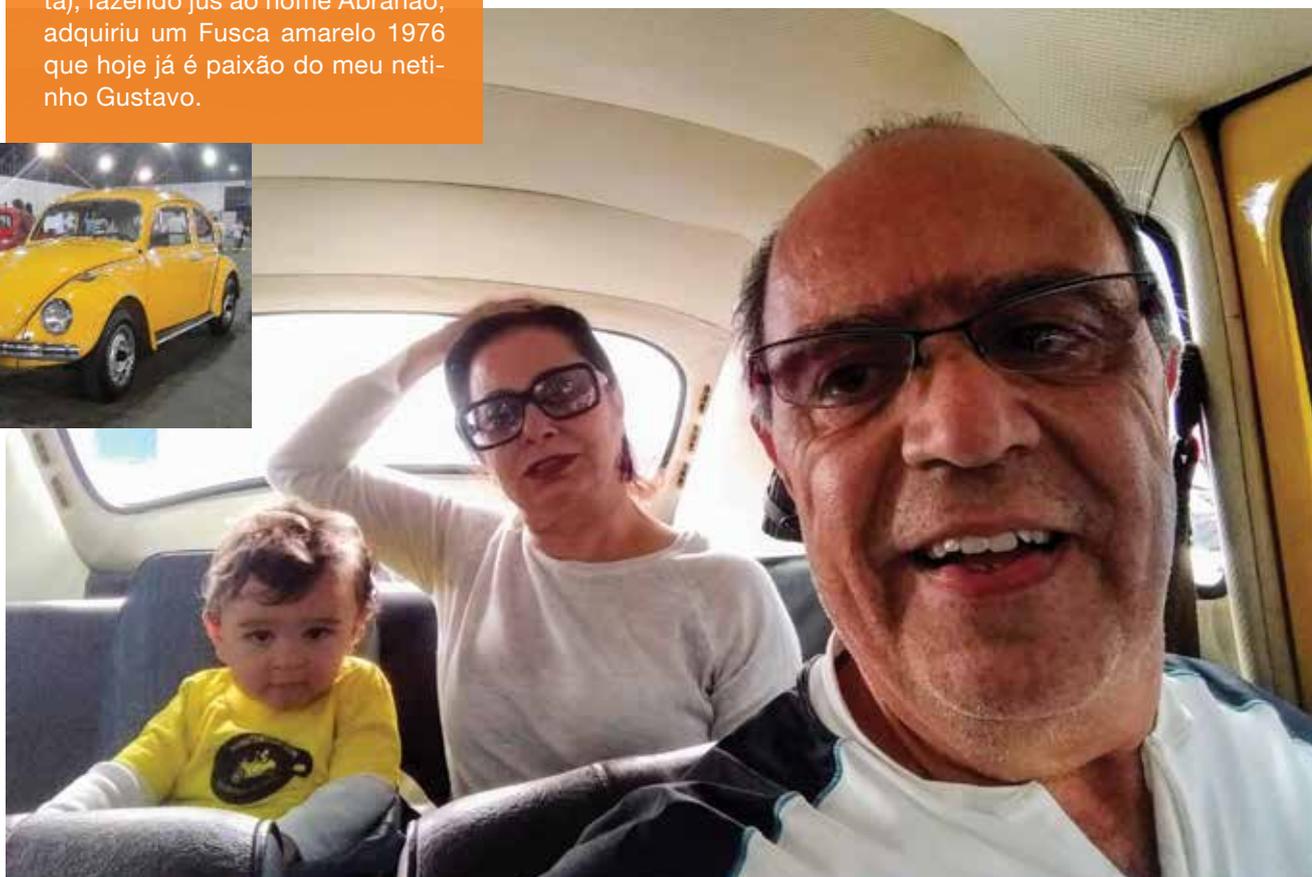
Esse carrinho completou 52 anos na família, onde todos aprenderam a dirigir sem dificuldade.

Com a morte prematura do meu pai, o carro dele, um Impala 1967 SS, foi passado para meu filho Lucas (também urologista) e assim a parceria dá continuidade a uma paixão que nunca termina.



O maior interesse é a confraternização da família e passear pelas ruas de São Paulo. Toda semana temos um bom motivo para rodar com esses carros, seja na cidade ou em viagens para cidades vizinhas. Quem sabe um dia, um país vizinho!

Minha filha, Carina (oncologista), fazendo jus ao nome Abrahão, adquiriu um Fusca amarelo 1976 que hoje já é paixão do meu netinho Gustavo.



O Mustang conversível 1965 também faz parte da família, e já foi modelo de uma jornada Paulista em Campos do Jordão.



Hoje estou com um Chevrolet 1953 em fase de restauração para ser o mais novo membro dessa família muito em breve.



URO ONCO LITORAL 2019

URO-ONCOLOGIA - PRESENTE E FUTURO

15 e 16
novembro

Parque Balneário Hotel

Santos | SP

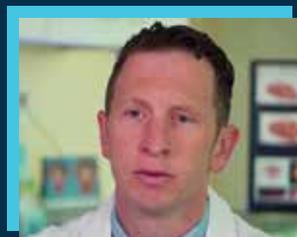
Convidados internacionais confirmados:



KETAN BADANI



MAX KATES



ROBERT SVATEK

Consulte a programação científica e faça a sua inscrição no site:
WWW.UROONCOLITORAL2019.COM.BR

REALIZAÇÃO:



GERENCIAMENTO:



AGÊNCIA
DE TURISMO:

