

**PARTICIPE!**

## **SBU-SP PREPARA-SE PARA ELEGER A DIRETORIA PARA O BIÊNIO 2020-2022**

Saiba como será o  
**PROCESSO ELEITORAL**

Veja a composição das  
**CHAPAS CONCORRENTES**

CONHEÇA OS PLANOS  
das duas chapas nas  
entrevistas com os  
candidatos à Presidência



### **Ponto de Vista**

Embolização prostática em HPB



### **Fique Sabendo**

A sexualidade feminina e seus mitos



### **Além da Urologia**

Ciclosporina na Cistite Intersticial



Acompanhe a  
SBU-SP pelas  
redes sociais

Instagram: @sbu\_sp

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

 [www.facebook.com/sociedade.deurologia](http://www.facebook.com/sociedade.deurologia)

A eleição para a próxima diretoria da SBU-SP está chegando. Esta edição do BIU apresenta a composição das chapas e entrevista os dois candidatos a presidente. O espaço cedido a cada um e as perguntas foram as mesmas, elaboradas conciliando temas propostos por urologistas de diferentes regiões do estado e pelo próprio corpo editorial do BIU. As perguntas foram formuladas buscando o interesse comum e imparcialidade, aprovadas por unanimidade pelo corpo editorial.

É com orgulho, pesar e saudades que publicamos a homenagem ao querido e admirado prof. dr. Antônio Gugliotta, eternizado em nosso meio por seus feitos no ensino, pesquisa e assistência dentro da Urologia, além do exemplo de sabedoria, protagonismo e humildade.

Em “Ponto de Vista” abordamos a embolização prostática para o tratamento da HPB, tema atual e muito debatido. Ouvimos a opinião do urologista, prof. Alberto Azoubel, e dos radiologistas, dr. Joaquim Leal Filho e prof. Gustavo Andrade, a quem agradeço o esmero e dedicação.

Em “Aprimoramento” apresentamos o *fellowship* em Urologia Pediátrica coordenado pelo Prof. Antônio Macedo Jr. A dra. Carolina Ambrogini, em “Além da Urologia”, aborda, de forma clara e objetiva, a sexualidade feminina e seus mitos, fornecendo informações que nos ajudam no consultório e em casa.

O dr. Marcos Lucon nos traz um artigo técnico, didático e atual sobre o uso da Ciclosporina na CI/SBD. Por fim, o dr. Oséas Neto nos conta sua história com o surf e orienta aqueles que pretendem iniciar a prática do esporte.

Agradeço ao nosso corpo editorial, nosso jornalista, produção, arte e especialmente aos autores pelo comprometimento, dedicação e respeito ao BIU, evidente na excelência de seus textos.

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 • Março / Abril 2019

**EXPEDIENTE**

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

**Presidente**

Flavio Eduardo Trigo Rocha

**Vice-Presidente**

Armando dos Santos Abrantes

**1º Secretário**

José Carlos I. Truzzi

**2º Secretário**

Geovanne Furtado Souza

**1º Tesoureiro**

Iderpól Leonardo Toscano Jr.

**2º Tesoureiro**

Francisco Kanasiro

**Delegados**

Fernando Nestor Facio Junior  
André Luiz Farinhas Tomé  
Roberto Vaz Juliano

**Delegados Suplentes**

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

**Editor do BIU**

Luís Gustavo Morato de Toledo

**Coeditores**

Fernando 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 – Secção São Paulo. BIU é distribuído amplamente para todos os urologistas do território nacional. Permite-se a reprodução de textos, desde que citada a fonte.

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 – Secção São Paulo. A SBU-SP e o BIU eximem-se de quaisquer responsabilidades por lesões corporais decorrentes de produtos mencionados nas propagandas comerciais.



**13 ELEIÇÕES**

SBU-SP escolhe Diretoria para o biênio 2020-2022

**18**

**PONTO DE VISTA**

Embolização prostática em HPB



**26**

**ALÉM DA UROLOGIA**

Sexualidade feminina e seus mitos

**ENTREVISTA**

Candidatos à Presidência da SBU-SP

**14**



**SBU E VOCÊ**



**APRIMORAMENTO**



**FIQUE SABENDO**



**SEM ESTRESSE**

## RELATÓRIO FINANCEIRO DA SBU-SP

ACOMPANHE A SITUAÇÃO FINANCEIRA DA SBU-SP POR MEIO DA RELAÇÃO DE DESPESAS ADMINISTRATIVAS REFERENTES A ABRIL DE 2019 E DEMONSTRATIVOS BANCÁRIOS DO DIA 11 DE JUNHO DESTE ANO.

texto: Tesouraria SBU-SP

### Prezado associado,

A Diretoria da SBU-SP apresenta a relação das despesas administrativas para a manutenção das sedes de entidades e realização das atividades de interesse dos associados. Também é publicada, como em todas as edições do BIU, a posição financeira de entidade referente ao dia 11 de junho 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: ABRIL/2019	
DESPESAS	VALOR
Advogado Peppe Bonavita	R\$ 2.744,50
Magnitude Assessoria de Imprensa	R\$ 3.223,00
Condomínio sede Augusta	R\$ 1.040,00
Condomínio sede Tabapuã	R\$ 2.042,89
Convênio funcionários	R\$ 3.026,32
Eletropaulo sede Tabapuã	R\$ 224,09
Copy Service	R\$ 178,40
IPTU sede Augusta	R\$ 152,35
IPTU sede Tabapuã	R\$ 807,81
Ligue Táxi	R\$ 1.153,13
Limpidus	R\$ 551,85
Motoboy SW	R\$ 1.165,00
Salário Funcionários	R\$ 5.851,38
Tributos folha funcionários	R\$ 5.125,96
Site Unimagem	R\$ 5.100,74
Tectray serv. T.I	R\$ 900,00
Telefonia + Cel. Corporativo	R\$ 448,72
VR Funcionários	R\$ 1.774,80
VT Funcionários	R\$ 556,11
Tarifas bancárias	R\$ 100,00
UOL Provedor internet	R\$ 63,84
<b>TOTAL</b>	<b>R\$ 36.230,89</b>

### SBU – SECÇÃO SÃO PAULO – 11/05/2019

SALDOS BANCÁRIOS		
Conta Eventos	68.525-1	R\$ 183.300,00
Conta Administrativa	71.322-8	R\$ 1.935,58
<b>SALDO ATUAL</b>		<b>R\$ 185.235,58</b>
APLICAÇÕES		
Aplicação (Eventos)	MAX DI/Compromissada DI	R\$ 888.234,26
Aplicação (SBU-SP)	Fundos	R\$ -
<b>TOTAL</b>		<b>R\$ 1.073.469,84</b>



## XI CURSO URODINÂMICA SEM MISTÉRIO

Nos dias 22 e 23 de maio ocorreu na UNICAMP a 11ª edição do tradicional curso de imersão “Urodinâmica Sem Mistério”, chefiado pelo prof. dr. Carlos D’Ancona e com assistência dos drs. Ricardo Miyaoka, Daniel Moser e Juliano Moro (UNICAMP). O curso deste ano contou com mais de trinta participantes de diversas regiões do país, incluindo Santa Catarina, Mato Grosso e Goiás, dentre outros. Seguindo o mesmo formato de anos anteriores, foram realizados exames em tempo real com transmissão ao vivo, parte prática em animais e aulas teóricas que detalham passo a passo o entendimento e execução do estudo urodinâmico conforme as normas da Sociedade Internacional de Continência (ICS).



**HOMENAGEM****PROF. DR. ANTONIO GUGLIOTTA**

**A** carreira médica do prof. dr. Antonio Gugliotta teve início em Ribeirão Preto, quando se graduou, em 1961, na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP-RP). Mas foi em Campinas que desenvolveu suas principais habilidades médicas/urológicas e onde viveu a maior parte de sua vida, com seus familiares e amigos.

Realizou mestrado e doutorado pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), onde foi professor colaborador na área de Uropediatria até dezembro de 2018 e recebeu o prêmio Amigo da Urologia UNICAMP – Professor Nelson Rodrigues Netto Júnior, nesse mesmo ano. Trabalhava com alunos da graduação, residentes e pós-graduação. Era tão querido

pelos pós-graduandos, que participou de mais de 80 bancas de concurso de mestrado e doutorado. Suas visitas de quarta-feira, na beira do leito, ficarão na memória dos alunos que tiveram esse privilégio. Mas será principalmente na reunião semanal da Urologia que sentiremos sua falta, como amigo, professor e médico dedicado aos seus alunos e colegas.

A UNICAMP foi sua segunda paixão profissional, pois sua primeira foi a Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP). Nessa faculdade foi professor titular, paraninfo, professor homenageado várias vezes e onde lecionou durante toda a sua vida Urológica. Treinou residentes, ensinou alunos e todos foram tão gratos que montaram uma Liga de Urologia com seu nome: Liga Acadêmica de Urologia Dr. Antonio Gugliotta.

Foi um importante urologista brasileiro, conhecido e amigo de todos, pioneiro em transplante renal em Campinas, trabalhou no Hospital Casa de Saúde de Campinas, onde realizou muitas cirurgias e procedimentos de litotripsia extra-corpórea. Também criou e participou ativamente da Residência

Médica de Urologia do Hospital Mário Gatti, antigamente vinculada à Casa de Saúde de Campinas.

O professor Gugliotta era um colega muito ativo também na vida associativa, trabalhou como membro da Comissão de Ensino e Treinamento da Sociedade Brasileira de Urologia, no período de 1999 a 2007, e foi Delegado da Sociedade Brasileira de Urologia-Seção São Paulo nos biênios: 1998-2000, 2002-2003 e 2004-2005. Não perdia um Congresso Brasileiro e Congresso Paulista de Urologia.

Tem uma família maravilhosa! Sua esposa Maria Silvia, que foi grande companheira em muitos eventos urológicos, é conhecida de todos pela sua simpatia e amizade. Teve seis filhos: Teresa Cristina, Antonio Augusto, Carlos Alberto, Silvia Helena, Renata e Patrícia.

Esperamos que nesse momento de tristeza, sua família e amigos saibam a importância de toda a história e legado que nos deixou o professor Gugliotta, com sua amizade, dedicação e humildade.

Com Carinho,

Disciplina de  
Urologia UNICAMP



**Foi um importante urologista brasileiro, conhecido e amigo de todos, pioneiro em transplante renal em Campinas.**

**HSL ABRE VAGA PARA UROLOGISTA NA ÁREA DE TELEMEDICINA**

**O** Hospital Sírio-Libanês abriu processo seletivo para contratação de urologista para atuar no Serviço de Telemedicina, com carga horária de 10 horas semanais. O profissional contratado deverá, entre outras atribuições, regular e/ou responder teleconsultorias oriundas de profissionais da atenção primária, emitir pareceres técnicos quando solicitado, emitir laudos de telediagnóstico e auxiliar na criação de materiais de apoio, como protocolos de encaminhamento e outros materiais de tele-educação.

Os candidatos devem ter graduação completa em Medicina e Residência Médica ou Título de Especialista em uma das seguintes especialidades: Urologia, Ortopedia, Gastrenterologia, Pneumologia e Medicina Interna, além de experiência profissional na atividade a ser desempenhada e/ou em atenção primária.

**Mais informações no link [vagas.com.br/v1882591](http://vagas.com.br/v1882591)**

**SAIBA O QUE FOI TRATADO NA 13ª REUNIÃO ORDINÁRIA DA DIRETORIA DA SBU-SP**

**N**o dia 11 de abril de 2019 foi realizada a 13ª reunião Ordinária da Diretoria da SBU-SP, gestão 2018/2019. O dr. Iderpól Toscano, 1º tesoureiro, apresentou os saldos bancários até aquela data: conta de eventos: R\$ 369.219,56; conta administrativa: R\$ 5.112,47; saldo: R\$ 374.332,03; saldo aplicação: R\$ 884.804,00. Dr. Iderpól também comunicou que o Proteus 2019 foi um sucesso e proporcionou lucro para a entidade. Informou, ainda, que já foi definido o local para a realização do Proteus 2020, que ocorrerá no Centro de Convenções Rebouças. O dr. José Carlos Truzzi, 1º secretário, afirmou considerar muito interessante que no próximo ano o Proteus fosse realizado junto com a prova de título, para ampliar ainda mais o público do evento. Dr. Roberto Vaz Juliano explicou como será a divulgação da campanha Maio Vermelho e destacou que serão buscados patrocínios.

O dr. Iderpól informou que o III Uro Oncolitoral acontecerá no Parque Balneário. O valor fechado ficou bem abaixo de outras licitações. O dr. Truzzi começará a organizar a programação e, no entender do dr. Armando Abrantes, vice-presidente da SBU-SP, o evento será mais produtivo com menos dias de duração.

O dr. Truzzi informou que a Jornada Paulista de Urologia registrou avanços em todos os aspectos e conclamou todos os diretores da entidade a colaborarem para que os eventos organizados pela SBU-SP tenham sucesso.

**PROJETO RECICLA INTERIOR**

**A** SBU-SP, em parceria com a indústria farmacêutica e de equipamentos, criou o projeto Recicla Interior com o objetivo de levar aos urologistas do interior os temas que eles considerem relevantes para sua atualização e reciclagem. O projeto, que teve início com palestras sobre litíase em Santos, contará na sequência com reuniões sobre Medicina Sexual em Jundiá e Oncologia em Campinas e Presidente Prudente.

Todas as reuniões incluirão discussão de casos clínicos e revisão de literatura pertinente a esses casos, seguida de jantar de confraternização. "Contamos com

a presença de todos os associados para o pleno sucesso destas reuniões e estamos abertos para sugestões de temas e cidades interessadas em sediar novos eventos com os temas de sua preferência", assinala o presidente da SBU-SP, dr. Flavio Eduardo Trigo.

**Participe desta nova iniciativa da SBU SP!**





Mais de 1.200 pessoas participaram da Jornada

## A MAIOR JORNADA PAULISTA DE UROLOGIA DE TODOS OS TEMPOS!

Neste ano em que a Sociedade Brasileira de Urologia – Seção São Paulo completa 50 anos de sua fundação, a XVI Jornada Paulista de Urologia obteve número recorde de participantes. Entre os dias 11 e 13 de abril, 1.239 pessoas, entre urologistas e profissionais da área da saúde, circularam no Centro de Convenções de Campos do Jordão. Também o número de expositores da indústria farmacêutica e de materiais superou o de edições anteriores com 33 empresas ali representadas.

Semelhante ao realizado no Congresso Paulista de Urologia em 2018, a distribuição das aulas se deu de modo a não haver concomitância de um determinado tema ou subespecialidade. Assim, os participantes puderam optar por assistir, na sua totalidade, às apresentações relacionadas à área de seu maior interesse ou, ainda, estabelecer um roteiro por tópicos específicos nos diferentes campos de atuação urológica.

Nas Sessões Plenárias, desenvolvidas no Auditório Central, temas atuais foram discutidos em módulos específicos que abordaram Urologia Pediátrica, Uro-Onco-logia, Disfunções Miccionais, Andrologia, Endourologia, Trauma, Transplante, Reprodução Humana e Doenças da Próstata. Em paralelo, quatro outros auditórios receberam um total de 32 cursos e workshops. O objetivo

da Comissão Científica foi oferecer ao participante da Jornada uma gama de opções de temas, com a possibilidade de atualização nas mais diversas áreas de atuação urológica, ao invés de permanecer restrito a uma única sequência de apresentações.

Nesta edição da Jornada Paulista, sessões de Guidelines ofereceram uma abordagem objetiva e prática, pautada nas principais Diretrizes da Sociedade Brasileira de Urologia / Associação Médica Brasileira (SBU/AMB), Associação Europeia de Urologia (EAU), Associação Americana de Urologia (AUA) e de outras Sociedades de Especialidades.

As principais técnicas cirúrgicas foram apresentadas por experts nas sessões Passo-a-passo, com o objetivo de proporcionar uma visão completa de todo o procedimento, desde o preparo pré-operatório, até o seguimento realizado após o tratamento. Tema que despertou grande interesse entre os participantes e poucas vezes abordado em eventos oficiais, “lidar com complicações”, foi o foco de uma série de cursos, nos quais foram apresentadas situações complexas vivenciadas na prática diária e como abordá-las de modo efetivo. Cursos clássicos como Urologia de Consultório, Workshops de Uro-Onco-logia, Endourologia e Andrologia tiveram presença garantida de grande público. Cabe destacar ainda o Workshop



A partir da esquerda, Francisco Kanasiro (palestrante), Armando Abrantes (presidente da Jornada), Flavio Eduardo Trigo Rocha (presidente da SBU-SP) e José Carlos Truzzi (presidente da Comissão Científica da Jornada)



O presidente da entidade Flavio Eduardo Trigo Rocha (à esquerda) homenageou os professores João Luiz Amaro, Amílcar Giron, Demerval Mattos Jr. e Valdemar Ortiz com a Medalha de Mérito da Sociedade Brasileira de Urologia – Seção São Paulo.

de Urologia Pediátrica, que contou com a presença, além dos urologistas, de vários cirurgiões pediátricos com atuação voltada a essa área. Três palestrantes internacionais e 182 palestrantes nacionais contribuíram de modo admirável para o elevado nível científico deste que representa um dos maiores e melhores eventos científicos da Urologia brasileira.

Ainda nesta XVI Jornada Paulista de Urologia quatro expoentes da Urologia paulista foram homenageados por seu trabalho na formação de vários urologistas e por sua luta para o engrandecimento da nossa especialidade: os professores Demerval Mattos, Valdemar Ortiz, Amílcar Giron e João Luiz Amaro receberam a Medalha de Mérito da Sociedade Brasileira de Urologia – Seção São Paulo.

### José Carlos Truzzi

Presidente da Comissão Científica da XVI Jornada Paulista de Urologia

## MENSAGEM DO PRESIDENTE DA JORNADA PAULISTA DE UROLOGIA

Prezados colegas,

Concluída mais uma Jornada Paulista de Urologia, a qual tive a Honra de presidir e que foi, certamente, uma das maiores Jornadas Paulistas em número de participantes e uma das melhores em termos de qualidade e extensão do programa científico, aliada a uma excelente programação social. A pesquisa de satisfação revelou média para todos os quesitos, somando ótimo e bom entre 92 e 95%. Além disso, foi também a de melhor resultado financeiro, lucro de R\$ 137 mil, contra lucro de R\$ 86 mil em 2017 e déficit em 2015 e 2013.

O índice de satisfação geral, de aproveitamento científico, a confraternização intensa e o resultado financeiro são motivos de muito orgulho para toda a diretoria e para a comissão organizadora, que se desdobraram para termos uma Jornada ímpar.

A diretoria não poderia deixar de agradecer a todos os participantes, aos convidados internacionais, aos palestrantes nacionais, aos congressistas, à empresa organizadora e o apoio da indústria farmacêutica e de equipamentos que viabilizam financeiramente o evento.

Um diferente layout do tradicional Centro de Convenções nos permitiu melhor aproveitamento do espaço, disponibilidade de mais auditórios, plenária maior, resultando em mais conforto e possibilidade de mais atividades em paralelo, proporcionando maior oferta e multiplicidade de conteúdo científico.

Assim, expandimos os temas abordados, ênfase em Oncologia, Litíase, Urologia de consultório, evento especial de Uropediatria, Transplante Renal, Trauma e Cirurgia Reconstructiva, Disfunção Erétil, HPB, Uroradiologia, Incontinência Urinária etc, ou seja, toda a Urologia numa Jornada.

Apesar de ser um evento dispendioso, com dificuldades de logística, poucos hotéis de porte grande, o local foi aprovado por 95% dos participantes, o que nos compele a já programar a próxima Jornada Paulista em Campos do Jordão, tentando, com reserva de espaço antecipada, otimizar os custos deste que é o evento mais charmoso da Urologia Brasileira.

Obrigado SBU-SP.

### Armando Abrantes

Presidente da Jornada Paulista de Urologia



## RECICLAGEM E ATUALIZAÇÃO NO PROTEUS INTENSIVÃO

O Proteus Intensivão, idealizado pela SBU-SP, se consolidou como um dos principais cursos de preparação para a prova de Título de Especialista da SBU (TiSBU) e, também, como uma ferramenta de reciclagem e atualização profissional. Completando 21 anos de existência, o Proteus Intensivão tem atraído participantes de praticamente todos os estados brasileiros e registrado altos índices de participação em cada edição. O Centro de Convenções Rebouças, além de ter fácil acesso, propicia conforto e ótimas condições técnicas para a sua realização e se consolidou como a sede para o evento.

André Luiz F. Tomé – Coordenador do Proteus Intensivão  
Flávio Trigo Rocha – Presidente da SBU-SP

PROTHEUS 2018			PROTHEUS 2019		
Local: Centro C. Rebouças			Local: Centro C. Rebouças		
INSCRITOS	Inscritos Presentes	631	INSCRITOS	Inscritos Presentes	531
	Inscritos Ausentes	124		Inscritos Ausentes	80
	Palestrantes	97		Palestrantes	96
<b>TOTAL</b>		<b>728</b>	<b>TOTAL</b>		<b>627</b>

## ELEIÇÃO DA DIRETORIA DA SBU-SP PARA O BIÊNIO 2020 – 2022

No dia 13 de julho será feita a apuração dos votos para definir a composição da diretoria que comandará a SBU-SP no biênio 2020-2022. Inscreveram-se para a disputa duas chapas: Democracia Paulista e União Paulista. De acordo com o calendário eleitoral, dia 31 de maio serão postados os envelopes e cédulas para todos os associados votantes. O processo é simples: dentro do envelope há um envelope pardo, uma cédula com a composição das duas chapas e um envelope branco, já selado e endereçado à SBU-SP. O associado deve assinalar com um “x” a chapa de sua preferência e colocar a célula dentro do envelope pardo, sem qualquer identificação. Em seguida deverá inserir esse envelope fechado no envelope branco,

que deverá conter assinatura e carimbo do médico para comprovar validade, e enviá-lo à entidade pelo correio, sem qualquer custo para o associado.

O envelope deve chegar à sede da SBU-SP até o dia 13 de julho. Se o eleitor preferir levar seu voto diretamente à entidade, pode fazê-lo antes das 18 horas da data da apuração, quando a comissão eleitoral iniciará a contagem dos votos. Somente estão aptos a votar os associados adimplentes. O anúncio da chapa vencedora será feito no mesmo dia 13 de julho e o resultado será comunicado à diretoria nacional da SBU.

Na seção Entrevista, conheça as propostas de cada chapa descritas pelos candidatos à presidência. Conheça as chapas:

### CHAPA DEMOCRACIA PAULISTA

**Diretor Presidente:** Dr. Armando dos Santos Abrantes  
**Vice-presidente:** Dr. José Carlos Ibanhez Truzzi  
**1º Secretário:** Dr. Geovanne Furtado Souza  
**2º Secretário:** Dr. Fábio César Miranda Torricelli  
**1º Tesoureiro:** Dr. Iderpól Leonardo Toscano Júnior  
**2º Tesoureiro:** Dr. Francisco Kanasiro

**Delegado titular:** Dr. Flavio Trigo Rocha  
**Delegado titular:** Dr. Wilson Ferreira Aguiar  
**Delegado titular:** Dr. Alexandre Cesar Santos

**Suplente de Delegado:** Dr. Leonardo Oliveira Reis  
**Suplente de Delegado:** Dr. César Augusto Braz Juliano  
**Suplente de Delegado:** Dr. Daniel Carlos Uliano Moser da Silva

### CHAPA UNIÃO PAULISTA

**Diretor Presidente:** Dr. Geraldo Eduardo de Faria  
**Vice-presidente:** Dr. Marcelo Langer Wroclawski  
**1º Secretário:** Dr. Carlos Alberto Ricetto Sacomani  
**2º Secretário:** Dr. Wagner Eduardo Matheus  
**1º Tesoureiro:** Dr. Fernando Korkes  
**2º Tesoureiro:** Dr. Felipe de Almeida e Paula

**Delegado titular:** Dr. Fernando Nestor Facio Jr.  
**Delegado titular:** Dr. Filemon A. S. Casafus  
**Delegado titular:** Dr. Pedro Luiz Macedo Cortado

**Suplente de Delegado:** Dr. Luis Cesar Zaccaro da Silva  
**Suplente de Delegado:** Dr. Rafael Ribeiro Meduna  
**Suplente de Delegado:** Dr. Thiago Souto Hemerly



### ESTE ESPAÇO É SEU

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

# CANDIDATOS À PRESIDÊNCIA DA SBU-SP EXPÕEM SEUS PLANOS PARA A ENTIDADE

Nesta edição, o BIU publica entrevistas com os dois candidatos à presidência da SBU-SP, dr. Armando Abrantes – da chapa Democracia Paulista – e dr. Geraldo Eduardo de Faria – da chapa União Paulista. Conheça as propostas de cada um para dirigir a entidade no biênio 2020-2022.



## A PROPOSTA DA CHAPA DEMOCRACIA PAULISTA

Respostas do candidato à presidência, dr. Armando Abrantes



DR. ARMANDO ABRANTES,  
CANDIDATO A DIRETOR PRESIDENTE



DR. JOSÉ CARLOS TRUZZI,  
CANDIDATO A VICE-PRESIDENTE

BIU: Poderia resumir em até cinco tópicos as principais propostas de sua chapa?

**Dr. Armando Abrantes:** *Negociação direta entre diretoria e empresas e entidades financiadoras e parceiras em projetos e eventos, sem intermediários. Resultado superior repassado em benefícios dos urologistas. Fortalecer a SBU-SP aumentando as atividades e eventos da Oncologia Urológica, mantê-la na Urologia, fortalecer o Uro-Onco Litoral e a participação dos colegas do litoral.*

*Transparência administrativa total, sede da SBU-SP aberta a qual-*

*quer solicitação de demonstrativos e exposição dos mesmos em todas as edições do BIU. Respeito com o trabalho e a contribuição do urologista. Assessoria jurídica e tributária permanente, por telefone na sede e presencial nos eventos.*

*Ampliar ainda mais nossos eventos em termos de resultados educativos e financeiros, em nível científico, em participação de sócios da SBU e, também, de associações parceiras, como a Uropediatria com suas entidades, de forma autônoma. Incrementar a participação do colega do interior com aumento dos eventos regionais.*

*Participação dos jovens urologistas como palestrantes em todos os eventos, criação de banco de currículos para que endereçemos corretamente as palestras a quem está motivado e dentro de sua área de expertise.*

*Incremento na defesa profissional dentro das possibilidades da Sociedade Estadual. Parceria com APM e AMB, com a Unimed, forte no interior, criação de planos de carreira junto ao Estado e Municípios.*

BIU: De que forma pretende dar continuidade ou aprimorar a organização dos eventos científicos da SBU-SP, como o Congresso Paulista de Urologia, a Jornada Paulista de Urologia, Proteus e o Uro-Onco Litoral?

**Dr. Armando Abrantes:** *Dependemos de um bom caixa para termos poder de negociação, planejamento e reservando antecipadamente o local e definindo o programa, para conseguirmos vender os espaços e os eventos. Por isso já está alugado e pago o espaço para o próximo Proteus daqui a quase um ano e também o WTC para o Congresso Paulista, com mais de uma ano de*

*antecedência. Assim economizamos na contratação dos espaços, garantimos as datas e podemos começar a venda dos stands.*

BIU: Quanto ao interior do Estado, como avalia a atuação da SBU-SP? Tem planos para aumentar o número de eventos? Quais seriam e com que finalidade?

**Dr. Armando Abrantes:** *Implantamos, já consolidamos e ampliaremos o Uro-Onco Litoral. Além dos numerosos eventos pré-congresso Paulista, organizados em Campinas, Barretos, São José do Rio Preto, Ribeirão Preto e Santos, realizaremos finais de semana teórico-práticos, sobre vários temas de interesse, nas cidades centrais de cada região, de acordo com a demanda. Temos, nos departamentos, colegas atuantes em todos os rincões do Estado.*

BIU: Mesmo sendo incumbência de nossa Diretoria Nacional, a SBU-SP deve participar da busca pela valorização profissional do urologista? Se afirmativo, como fazê-lo?

**Dr. Armando Abrantes:** *Apesar de ser uma atribuição primaz da SBU Nacional, pretendemos atuar na defesa profissional de várias formas:*

a) *Conscientização sobre ética médica, direito médico, prontuário, consentimento informado, etc, medidas que protegem o médico.*

b) *Parceria com APM e AMB valorizando a consulta e procedimentos no Estado, parceria com a Unimed, revitalização da LECO, planos de carreira no Estado e em municípios. Denunciar operadoras com planos vis de remuneração.*

BIU: Quais os planos para atrair e incentivar a participação dos jovens urologistas e residentes nas

atividades da entidade? Por que o urologista paulista deve ser membro da SBU?

**Dr. Armando Abrantes:** *Oferecer cursos de aprimoramento tanto na capital como no interior, facilitar acesso a especialização específica, como certificação robótica, aumentar ainda mais a participação como palestrantes em todos os eventos, auxiliar na sua colocação no mercado de trabalho e dar amparo jurídico e tributário. Continuar oferecendo eventos práticos e objetivos, como Urologia de consultório, Biópsias etc, focados no jovem iniciante.*

BIU: Qual é a necessidade e importância do valor em caixa e contratos firmados para a gestão seguinte? Isto se traduz em benefício para o associado?

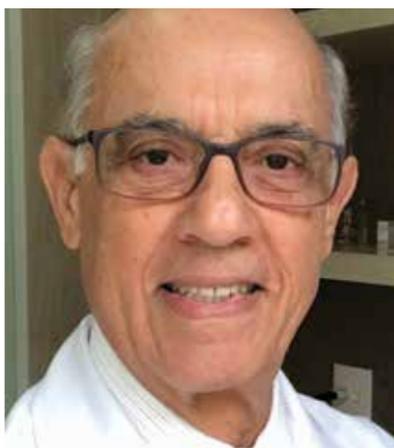
**Dr. Armando Abrantes:** *Fundamental para conseguirmos reserva de espaços disputados, com antecedência, a preços melhores, datas melhores e poder iniciar as negociações com a indústria precocemente, antes de esgotado o budget destinado à nossa especialidade. Por esta razão conseguimos lugar e data bons para os próximos Proteus, Congresso Paulista e para o Uro-Onco Litoral.*

BIU: Qual o orçamento e como se dá o financiamento da sua campanha para esta eleição?

**Dr. Armando Abrantes:** *Absolutamente pessoal com auxílio parcial, voluntário, de alguns membros da chapa. Podemos apresentar a planilha de gastos com viagens, banners, flyers, e-mail, correio, homepage, whatsapp, marketing, com notas fiscais em nosso nome, sem qualquer comprometimento conflitante com os interesses da SBU-SP.*

## A PROPOSTA DA CHAPA UNIÃO PAULISTA

### Respostas do candidato à presidência, dr. Geraldo Eduardo de Faria



DR. GERALDO EDUARDO DE FARIA,  
CANDIDATO A DIRETOR PRESIDENTE



DR. MARCELO LANGER WROCLAWSKI,  
CANDIDATO A VICE-PRESIDENTE

**BIU:** Poderia resumir em até cinco tópicos as principais propostas de sua chapa?

**Dr. Geraldo Eduardo de Faria:** Nosso projeto para a SBU-SP contempla as três principais ações de interesse da urologia paulista: valorização profissional, educação continuada e transparência administrativa.

Em relação à valorização e defesa profissional, vamos levar as demandas da urologia paulista às entidades responsáveis pelo processo decisório da remuneração médica e estabelecer parcerias efetivas para a discussão de honorários mais adequados.

Na educação continuada, assuntos da capital e região metropolitana, litoral e interior terão igual importância

e nossos projetos prestigiarão a todos. Vamos criar os Pólos de Conhecimento – centros de referência para capacitação em novas tecnologias em urologia - e resgatar o Sabadão Urológico que levará conhecimento em áreas de maior interesse dos urologistas de cada região. A transparência administrativa será mantida e aprimorada, promovendo licitações para contratação das empresas responsáveis pela organização de todos os eventos da SBU-SP, publicação no BIU e no Portal das propostas e relatórios financeiros da Sociedade e negociação direta com nossos parceiros da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos visando garantir um retorno mais adequado aos nossos cofres.

**BIU:** De que forma pretende dar continuidade ou aprimorar a organização dos eventos científicos da SBU-SP, como o Congresso Paulista de Urologia, a Jornada Paulista de Urologia, Proteus e o Uro-Oncologia Litoral?

**Dr. Geraldo Eduardo de Faria:** O Congresso Paulista de Urologia é hoje um dos maiores do mundo e isso se deve ao trabalho das inúmeras administrações que não mediram esforços para levá-lo ao patamar que hoje se encontra. Vamos trabalhar com extrema dedicação para realizar um evento ainda melhor que o anterior, pois entendemos que esta é a obrigação dos dirigentes da SBU-SP e é o que os urologistas esperam de seus dirigentes. Faremos, sim, correções em pontos importantes, como a democratização da programação científica, que continuará priorizando a escolha de palestrantes de grande prestígio e conhecimento científico, mas esta seleção não será direcionada e não prestigiará somente esta ou aquela instituição acadêmica.

A Jornada Paulista de Urologia e o Uro-Oncologia Litoral precisam ter seu desenho reavaliado com o objetivo de torná-los mais atrativos e menos onerosos para o urologista. O último Uro-Oncologia realizado no Guarujá e a última Jornada de Campos do Jordão, onde diversas sessões foram assistidas por um núme-

ro pequeno de colegas, confirmaram a necessidade de se implantar um novo modelo para estes eventos. O Proteus será mantido com suas características atuais e defenderemos junto à SBU Nacional que ele se torne verdadeiramente uma atividade preparatória para a obtenção do TiSBU.

**BIU:** Quanto ao interior do Estado, como avalia a atuação da SBU-SP? Tem planos para aumentar o número de eventos? Quais seriam e com que finalidade?

**Dr. Geraldo Eduardo de Faria:** As últimas administrações da SBU-SP se esqueceram do interior do Estado. Vamos implantar dois projetos importantes que levarão educação continuada para o urologista das mais distantes cidades sem a necessidade de deslocamentos para as grandes regiões metropolitanas. O primeiro deles será a criação dos Pólos de Conhecimento. Cidades em diversas regiões do estado serão responsáveis pela capacitação do colega em diferentes áreas da urologia. O urologista se dirigirá a estes pólos e neles receberá treinamento para que posteriormente possa reproduzir seus novos conhecimentos na sua cidade ou região de origem. O outro projeto será o resgate do Sabadão Urológico, uma ação que teve grande sucesso no passado. Mensalmente, em alguma região do Estado, os colegas receberão este evento de educação continuada, voltado principalmente para as necessidades de aprimoramento dos urologistas que lá militam.

**BIU:** Mesmo sendo incumbência de nossa Diretoria Nacional, a SBU-SP deve participar da busca pela valorização profissional do urologista? Se afirmativo, como fazê-lo?

**Dr. Geraldo Eduardo de Faria:** A valorização do urologista será priorita-

ria em nossa gestão. Estamos cientes das dificuldades que a Sociedade enfrenta quando trata deste tema junto às outras entidades responsáveis pela definição dos honorários médicos. A SBU Nacional é a responsável por discutir junto a ANS, AMB, CFM e outras entidades as pautas referentes à adequação dos nossos honorários e procedimentos. Por outro lado vivenciamos realidades diferentes entre a região metropolitana e o interior do Estado. Nos grandes centros caminham a passos céleres as mudanças na forma da remuneração médica com novos modelos negociados diretamente entre as operadoras, planos de saúde e hospitais. No interior temos o sistema cooperativista implantado de maneira forte na grande maioria das cidades, cujas singulares têm valores e formas próprias de remuneração dos urologistas.

Em nossa gestão a SBU-SP estará participando ativamente do processo de valorização profissional e em defesa de honorários dignos, levando à SBU Nacional as demandas da urologia paulista e contribuindo com projetos que viabilizem nossas expectativas. Para isso criamos na nossa futura administração o departamento de Defesa Profissional que se incumbirá destas ações.

**BIU:** Quais os planos para atrair e incentivar a participação dos jovens urologistas e residentes nas atividades da entidade? Por que o urologista paulista deve ser membro da SBU?

**Dr. Geraldo Eduardo de Faria:** A SBU tem investido intensamente na formação e aprimoramento de seus associados através dos programas de educação continuada, nos projetos de reciclagem, na capacitação de médicos residentes, no aprimoramento e modernização dos seus meios de

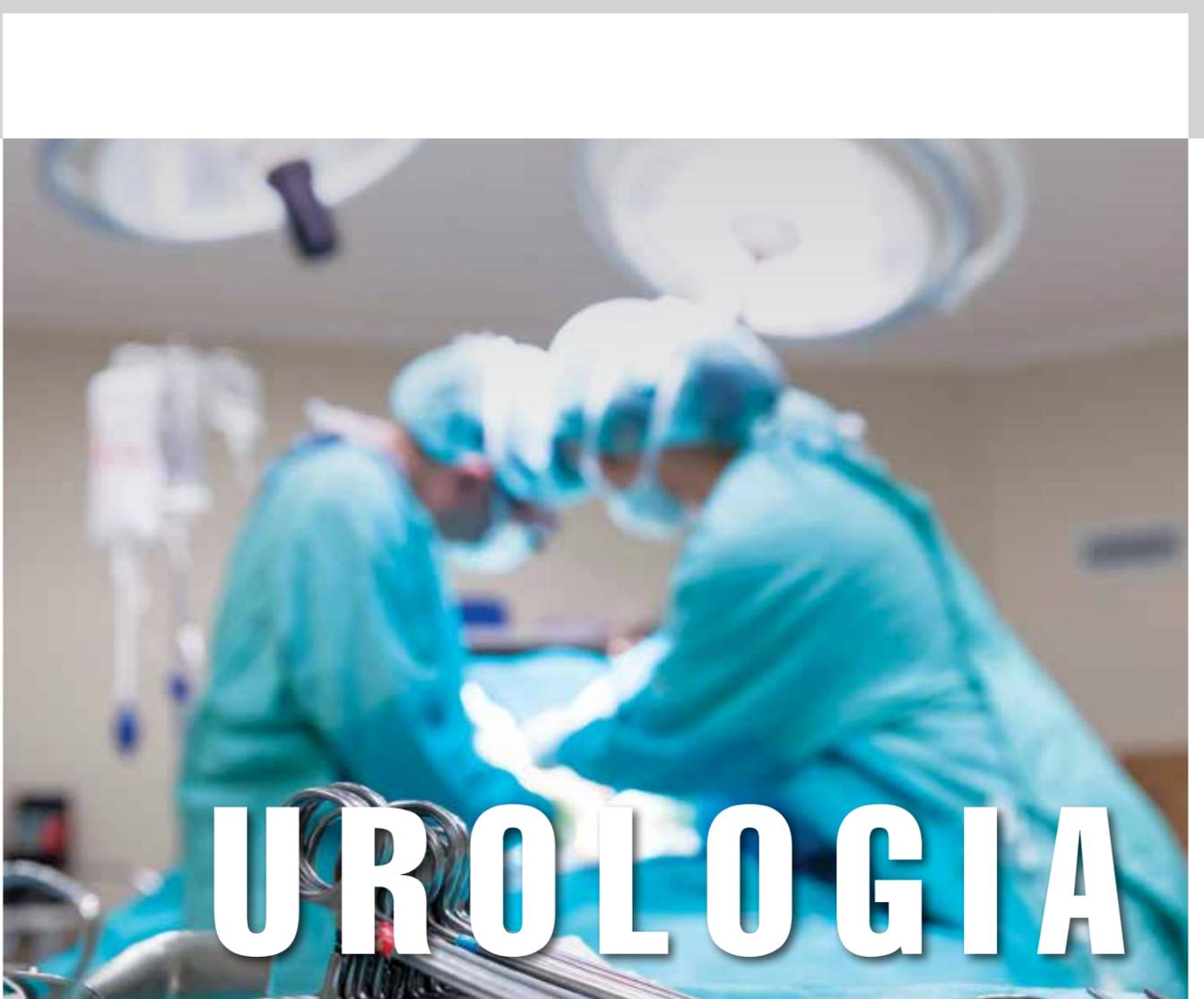
comunicação e na defesa profissional. Estas ações visam incentivar o ingresso de jovens urologistas e residentes em seu quadro associativo. O urologista deve estar consciente de que a SBU é sua entidade representativa e através dela é que podemos atingir os nossos objetivos. Prestigiá-la e fortalecê-la é fundamental para que ela seja referência constante junto aos órgãos públicos e privados na defesa de honorários dignos.

**BIU:** Qual é a necessidade e importância do valor em caixa e contratos firmados para a gestão seguinte? Isto se traduz em benefício para o associado?

**Dr. Geraldo Eduardo de Faria:** Administrar a SBU-SP com competência e profissionalismo e entregá-la a seus sucessores com uma boa saúde financeira é o que se espera de sua diretoria. No entanto há limites para uma poupança estratégica além da qual os recursos financeiros devem ser investidos em benefício do associado. A SBU-SP não é um Banco e seu objetivo societário não é o mercado financeiro. Antecipação de contratos para realização dos eventos é salutar, mas não deve engessar e tolher a liberdade das novas administrações em implantarem suas políticas de gestão.

**BIU:** Qual o orçamento e como se dá o financiamento da sua campanha para esta eleição?

**Dr. Geraldo Eduardo de Faria:** A campanha da União Paulista está sendo financiada com recursos próprio dos membros da diretoria, delegados, membros do corpo editorial do BIU e chefes dos departamentos. Os colegas estão contribuindo de forma igualitária e espontânea para cobrir as despesas necessárias para levar aos associados os nossos projetos para a SBU-SP.



# UROLOGIA

## EMBOLIZAÇÃO PROSTÁTICA EM HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA (HPB)

**O** TEMA DESTA EDIÇÃO É ABORDADO PELO UROLOGISTA ALBERTO AZOUBEL ANTUNES E PELOS RADIOLOGISTAS INTERVENZIONISTAS JOAQUIM MAURÍCIO DA MOTTA LEAL FILHO E GUSTAVO PIPOCA DE ANDRADE



### A visão do urologista

*Alberto Azoubel Antunes, professor associado de Urologia da FMUSP, chefe do setor de Próstata da Divisão de Urologia da FMUSP e gerente médico do Instituto da Próstata do Hospital Moriah*

Apesar da segurança e eficácia da ressecção endoscópica da próstata como método para o tratamento cirúrgico da Hiperplasia Prostática Benigna (HPB), é clara a demanda do homem moderno por procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos. Em resposta a esta demanda, poucas áreas da Urologia têm apresentado tanta inovação como o desenvolvimento de novos métodos para tratamento pouco invasivo da HPB. Estes procedimentos reúnem características comuns como: realização em regime ambulatorial sob anestesia local ou leve sedação, remoção de mínima ou nenhuma quantidade de tecido prostático, preservação da ejaculação anterógrada e rápido retorno do paciente às atividades rotineiras. A radiofrequência com vapor de água (sistema REZUM), a ablação com jato de água (aquablation), o urolift, o stent prostático transitório de nitinol (TIND), e a embolização das artérias prostáticas são métodos/tecnologias que se enquadram neste grupo.

A ideia da embolização das artérias da próstata (PAE) para tratamento da Hiperplasia Prostática Benigna (HPB) surgiu de um relato de caso publicado na revista da sociedade americana de radiologia intervencionista em 2000. Tratava-se de um paciente com hematuria refratária a todos os métodos urológicos tratado por embolização com sucesso no controle da hemorragia. Durante o acompanhamento, o paciente evoluiu com melhora dos sintomas urinários e redução do volume prostático. A partir de então, surgiram estudos experimentais em animais comprovando a viabilidade e segurança da emboliza-



ção. Assim, a partir de junho de 2008, iniciaram-se diversos estudos dentro da Disciplina de Urologia e Departamento de Radiologia do HCFMUSP determinando a eficácia e segurança do método. A partir de março de 2009, um grupo português também iniciou sua experiência no método.

A PAE é um procedimento de alta complexidade técnica, que deve ser restrita a centros de referência em radiologia intervencionista que possuam material e equipamentos adequados. As variações anatômicas e o pequeno diâmetro dos ramos da artéria íliaca interna exigem do radiologista treinamento e experiência. As principais vantagens do método residem no fato de poder ser realizado sob anestesia local na virilha, onde é realizado o cateterismo da artéria femoral, e de tratar-se de um procedimento ambulatorial. Ademais, a PAE não compromete a ejaculação anterógrada, que invariavelmente é atingida pelos procedimentos cirúrgicos urológicos.

Apesar da dificuldade técnica, a embolização bilateral das artérias prostáticas é possível em mais de



**A redução média do peso prostático é de 35% em relação ao peso inicial, e este nadir ocorre após trinta dias do procedimento, quando se espera que o paciente apresente o benefício máximo do mesmo.**

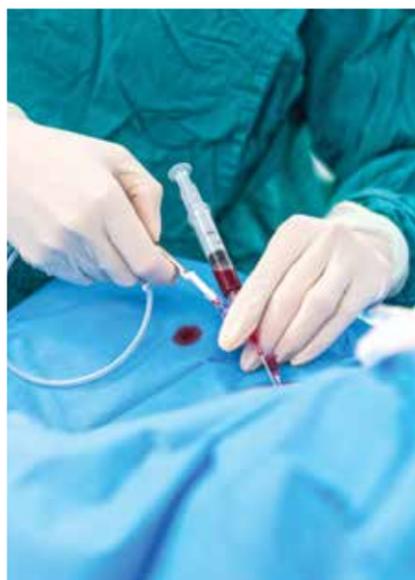
90% dos casos. Após o procedimento, o paciente desenvolve um processo inflamatório local secundário à isquemia prostática. Este quadro pode resultar em sintomas irritativos locais como dor e queimação perineal ou uretral, disúria, eliminação de pequena quantidade de sangue pelo reto ou pela urina, que duram cerca de cinco a sete dias. Geralmente estes sintomas incidem com intensidade moderada e são autolimitados. As complicações graves relacionadas à embolização

inadvertida de órgãos não-alvo como reto, bexiga e pênis são incomuns, desde que o procedimento seja realizado sob adequado controle tomográfico.

A redução média do peso prostático é de 35% em relação ao peso inicial, e este nadir ocorre após trinta dias do procedimento, quando se espera que o paciente apresente o benefício máximo do mesmo. Importante ressaltar que esta redução relativa do peso costuma ser maior em próstatas com mais de 80 gramas, podendo ser de até mais de 50% do peso inicial em 10% dos casos. A queda do antígeno prostático específico (PSA) é de cerca de 60% do valor inicial e atinge seu nadir após três meses. O acompanhamento do PSA é importante para avaliação do crescimento prostático de novo durante o seguimento. Além da redução da massa prostática, recentemente um estudo piloto revelou que o componente dinâmico da próstata também parece ser modificado pela PAE. Neste trabalho, oito homens foram submetidos a ultrassom com elastografia prostática antes e após a PAE. Todos os pacientes apresentaram melhora significativa no escore de sintomas prostáticos e de qualidade de vida. Ademais, foi evidenciado uma redução relativa de 30% no módulo elástico da próstata após um mês de seguimento.

Com relação à melhora dos sintomas urinários, um estudo de meta-análise reunindo 13 artigos com 842 pacientes revelou uma melhora média de 12 pontos no escore internacional de sintomas prostáticos (IPSS), de 2,3 pontos na questão de qualidade de vida e de 5,2 ml/s na urofluxometria após 12 meses de seguimento. Como se pode notar, estes números são superiores aos observados com a terapia farmacológica para HPB. Avaliação urodinâmica de pacientes submetidos a PAE no entanto, revela que apesar da melhora clínica, apenas cerca de 35% dos pacientes submetidos ao método ficam desobstruídos, 30% são classificados como duvidosos e 35% continuam obstruídos de acordo com o índice de obstrução infra vesical.

Apesar dos bons índices de melhora em curto prazo, os resultados da PAE



em longo prazo ainda são escassos na literatura. Um estudo português descreveu a evolução em longo prazo (6,5 anos) de uma coorte retrospectiva de 572 pacientes submetidos a PAE bilateral. Como critério de sucesso foi considerado um escore de sintomas prostáticos (IPSS)  $\leq 15$  (ou uma melhora de 25% do escore basal), um escore de qualidade de vida  $\leq 3$  (ou redução de ao menos 1 ponto do escore basal) e a ausência de necessidade de tratamentos adicionais. Descreveram uma taxa de sucesso de 82% em até 3 anos e de 76% em até 6 anos. Vale apenas destacar que além dos critérios de inclusão deste estudo não serem claros e dos critérios de sucesso serem questionáveis, apenas 36 pacientes foram seguidos por 6 anos.

A seleção apropriada dos casos é fundamental para o sucesso terapêutico da PAE. Como citado acima, pacientes com próstatas maiores que 80 gramas tendem a apresentar maior redução relativa do peso. Da mesma maneira, a presença de contratilidade detrusora preservada é importante para obtenção de melhores resultados. Em uma análise realizada pelo nosso grupo que definiu como sucesso terapêutico a presença de um IPSS menor que 8 após o tratamento, enquanto que 100% dos pacientes com índice de contratilidade

vesical (BCI)  $> 150$  atingiram essa meta, apenas 52% dos pacientes com BCI  $< 100$  conseguiram. Desse modo, pacientes com diagnóstico de hipoatividade vesical ou com diagnóstico de bexiga neurogênica não devem ser considerados candidatos ideais. Ademais, não recomendamos o método para pacientes com complicações da HPB, como aqueles com litíase vesical, grandes divertículos vesicais, história de prostatites/infecção urinária de repetição ou alterações da função renal secundárias à HPB. Entendemos que estes casos, além de necessitarem de uma ampla desobstrução, devem ter suas complicações tratadas simultaneamente.

Outra potencial aplicação clínica do método é como ferramenta adjunta à desobstrução prostática endoscópica em adenomas prostáticos de grande volume. Um estudo chinês revelou a experiência inicial da PAE combinada com a enucleação endoscópica da próstata com laser Holmium (HoLEP) após três meses em 24 pacientes com peso prostático médio de 219 gramas. Neste estudo, o tempo cirúrgico médio da enucleação foi de 117 minutos e o peso médio enucleado foi de 118 gramas. Nenhum paciente necessitou de transfusão sanguínea. Outras condições clínicas para as quais poderíamos considerar a PAE seriam pacientes com história de patologias uretrais (estenoses tratadas), pacientes sem condições clínicas para anestesia geral ou espinal e, finalmente, pacientes com desejo de ter filhos.

Apesar da segurança e eficácia da PAE estarem estabelecidas, atualmente a Associação Americana de Urologia (AUA) e a Associação Europeia de Urologia (EAU) classificam o método como experimental e não recomendam a sua realização fora de protocolos de pesquisa. Estas afirmativas são amparadas pela falta de estudos com critérios de seleção rigorosos, com seguimento em longo prazo e com desenho prospectivo e controlado pelos métodos de tratamento tradicionais da HPB. Da mesma maneira, o fato de o procedimento ser realizado por um radiologista interven-

cionista tem limitado a aceitação do método pela comunidade urológica em nível mundial.

Finalmente, à luz das evidências atuais, podemos concluir que a PAE é um procedimento seguro e eficaz

em curto prazo. Sua realização deve ser restrita a centros de referência em intervenção radiológica que possuam uma equipe multidisciplinar composta por um radiologista intervencionista e um urologista com experiência

no manejo da hiperplasia prostática. Estudos prospectivos e controlados com resultados de longo prazo são necessários para definirmos a real posição que o método deve ocupar no arsenal terapêutico da HPB.

#### REFERÊNCIAS

1. Antunes AA, Carnevale FC, da Motta Leal Filho JM, Yoshinaga EM, Cerri LM, Baroni RH, Marcelino AS, Cerri GG, Srougi M. Clinical, laboratorial, and urodynamic findings of prostatic artery embolization for the treatment of urinary retention related to benign prostatic hyperplasia. A prospective single-center pilot study. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2013 Aug;36(4):978-86.
2. de Assis AM, Moreira AM, Carnevale FC, Marcelino ASZ, de Oliveira Cerri LM, Antunes AA, Srougi M, Cerri GG. Effects of Prostatic Artery Embolization on the Dynamic Component of Benign Prostate Hyperplasia as Assessed by Ultrasound Elastography: A Pilot Series. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2019 Apr 16.
3. DeMeritt JS, Elmasri FF, Esposito MP, Rosenberg GS. Relief of benign prostatic hyperplasia-related bladder outlet obstruction after transarterial polyvinyl alcohol prostatic embolization. *J Vasc Interv Radiol.* 2000 Jun;11(6):767-70.
4. Gratzke C, Bachmann A, Descazeaud A, Drake MJ, Madersbacher S, Mamoulakis C, Oelke M, Tikkinen KAO, Gravas S. EAU Guidelines on the Assessment of Non-neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms including Benign Prostatic Obstruction. *Eur Urol.* 2015 Jun;67(6):1099-1109.
5. Foster HE, Barry MJ, Dahm P, Gandhi MC, Kaplan SA, Kohler TS, Lerner LB, Lightner DJ, Parsons JK, Roehrborn CG, Welliver C, Wilt TJ, McVary KT. Surgical Management of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: AUA Guideline. *J Urol.* 2018 Sep;200(3):612-619.
6. Li P, Wang C, Cao Q, Zhang J, Shi H, Meng X. Prostatic Arterial Embolization Followed by Holmium Laser Enucleation of the Prostate as a Planned Combined Approach for Extremely Enlarged Benign Prostate Hyperplasia. *Urol Int.* 2017;99(4):422-428.
7. Magistro G, Chapple CR, Elhilali M, Gilling P, McVary KT, Roehrborn CG, Stief CG, Woo HH, Gratzke C. Emerging Minimally Invasive Treatment Options for Male Lower Urinary Tract Symptoms. *Eur Urol.* 2017 Dec;72(6):986-997.
8. Moreira AM, de Assis AM, Carnevale FC, Antunes AA, Srougi M, Cerri GG. A Review of Adverse Events Related to Prostatic Artery Embolization for Treatment of Bladder Outlet Obstruction Due to BPH. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2017 Oct;40(10):1490-1500.
9. Pisco JM, Bilhim T, Pinheiro LC, Fernandes L, Pereira J, Costa NV, Duarte M, Oliveira AG. Medium- and Long-Term Outcome of Prostate Artery Embolization for Patients with Benign Prostatic Hyperplasia: Results in 630 Patients. *J Vasc Interv Radiol.* 2016 Aug;27(8):1115-22.
10. Shim SR, Kanhai KJ, Ko YM, Kim JH. Efficacy and Safety of Prostatic Arterial Embolization: Systematic Review with Meta-Analysis and Meta-Regression. *J Urol.* 2017 Feb;197(2):465-479.



### Brasil foi pioneiro na embolização das artérias prostáticas para o tratamento de HPB

Joaquim Maurício da Motta Leal Filho, radiologista intervencionista do Instituto do Coração (InCor) e do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP) e vice-presidente da Sociedade Brasileira de Radiologia Intervencionista e Cirurgia Endovascular (SOBRICE).

Gustavo Pipoca de Andrade, radiologista intervencionista da Angiorad, coordenador do Serviço de Radiologia Intervencionista do Hospital da Restauração e do Hospital Santa Joana Recife e professor de Radiologia da Faculdade de Ciências Médicas – Campina Grande.

Em 2000 foi publicado um artigo onde observou-se que a embolização das artérias prostáticas para estancar um sangramento após biópsia transretal levou à redução do peso prostático e melhora dos sintomas urinários no seguimento do paciente. Este achado aguçou a curiosidade dos pesquisadores e estudos em animais foram realizados comprovando a segurança da técnica e permitindo o início de estudo em humanos. A embolização das artérias prostáticas (EAP) para o tratamento dos sintomas relativos à

hiperplasia prostática benigna (HPB) foi realizada pela primeira vez no Brasil, por uma equipe de radiologistas intervencionistas do Departamento de Radiologia da Universidade de São Paulo (USP), em junho de 2008. Portanto, o nosso país foi pioneiro no desenvolvimento desta técnica.

Os primeiros pacientes tratados eram portadores de HPB, em uso de cateter vesical de demora e refratários ao tratamento medicamentoso. Estavam aguardando para serem submetidos à ressecção transuretral da próstata (RTU). Após a EAP, 91% dos

pacientes retiraram o cateter vesical de demora e melhoraram dos sintomas de HPB. Este estudo e os outros que vieram na sequência foram realizados pelos Departamentos de Urologia e Radiologia da USP com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

### REPERCUSSÃO MUNDIAL

Com os resultados animadores obtidos a partir dos estudos brasileiros e apresentados em congressos europeus e americanos, outros países despertaram interesse em realizar a técnica de EAP, dentre os quais des-

tacaram-se Portugal, que em curto intervalo de tempo foi responsável pelo tratamento de um grande número de pacientes e um grande número de publicações científicas, os Estados Unidos, Reino Unido, Rússia, França, China, Itália, Espanha, Coréia do Sul e Alemanha.

Nos últimos onze anos, a técnica de EAP vem sendo pesquisada e desenvolvida com o objetivo de se tornar mais uma opção terapêutica disponível no rol de terapias existentes para o tratamento de HPB. Pesquisas sérias foram desenvolvidas no mundo todo, com resultados similares, corroborando a segurança e eficácia da técnica.

## TÉCNICA

O procedimento de EAP é realizado por meio de cateterismo. Por acesso arterial femoral ou radial (procedimento semelhante ao cateterismo coronário diagnóstico) introduz-se um cateter diagnóstico 5 French, estuda-se a irrigação pélvica, identificam-se as artérias prostáticas direita e esquerda, e com um microcateter 2,0 French (diâmetro menor que 1 mm) realizam-se as embolizações das artérias prostáticas com microesferas (material inerte, semelhante a grãos de areia, de formato esférico, utilizado em diversos tipos de embolização). O procedimento é bastante seguro quando realizado pelo radiologista intervencionista, e a literatura científica é farta em comprovar isso.

## RESOLUÇÃO DO CFM 2.143/2016

Em março de 2016, o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicou a Resolução nº 2.143 a fim de regulamentar a EAP. Alguns pontos da resolução merecem ser destacados, como:

1. A importância do desenvolvimento de novos procedimentos médicos terapêuticos e diagnósticos para o progresso da medicina;
2. Que o CFM resolve aprovar o procedimento de EAP para o tratamento da HPB, considerado de alto risco e complexidade, válido e utilizável na prática médica (Parágrafo 1, Inciso 1);

3. A indicação da EAP para HPB deverá ser precedida da avaliação de um médico urologista, que determinará qual a opção mais adequada para o tratamento da HPB em cada paciente;

4. A realização do procedimento de EAP deverá ser feita exclusivamente pelo Radiologista Intervencionista.

Essa resolução está sendo revisada e em breve será publicada uma versão atualizada.

## RESULTADOS

Estudos prospectivos, randomizados e controlados comparando a EAP com RTU e com prostatectomia transvesical (PTV), concluíram que os três métodos terapêuticos são capazes de tratar os sintomas advindos da HPB. Contudo, quanto mais agressivo for o tratamento (em ordem decrescente PTV > RTU > EAP) melhores serão os resultados obtidos, porém piores serão as complicações e os efeitos adversos do tratamento. Ou seja, os resultados obtidos através da PTV são melhores que os da RTU que por sua vez são melhores que os da EAP. Ainda não temos estudos que comparam a EAP com medicamentos ou outras técnicas.

## VANTAGENS OBSERVADAS NA EAP SOBRE OUTROS MÉTODOS TERAPÊUTICOS INVASIVOS

Trata-se de procedimento minimamente invasivo que pode ser executado com anestesia loco-regional, em regime de hospital dia; não há manipulação do pênis e nem da uretra (evitando-se estenose de uretra); não altera a função sexual (não causa impotência); não provoca ejaculação retrógrada; não causa incontinência urinária; não há perda sanguínea durante o procedimento e nem após, evitando-se transfusões sanguíneas; pode ser aplicado em próstatas de qualquer tamanho (não há restrição de volume); não impede a realização dos métodos terapêuticos tradicionais.

## PACIENTES QUE ESTÃO SENDO ENCAMINHADOS PELO UROLOGISTA

Devido às suas condições clínicas, alguns pacientes que sofrem de HPB são de difícil manejo cirúrgico e, portanto, são encaminhados para EAP. Pacientes de alto risco cirúrgico, em uso de dupla antiagregação plaquetária (ex: implante de stent farmacológico coronário) ou de anticoagulantes que não podem ser suspensos, pacientes com próstatas grandes e cirurgia pélvica prévia e pacientes que recusam os tratamentos convencionais propostos. Outra demanda são pacientes oncológicos com perspectiva curta de sobrevida e que precisam ser tratados dos sintomas de forma menos agressiva.

Uma situação que tem acontecido na prática clínica é paciente com próstata grande, candidato a PTV, ser encaminhado para EAP para downstaging, ou seja, realiza a EAP a fim de diminuir o tamanho prostático para, em seguida, ser submetido a RTU ou laser. Sabe-se que três meses após EAP o volume prostático reduz de 30 a 50%.

## EAP, MAIS UMA OPÇÃO TERAPÊUTICA

Por ser um método terapêutico minimamente invasivo e comprovadamente eficaz, os pacientes têm procurado o consultório do radiologista intervencionista para realizar a EAP. Sobre tudo, pacientes sintomáticos que sofrem com os efeitos colaterais das medicações para tratar HPB; outros que não querem evoluir com ejaculação retrógrada após RTU; outros que não querem ter sua uretra manipulada; aqueles com próstatas grandes (maiores que 100 gramas) que não querem correr o risco de ficarem impotentes e/ou incontinentes após PTV; pacientes que temem requerer transfusão sanguínea (ex: testemunha de Jeová). Ou, simplesmente, porque desejam realizar um tratamento menos invasivo.

À luz dos conhecimentos atuais talvez ainda não seja possível determinar qual seria o candidato ideal para a EAP.

Todavia, é inegável que por ser um procedimento minimamente invasivo e, sobretudo, por não haver manipulação do órgão genital masculino, a EAP seja um método terapêutico bastante atrativo para os pacientes.

## RECOMENDAÇÕES DAS SOCIEDADES

Em 2019, as Sociedades Americana, Europeia, Francesa e Britânica de Radiologia Intervencionista publicaram suas recomendações para a realização de EAP no tratamento de HPB, que foram endossadas pelas Sociedades Pacífico-Asiática, Canadense, Chinesa, Australiana, Japonesa e Coreana, a saber:

1. A EAP é uma opção terapêutica minimamente invasiva aceitável para um grupo seleto de pacientes portadores de HPB com sintomas moderados a graves do trato urinário baixo. (Nível de evidência B; força de recomendação: forte).
2. EAP pode ser considerada uma opção terapêutica em pacientes com HPB e sintomas moderados a graves que possuam próstatas grandes (> 80 cm<sup>3</sup>), não havendo um tamanho máximo da próstata que limite o procedimento. (Nível de evidência C; força de recomendação: moderada).
3. EAP pode ser considerada uma opção terapêutica em pacientes com HPB e retenção urinária aguda ou crônica no cenário onde a função da bexiga esteja preservada, como um método para alcançar a retirada do cateter vesical de demora. (Nível de evidência C; força de recomendação: moderada).

## REFERÊNCIAS

1. Motta-Leal-Filho, JM. Embolização seletiva das artérias prostáticas no tratamento da hiperplasia prostática benigna. Tese de doutorado. DOI 10.11606/T.5.2014.tde-31032014-155506 (<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5151/tde-31032014-155506/pt-br.php>).
2. Mallin B, Roder MA, Brasso K et al. Prostate artery embolization for benign prostatic hyperplasia: a systematic review and meta-analysis. Eur. Radiol. 2019;29(1):287-298.
3. McWilliams JP et al. Society of Interventional Radiology Multisociety Consensus Position Statement on Prostatic Artery Embolization for Treatment of Lower Urinary Tract Symptoms Attributed to Benign Prostatic Hyperplasia: From the Society of Interventional Radiology, the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe, Société Française de Radiologie, and the British Society of Interventional Radiology. J Vasc Interv Radiol. 2019. In press.



**A embolização das artérias prostáticas para o tratamento dos sintomas relativos à HPB foi realizada pela primeira vez no Brasil, por uma equipe de radiologistas intervencionistas do Departamento de Radiologia da Universidade de São Paulo, em junho de 2008.**

4. EAP pode ser considerada uma opção terapêutica em pacientes com HPB e sintomas moderados a graves que desejem preservar a função sexual e/ou função ejaculatória. (Nível de

evidência C; força de recomendação: fraca).

5. EAP pode ser considerada uma opção terapêutica em pacientes com hematuria de origem prostática como um método para atingir a parada do sangramento. (Nível de evidência D; força de recomendação: forte).
6. EAP pode ser considerada uma opção terapêutica em pacientes com HPB e sintomas moderados a graves que não sejam considerados candidatos a cirurgia por qualquer destas razões: idade avançada, múltiplas comorbidades, coagulopatia, ou impedimento de parar a anticoagulação ou a terapia antiagregante plaquetária. (Nível de evidência E; força de recomendação: moderada).
7. EAP deveria ser incluída nas discussões multidisciplinares, individualizando, paciente a paciente, como uma opção terapêutica para HPB sintomática. (Nível de evidência E; força de recomendação: forte).
8. Radiologistas intervencionistas, dado o seu conhecimento na anatomia arterial, nas técnicas avançadas de microcateterismo e expertise em procedimentos de embolização, são os especialistas mais adequados para realizar a EAP. (Nível de evidência E; força de recomendação: forte). Portanto, a segurança e eficácia da EAP não podem mais ser questionadas.

O avanço do conhecimento científico e tecnológico contribui para a melhoria de condições de saúde e qualidade de vida de uma sociedade.



## FELLOWSHIP COM FOCO EM UROLOGIA PEDIÁTRICA E RECONSTRUTIVA

### CONHEÇA O PROGRAMA OFERECIDO PELO NÚCLEO DE UROLOGIA PEDIÁTRICA E CENTRO DE APOIO À CRIANÇA COM ANOMALIA

**D**esde o ano 2000 o Núcleo de Urologia Pediátrica e Centro de Apoio à Criança com Anomalia (CACAU) oferecem um programa de fellowship que tem foco em Urologia Pediátrica e Reconstructiva. Nesse período, já treinou 31 profissionais de diversas localidades brasileiras. De acordo com o professor Antonio Macedo Jr., chefe do Núcleo e do Centro, “o treinamento em Urologia Pediátrica tem peculiaridades, por se tratar de área de complexidade cirúrgica e por existirem poucos centros habilitados para treinamento regular durante a

Residência. Isto ocorre também nos EUA e Europa. Desta forma, é fundamental treinar um especialista em uropediatria para que ele reproduza o sistema na sua região”.

O programa inclui atualização completa em Urologia Pediátrica, contato com os mais avançados protocolos de atendimento nessa área, além de acompanhamento de atendimento ambulatorial e cirúrgico. Todas as atividades são coordenadas pelo professor Macedo Jr, juntamente com sua equipe, proporcionando, assim, a convivência acadêmica científica com o atendimento assistencial.

Nos últimos dois anos o serviço incorporou também os hospitais de treinamento da AACD, o que ampliou o leque para a Neurourologia. Nesse serviço são acompanhados 3 mil pacientes neurogênicos. Apenas nessas unidades é realizada uma reconstrução de bexiga/ampliação vesical por semana. O fellow opera também no hospital José Storopoli, da Prefeitura de São Paulo, e no ambulatório Maria Zélia. “Cuidamos de toda a Uropediatria do SUS da região norte e leste da cidade de São Paulo”, explica o professor Macedo Jr. Além disso, faz parte do treinamento

um coaching para pacientes privados sob orientação do programa.

Conforme destaca o professor Macedo Jr., “a ampliação das atividades assistenciais criou uma necessidade de envolvimento maior dos assistentes e, assim, há necessidade de ampliar o staff para atender o volume de atividades desenvolvidas”.

O Programa tem duração de um ano, em período integral, com carga horária de 50 horas semanais, incluindo atendimento ambulatorial, cirurgias e discussão de casos clínicos e de artigos científicos. Anualmente recebe dois participantes. Os candidatos devem ser urologistas e cirurgiões pediátricos com interesse em Urologia Pediátrica e Reconstructiva. A seleção é feita por meio de entrevista e análise do currículo.

Mais informações podem ser obtidas no site [www.nupeg.org.br](http://www.nupeg.org.br), pelos e-mails [cacau.uro@hotmail.com](mailto:cacau.uro@hotmail.com) e [cacau@cacau.org.br](mailto:cacau@cacau.org.br) ou pelo telefone (11) 5587-1490.



**“O treinamento em Urologia Pediátrica tem peculiaridades, por se tratar de área de complexidade cirúrgica e existirem poucos centros habilitados para treinamento regular durante a Residência”.**



### A OPINIÃO DO EX-FELLOW

*O urologista João Luiz Gomes Parizi participou do programa em 2015. Leia abaixo sua entrevista sobre essa experiência.*

**BIU: O que o levou a se interessar por esse programa de fellowship?**

**Dr. João Luiz Gomes Parizi:** A possibilidade de aprofundar o conhecimento em uma área específica da Urologia, na qual me interessava desde o término da graduação. Além disso, como meu objetivo sempre foi o retorno à minha cidade natal, enxerguei no desenvolvimento deste fellowship a oportunidade de trazer o serviço especializado para Presidente Prudente (SP), onde havia escassez de especialistas nesta área.

**BIU: Qual foi a importância de ter participado desse programa, na ótica do profissional?**

**Dr. João Luiz Gomes Parizi:** O fellowship foi fundamental para minha inserção no mercado de trabalho, através da oportunidade de ingresso em equipe urológica do Hospital Regional de Presidente Prudente. Também por meio do programa pude ampliar minha rede de colegas urologistas, com possibilidades de troca de experiências e informações. Além disso, com a realização do fellowship pude aprofundar meu conhecimento na Urologia Pediátrica, ter acesso a novas modalidades diagnósticas e terapêuticas. Também pude ter acesso profundo a pesquisas científicas, área em que me interessei, e em novembro de 2018 defendi meu mestrado na Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP.

**BIU: Quais diferenciais do programa destacaria?**

**Dr. João Luiz Gomes Parizi:** O programa de fellowship NUPEP-CACAU, além de oferecer ampla formação teórico e prática, com equipe composta por seis urologistas pediátricos e equipe multiprofissional, proporciona também a possibilidade de formação em pesquisa científica de forma intensa. A discussão e desenvolvimento de artigos científicos eram frequentes entre as atividades do fellowship. Essas práticas estimularam meu interesse por atividades acadêmicas, que culminou no desenvolvimento do mestrado.

**BIU: Algum ponto deveria ser aprimorado?**

**Dr. João Luiz Gomes Parizi:** O programa que participei foi completo, oferecendo treinamento teórico e prático na área de Urologia Pediátrica, portanto superou minhas expectativas em relação ao programa.

# A SEXUALIDADE FEMININA E SEUS MITOS



*Carolina Ambrogini, ginecologista e especialista em Sexualidade Feminina, coordena o Projeto Afrodite - Centro de Sexualidade Feminina do Departamento de Ginecologia da UNIFESP - e o curso de Aprimoramento em Sexualidade Feminina da UNIFESP*

A sexualidade da mulher sempre foi envolta por maior preconceito devido às questões históricas de submissão e inferioridade em relação ao homem. Considerava-se que a mulher possuía papel passivo durante o ato sexual, ignorando-se sua capacidade para sentir prazer. Até mesmo Freud priorizava o falo, tendo o sexo masculino

como 'modelo'. Com as mudanças socioculturais do século XX e a descoberta da pílula anticoncepcional, a mulher foi adquirindo papel cada vez mais importante na economia e nas relações interpessoais, conquistando independência financeira e liberdade sexual. Assim, a sexualidade feminina vem sendo cada vez mais estudada e compreendida, levando-se em consideração suas particularidades.

No entanto, apesar de hoje se falar sobre sexo de forma mais aberta, muitos mitos e tabus ainda permanecem, talvez porque existam falhas na educação sexual, provavelmente ocasionadas porque ainda continuamos com vergonha de conversar livremente sobre sexo. As informações permanecem sendo passadas de forma velada ou escancaradamente teatrais como nos filmes eróticos e

ainda de maneira temerosa nas palestras de DSTs e contracepção do ensino médio, perpetuando e até criando novos mitos. É importante desconstruirmos esses mitos, já que, em sua maioria, são carregados de preconceitos e generalizam comportamentos sexuais que são, na verdade, muito individuais e particulares.

Muito se fala que a sexualidade da mulher é complexa e que depende de uma lista interminável de fatores. Ela precisa estar bem consigo mesma, descansada, com a testosterona em ordem, feliz no relacionamento e com os filhos dormindo saudáveis para encarar uma relação sexual. Ora, mas e para eles também não? Se ela é complexa para as mulheres, também o é para os homens, talvez ainda mais para estes que precisam ter uma ereção. Porém, as mulheres tem gatilhos diferentes, não são tão visuais e diretas como os homens. A libido feminina se acende é com a sedução, algo que deixa de acontecer quando o relacionamento se torna estável, ou por preguiça ou pela sensação que a estabilidade dá não ser mais necessária a conquista.

Outro mito que permanece é o de que mulher não gosta de pornografia. Pois elas gostam sim. Vários estudos já comprovaram isto e a trilogia dos Cinquenta Tons de Cinza também. O tipo de pornografia é que talvez seja diferente. Enquanto eles se atêm às imagens, elas gostam do sexo que acontece após um enredo, de novo a sedução atizando o desejo feminino. Este nicho de mercado foi descoberto nos últimos anos, quando novas diretoras mulheres passaram a produzir um pornô soft, com história, interação entre os personagens e com menos foco nos genitais. Desta forma, a mulher passou a consumir mais pornografia, bem como se fidelizou às sex shops, principalmente às on-line onde a gama de produtos voltados para as mulheres é mais da metade do total



**“  
Cerca de 20-30% das mulheres se queixam de baixa libido e anorgasmia e 10-15% delas referem dor na penetração, segundo estudos populacionais.**

oferecido e ainda elas podem comprar com garantia de anonimato. A variedade de vibradores que atualmente se encontram no mercado é enorme, semelhante a uma loja de sapatos femininos, com diversos tamanhos e tipos para todos os gostos. Isto mostra que o público feminino é um grande consumidor deste segmento de mercado.

Muito enfoque se dá aos hormônios e suas influências na sexualidade da mulher. É sabido, através de pesquisas, que realmente a libido pode flutuar de acordo com o ciclo menstrual, sendo maior após a menstruação e menor antes desta, na fase da TPM. Também ouvimos muito que a libido cai na gestação e após a menopausa. A TPM, a gravidez e a menopausa são períodos em que a mulher

está sujeita a diversos sintomas que podem atrapalhar a sua qualidade de vida e realmente quem tem o seu bem-estar reduzido, sente menos vontade de se relacionar sexualmente, mas nem sempre isto acontece. A mulher que está de TPM se for conquistada com muito carinho e chocolate pode, sim, se sentir predisposta ao sexo, até porque as endorfinas liberadas são um bálsamo para a TPM.

A grávida, por sua vez, apesar de ter a progesterona influenciando negativamente o desejo sexual, tem a vulva hipervascularizada, podendo se excitar mais facilmente e obter orgasmos mais intensos, um super estímulo que alimenta a libido. A mulher menopausada, por sua vez, tendo os sintomas climatéricos amenizados, pode viver uma extraordinária fase na sua vida sexual, onde não há mais crianças pequenas para cuidar, nenhuma preocupação com gravidez, onde sobra mais tempo para viajar com o parceiro ou para viver a própria vida como bem quer. A maturidade traz mais vivências sexuais, mais segurança do que se gosta e maior liberdade sexual. Um estudo australiano prospectivo acompanhou alguns casais por 8 anos, de modo que estes foram avaliados com relação à sexualidade, antes e depois da menopausa das mulheres. Os resul-

tados mostraram que a menopausa teve impacto negativo apenas na sexualidade dos casais que já apresentavam alguma disfunção sexual prévia ao climatério. Ao invés dos hormônios, o fator mais impactante na sexualidade feminina é o sexo mecânico e carente de novidades dos relacionamentos estáveis.

E o que dizer sobre a famosa frase: “enquanto o homem é um fogão elétrico, a mulher é um fogão de lenha”? A velocidade da excitação masculina comparada à feminina é muitas vezes bem diferente. Enquanto o homem inicia mais pré-disposto na relação sexual, a mulher geralmente começa mais pela vontade de experimentar uma intimidade emocional com o parceiro do que pelo desejo propriamente dito e este aparece (ou não) depois das famosas preliminares. É o chamado desejo responsivo que a pesquisadora canadense Rosemary Basson identificou, reformulando o ciclo de resposta sexual da mulher do tradicional ciclo proposto na década de 50 por Masters e Johnson.

Basson nos diz que 80% das mulheres nos relacionamentos estáveis vivenciam o desejo responsivo em contrapartida ao desejo espontâneo; este, estaria presente apenas lá no início, na fase de paixão e conquista. Depois deste momento, as mulheres entram numa neutralidade sexual, quando pensam muito pouco em sexo. Provavelmente, isto também acontece porque não estão habituadas a erotizar suas mentes como os homens, que desde cedo são incentivados a procurar estímulos que alimentam o seu desejo sexual.

As mulheres não sabem como procurar estes estímulos, não sabem reconhecê-los quando aparecem e passam a vida esperando o desejo sexual “brotar” passivamente em suas mentes ocupadas



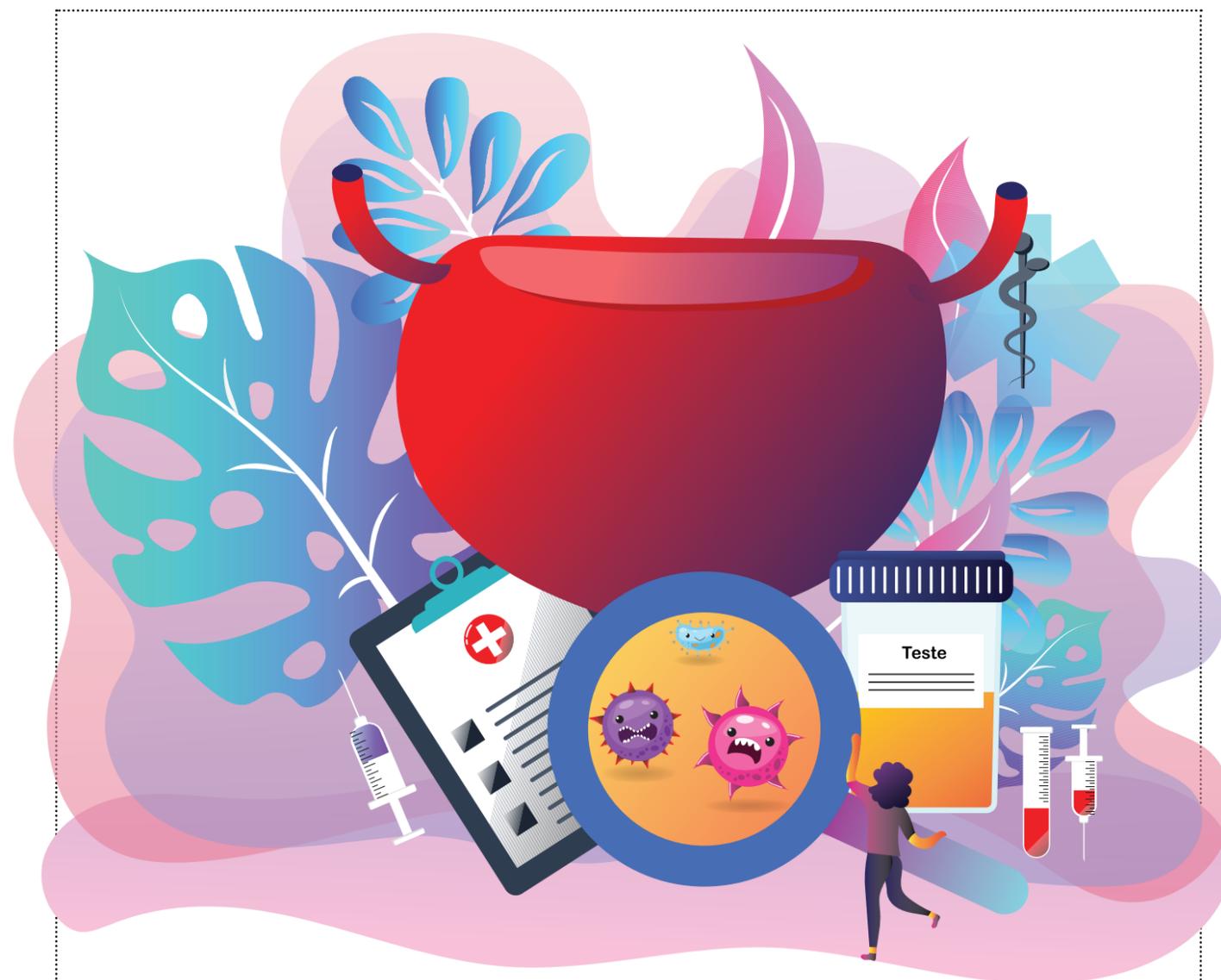
**80% das mulheres nos relacionamentos estáveis vivenciam o desejo responsivo em contrapartida ao desejo espontâneo.**

com diversos outros assuntos da tal vida moderna. Isto gera um outro mito, o de que o desejo sexual vem espontaneamente. Ele vem sim, mas depois de se aprender a estimulá-lo, tornando corpo e mente sensíveis aos sinais. Uma mulher que entra numa relação sexual com vontade, se excita tão rapidamente quanto um homem. Alguns estudos que usam cápsulas vaginais com sensores e ressonância magnética funcional cerebral, verificaram que o tempo que a vagina leva para responder depois que uma área da excitação é ativada no cérebro são de incríveis 10 segundos, ou seja, está mais para micro-ondas do que para forno a lenha.

Uma questão relevante é que o desconhecimento feminino sobre a própria sexualidade é tão grande

que elas não conseguem se perceber excitadas, muitas nem sabem que a lubrificação vaginal é resultado de um processo de excitação. Portanto, não sabem procurar estímulos para o seu desejo sexual, não se reconhecem excitadas, muitas não sabem suas zonas erógenas e delegam o seu prazer para que os parceiros as conduzam ao clímax, que muitas vezes não chega, gerando frustração e uma ideia de que o sexo é chato, desestimulando a libido. Este ciclo vicioso do desprazer é o que leva à maioria das disfunções sexuais femininas. Cerca de 20-30% das mulheres se queixam de baixa libido e anorgasmia e 10-15% delas referem dor na penetração, segundo estudos populacionais. É uma estatística relativamente alta, mas que poderia ser em grande parte revertida com propostas de educação sexual para ambos os sexos. No Projeto Afrodite - centro de sexualidade feminina do Departamento de Ginecologia da UNIFESP - na etapa inicial do atendimento às mulheres e casais que procuram o serviço é feita uma palestra com informações básicas sobre sexualidade. Ainda assim, após a consulta de triagem, algumas mulheres são direcionadas para um grupo terapêutico de oito sessões cujo foco principal é o de aprofundar as orientações sobre sexualidade e esclarecer os diversos mitos e tabus que envolvem o assunto.

Nos outros grupos terapêuticos e nos atendimentos individuais realizados pela equipe multidisciplinar o trabalho educativo é sempre reforçado, dando autonomia para a mulher poder fazer as suas próprias escolhas dentro dos diversos aspectos da sua sexualidade. Desta forma, ela será capaz de sair do papel passivo que sempre exerceu durante séculos, para assumir um lugar de protagonista da sua vida sexual.



## CICLOSPORINA NA CISTITE INTERSTICIAL



**Marcos Lucon, assistente doutor do Setor de Disfunção Miccional e Urologia Feminina da Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina da USP e médico do Hospital Oswaldo Cruz**

**A**cistite intersticial é uma condição cuja nomenclatura, definição e diagnóstico ainda não são uniformes<sup>(1)</sup>. Um consenso diagnóstico aconteceu para fins de pesquisa<sup>(2)</sup>, mas foi restritivo para o uso da prática médica<sup>(3)</sup>. De forma geral, dor é a marca dessa condição<sup>(4,5)</sup>. A definição da SUFU (*Society for Urodynamics and Female Urology*), adotada pela AUA (*American Urological Society*), é baseada em sintomas de dor, pressão ou desconforto relacionados à bexiga, por mais de seis meses, acompanhando de aumento da frequência urinária ou urgência miccional<sup>(6)</sup>. Deve-se excluir infecção e outras etiologias. São pacientes que apresentam com maior frequência fibromialgia, doenças intestinais, autoimunes, endometriose, etc<sup>(7)</sup>. Ansiedade, depressão e traumatismos psicológicos podem intensificar o impacto da doença<sup>(8)</sup>.

*Bladder pain syndrome* foi o termo adotado por experts em consenso de 2010, enquanto que o termo cistite intersticial (CI) ficou mais restrito à inflamação da bexiga com lesão do tecido vesical<sup>(9)</sup>. Como na prática o termo cistite intersticial ainda é usado amplamente, adotaremos ambos como sinônimos.

A fisiopatologia da CI é pouco conhecida. O processo resulta numa disfunção epitelial, ativação de fibras C e proliferação de mastócitos, levando à piora da condição e lesão tecidual, cicatrizes, fibrose e dor neuropática<sup>(10)</sup>. Pode existir uma lesão, descrita por Hunner em 1915<sup>(11)</sup>, que consiste numa pequena área do urotélio circunscrita por mucosa avermelhada com vasos radiais em direção a uma cicatriz (úlcer), que pode sangrar ou “escorrer” sangue. Apesar de rara, a presença da lesão de Hunner está relacionada à maior gravidade da CI e a mais morbidade das pacientes, com indicação de tratamento particular para essa condição<sup>(7,12)</sup>. O diagnóstico é pela cistoscopia com



**Existem mais de 180 modalidades de tratamento dessa síndrome. Preferencialmente, a abordagem deve ser multimodal para alcançar alívio dos sintomas.**

biópsia e/ou hidrodilatação, que pode fazer parte da avaliação inicial ou ser necessária somente a posteriori<sup>(6,13,14)</sup>.

Existem mais de 180 modalidades de tratamento dessa síndrome<sup>(15)</sup>. Preferencialmente, a abordagem deve ser multimodal para alcançar alívio dos sintomas. Comumente a terapêutica inicial foca no esclarecimento do paciente, controle do estresse e da dor e modificação dos hábitos de vida. A orientação de dieta é muito importante para algumas pacientes, mas nem para todas. Terapia do assoalho pélvico ajuda desde que haja aderência.

O tratamento oral envolve vários tipos de medicação. Em uma revisão recente, Santos *et al* concluíram que a amitriptilina é eficaz e deve ser a primeira opção medicamentosa no Brasil<sup>(10)</sup>. São ainda opções orais a cimetidina, hidroxyzina, gabapentina, L-arginina,

ciclosporina, e outras. A ciclosporina é um inibidor da calcineurina que suprime a ativação da célula T. Atua como imunossupressor, tendo sido reposicionado da 6ª para 5ª linha de tratamento pelo guideline da AUA<sup>(13)</sup>. Consegue diminuir níveis de citocinas e de interleucinas em níveis variados<sup>(16)</sup>. Configura uma opção nos casos refratários às medidas iniciais de tratamento.

Seu uso não foi disseminado porque os urologistas têm pouca familiaridade na prescrição e no seu monitoramento<sup>(17)</sup>. Apesar de ser necessária a monitorização frequente, a baixa dosagem geralmente usada na CI diminui o risco de toxicidade. Crescenze *et al* iniciaram tratamento com ciclosporina A em 26 pacientes refratários, na dose de 3mg/Kg divididas em 2x/dia, ajustando seus efeitos colaterais. Ao final de três meses, 31% dos pacientes melhoraram a resposta global, 15% obtiveram mais que 50% de melhora no *Interstitial Cystitis Symptom Index* (ICSI) e 19% melhoraram a resposta no *Interstitial Cystitis Problem Index*. Cerca de 75% dos que responderam à ciclosporina A eram portadores da lesão de Hunner. O tratamento foi interrompido em dois pacientes por hipertensão e aumento da glicose. A monitorização do nível de ciclosporina A 2 horas após a ingestão (C2) não se correlacionou com sintomas, mas permitiu a redução da dose<sup>(18)</sup>.

Forrest *et al* estudaram pacientes masculinos e femininos refratários inclusive ao tratamento endoscópico. Também encontraram maior taxa de resposta em portadores de lesão de Hunner se comparados aos que não tinham lesão (68% x 30% respectivamente). Interessante notar que a resposta ao tratamento ocorreu ao longo de quatro meses, sugerindo que esse tempo é o suficiente para um teste com essa medicação<sup>(19)</sup>. Sairanen *et al* avaliaram pacientes em seguimento médio de 60,8 +/- 35,7 meses, encontrando índices mais pronunciados

de melhora após um ano de uso de medicação: número de micções caiu da média de 20,8 +/- 6,3 para 10,2 +/- 3,8 (p<0,001) e volume médio urinado de 101,4 +/- 42,7 para 246,4 +/- 97,9ml. A maioria dos pacientes que interrompeu o tratamento apresentou recidiva dos sintomas<sup>(20)</sup>. Em nosso meio, Chade *et al* avaliaram 45 pacientes (43 mulheres e dois homens) após cinco anos de uso de 1,5mg/Kg de ciclosporina divididas em duas doses, encontrando queda média de pontuação no ICSI de 36 para 8,4 (p<0,001), aumento médio de volume vesical na primeira sensação miccional de 103 para 170ml (p<0,001), e aumento na capacidade vesical média de 207 para 308ml (P,0,001). Função renal e hepática permaneceram estáveis<sup>(21)</sup>.

A ciclosporina na dose de 1,5mg/Kg divididos em 2x/dia foi comparada ao pentosan polisulfato (PPS), a única droga oral aprovada pelo FDA (*Food and Drug Administration*) para tratamento da CI, na dose de 100mg 3x/dia. Ao final de seis meses houve maior resposta ao uso de ciclosporina. Mas seus efeitos colaterais foram mais frequentes: 94% tiveram pelo menos um efeito colateral, comparado a 56% daqueles que usaram PPS. Os mais graves foram aumento de pressão



**Há que se considerar que os guidelines nem sempre conseguem apontar uma droga ideal, que apesar de benefício clínico elevado, seja efetiva do ponto de vista do paciente.**

arterial e piora da creatinina. Menos graves foram crescimento de pelos, dor e hiperplasia gengival, parestesia de extremidades, dor abdominal, flushing, dor muscular e tremor<sup>(22)</sup>. O efeito colateral pode ser reduzido em doses menores. Num estudo com 11 pacientes tratados por três a seis meses com dose diária de ataque de 2,5 a 5mg/Kg, e manutenção de 1,5 a 3mg/Kg para alcançar níveis séricos entre 80 e 200microg/L, houve resolução da dor em dez pacientes, sem piora da creatinina. Hipertensão ocorreu em dois pacientes, mas foi resolvida após diminuição da dose<sup>(23)</sup>. O guideline da AUA recomenda o uso de 2mg/Kg, pois tem resultados parecidos quando comparados ao uso de 3mg/Kg<sup>(13)</sup>. Outros autores preferem dose fixa, iniciando 100mg 2x/dia por um mês seguido de 100mg/dia após esse prazo<sup>(17)</sup>.

Finalmente, pode-se dizer que uso da ciclosporina como alternativa para o tratamento da CI deve ser considerado. A dose ainda é muito variável, pois não há padronização nos estudos<sup>(16)</sup> e porque seus efeitos colaterais são temidos por desconhecimento. Por isso, é colocada apenas como opção de tratamento pela AUA e *International Consultation on Incontinence* (ICI), tem grau

REFERÊNCIAS

1. Diokno AC, Homma Y, Sekiguchi Y, Suzuki Y. Interstitial cystitis, gynecologic pelvic pain, prostatitis, and their epidemiology. *International journal of urology : official journal of the Japanese Urological Association*. 2003 Oct;10 Suppl:S3-6. PubMed PMID: 14641405.
2. Hanno PM, Landis JR, Matthews-Cook Y, Kusek J, Nyberg L, Jr. The diagnosis of interstitial cystitis revisited: lessons learned from the National Institutes of Health Interstitial Cystitis Database study. *J Urol*. 1999 Feb;161(2):553-7. PubMed PMID: 9915447.
3. Sant GR, Hanno PM. Interstitial cystitis: current issues and controversies in diagnosis. *Urology*. 2001 Jun;57(6 Suppl 1):82-8. PubMed PMID: 11378054.
4. Payne CK, Joyce GF, Wise M, Clemens JQ. Urologic Diseases in America P. Interstitial cystitis and painful bladder syndrome. *The Journal of urology*. 2007 Jun;177(6):2042-9. PubMed PMID: 17509284.
5. Bogart LM, Berry SH, Clemens JQ. Symptoms of interstitial cystitis, painful bladder syndrome and similar diseases in women: a systematic review. *The Journal of urology*. 2007 Feb;177(2):450-6. PubMed PMID: 17222607.
6. Cox A, Golda N, Nadeau G, Curtis Nickel J, Carr L, Corcos J, et al. CUA guideline: Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Canadian Urological Association journal = Journal de l'Association des urologues du Canada*. 2016 May-Jun;10(5-6):E136-E55. PubMed PMID: 27790294. PubMed Central PMCID: 5065402.
7. Peters KM, Killinger KA, Mounayer MH, Boura JA. Are ulcerative and nonulcerative interstitial cystitis/painful bladder syndrome 2 distinct diseases? A study of coexisting conditions. *Urology*. 2011 Aug;78(2):301-8. PubMed PMID: 21703668.
8. Watkins KE, Eberhart N, Hilton L, Suttrop MJ, Hepner KA, Clemens JQ, et al. Depressive disorders and panic attacks in women with bladder pain syndrome/interstitial cystitis: a population-based sample. *General hospital psychiatry*. 2011 Mar-Apr;33(2):143-9. PubMed PMID: 21596207. PubMed Central PMCID: 3099040.
9. Hanno P, Lin A, Nordling J, Nyberg L, van Ophoven A, Ueda T, et al. Bladder Pain Syndrome Committee of the International Consultation on Incontinence. *Neurourology and urodynamics*. 2010;29(1):191-8. PubMed PMID: 20025029.
10. Santos TGD, Miranda IAS, Nygaard CC, Schreiner L, Castro RA, Haddad JM. Systematic Review of Oral Therapy for the Treatment of Symptoms of Bladder Pain Syndrome: The Brazilian Guidelines. *Revista brasileira de ginecologia e obstetria : revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetria*. 2018 Feb;40(2):96-102. PubMed PMID: 29241263. Revisão sistemática sobre terapia oral para tratamento dos sintomas da síndrome da bexiga dolorosa: as diretrizes brasileiras.
11. Hunner GL. A Rare Type of Bladder Ulcer in Women; Report of Cases. *The Boston Medical and Surgical Journal*. 1915;172(18):660-4.
12. Jhang JF, Hsu YH, Kuo HC. Urothelial Functional Protein and Sensory Receptors in Patients With Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome With and Without Hunner's Lesion. *Urology*. 2016 Dec;98:44-9. PubMed PMID: 27575016.

de recomendação C pelo *East Asian Guideline* e pela *Canadian Association of Urology* (CAU) e recomendação D pela *Royal College of Obstetricians and Gynecologist* (RCOG)<sup>(24)</sup>. Há que se considerar que os guidelines nem sempre conseguem apontar uma droga ideal, que apesar de benefício clínico elevado, seja efetiva do ponto de vista do paciente. Opióides por exemplo, são as drogas que parecem muito efetivas aos pacientes com CI, mas não são sequer indicadas pelos guidelines<sup>(14,25)</sup>. A ciclosporina, por sua vez, não é nem ranqueada como droga efetiva para CI conforme a percepção dos pacientes. A explicação colocada no artigo indica que as drogas estudadas são motivadas pela indústria, que acaba incluindo uma pequena porcentagem de pacientes em que o tratamento é realmente efetivo, mas que não representa a prática clínica<sup>(25)</sup>.

A nossa percepção do uso da ciclosporina há muitos anos<sup>(21)</sup> é que se trata de uma alternativa importante às medicações iniciais. Mesmo que não se possa distinguir a presença de lesão de Hunner, a ciclosporina permanece indicada nos casos refratários e que de re-



gra encontram-se desesperados devido à não melhora dos sintomas com tratamentos prévios. O uso da ciclosporina pode conferir resolução ou elevado controle da dor a longo prazo, com mínimos efeitos colaterais em doses baixas, desde que a paciente tolere seu uso. Vale ressaltar que aqui está o ponto chave do uso dessa droga: está indicada para pacientes selecionadas.

**A nossa percepção do uso da ciclosporina é que se trata de uma alternativa importante às medicações iniciais.**

REFERÊNCIAS

13. Hanno PM, Erickson D, Moldwin R, Faraday MM, American Urological A. Diagnosis and treatment of interstitial cystitis/bladder pain syndrome: AUA guideline amendment. *The Journal of urology*. 2015 May;193(5):1545-53. PubMed PMID: 25623737.

14. Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al. EAU guidelines on chronic pelvic pain. *European urology*. 2010 Jan;57(1):35-48. PubMed PMID: 19733958.

15. Clemens JQ, Meenan RT, Rosetti MC, Gao SY, Calhoun EA. Prevalence and incidence of interstitial cystitis in a managed care population. *The Journal of urology*. 2005 Jan;173(1):98-102; discussion PubMed PMID: 15592041.

16. Wang ZL. Treatment effect of cyclosporine A in patients with painful bladder syndrome/interstitial cystitis: A systematic review. *Exp Ther Med*. 2016;12(1):445-50. PubMed Central PMCID: PMC4906936. Epub 2016 Apr 27.

17. Han E, Nguyen L, Sirls L, Peters K. Current best practice management of interstitial cystitis/bladder pain syndrome. *Therapeutic advances in urology*. 2018 Jul;10(7):197-211. PubMed PMID: 30034539. PubMed Central PMCID: 6048622.

18. Crescenze IM, Tucky B, Li J, Moore C, Shoskes DA. Efficacy, Side Effects, and Monitoring of Oral Cyclosporine in Interstitial Cystitis-Bladder Pain Syndrome. *Urology*. 2017 Sep;107:49-54. PubMed PMID: 28528859. PubMed Central PMCID: 5595648.

19. Forrest JB, Payne CK, Erickson DR. Cyclosporine A for refractory interstitial cystitis/bladder pain syndrome: experience of 3 tertiary centers. *The Journal of urology*. 2012 Oct;188(4):1186-91. PubMed PMID: 22901569.

20. Sairanen J, Forsell T, Ruutu M. Long-term outcome of patients with interstitial cystitis treated with low dose cyclosporine A. *The Journal of urology*. 2004 Jun;171(6 Pt 1):2138-41. PubMed PMID: 15126772.

21. Chade JCD, Lucon AM, Bruschini H, Srougi M. 5-year follow-up of patients with refractory interstitial cystitis treated with cyclosporine A: A prospective single-institution study. *European urology*. 2014;13 (Suppl 13): e462.

22. Sairanen J, Tammela TL, Leppilahti M, Multanen M, Paananen I, Lehtoranta K, et al. Cyclosporine A and pentosan polysulfate sodium for the treatment of interstitial cystitis: a randomized comparative study. *The Journal of urology*. 2005 Dec;174(6):2235-8. PubMed PMID: 16280777.

23. Forsell T, Ruutu M, Isoniemi H, Ahonen J, Alftan O. Cyclosporine in severe interstitial cystitis. *The Journal of urology*. 1996 May;155(5):1591-3. PubMed PMID: 8627830.

24. Malde S, Palmisani S, Al-Kaisy A, Sahai A. Guideline of guidelines: bladder pain syndrome. *BJU international*. 2018 Nov;122(5):729-43. PubMed PMID: 29777618.

25. Lusty A, Kavaler E, Zakariassen K, Tolls V, Nickel JC. Treatment effectiveness in interstitial cystitis/bladder pain syndrome: Do patient perceptions align with efficacy-based guidelines? *Canadian Urological Association journal = Journal de l'Association des urologues du Canada*. 2018 Jan;12(1):E1-E5. PubMed PMID: 29173267. PubMed Central PMCID: 5783700.



# BRASIL, O PAÍS DO SURF

Oséas de Castro Neves Neto é médico assistente do setor de Uro-oncologia da Disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina do ABC e coordenador do Programa de Cirurgia Robótica do Hospital Brasil- Rede Dor, em Santo André

Em 2016, os urologistas Oséas de Castro Neves Neto, Marcio Covas Moschovas e Fernando Korke (a partir da esquerda) aproveitaram um intervalo no Congresso da AUA de San Diego para surfar



**Pelo extenso litoral e por termos um clima quente, nosso país é um ótimo local para a prática do esporte.**

**O**s primeiros relatos do surf vêm do Havaí, onde foi introduzido pelo rei polinésio Tahito. Outros relatos dão conta de que antigos povos no Peru utilizavam de uma espécie de canoa confeccionada de junco para deslizar sobre as ondas.

No Brasil, os primeiros praticantes de surf surgiram no final da década de 30 na cidade de Santos. Nos anos 40, durante a Segunda Guerra mundial, a cidade do Rio de Janeiro serviu de base naval dos aliados e recebeu americanos que trouxeram as suas pranchas de surf, máscaras de mergulho e pés de pato, dando início aos desportos de praia. Nos anos 50 as praias cariocas enchiam-se nos finais de semana. Em 1970, o surf explodiu e a moda era shapear (confeccionar) a própria prancha.

Atualmente os brasileiros detêm a hegemonia do circuito mundial de surf (*World Surf League*), venceram por três vezes nos últimos cinco anos e o atual campeão é o brasileiro Gabriel Medina, que também venceu em 2014 e mora em Maresias, famosa praia de surf no litoral paulista.

Há diferentes tipos de prancha de surf, que são medidas em pé (1 pé = 30,48cm). As principais são:

- **SHORTBOARD:** é o tipo mais comum e mais utilizado, com tamanho ao redor de 6 pés. Desenhada para realizar manobras rápidas e um surf mais radical, é usada em competições.
- **FUNBOARD:** é a melhor opção para os iniciantes, um pouco menor que a longboard (em torno de 7 pés), conserva estabilidade e ainda possibilita a realização de manobras.
- **LONGBOARD:** são pranchas maiores, a partir de 9 pés, que permitem ao surfista pegar praticamente qualquer tipo de onda, pois apresentam boa flutuação. São polivalentes e muito divertidas para quem sabe usá-las.

## COMO COMEÇAR A SURFAR?

O surfe vem ganhando novos praticantes todos os anos, de todas as idades. Pelo extenso litoral e por termos um clima quente, nosso país é um ótimo local para a prática do esporte.

Minha relação com o esporte se iniciou na cidade do Guarujá, litoral de São Paulo, no final dos anos 80, onde costumava passar as férias com a família na casa dos meus avós. Ficava admirado assistindo os surfista no morro do Maluf, que fica no canto esquerdo da praia de Pitangueiras e é um dos principais locais para a prática do esporte na cidade, por possuir ondas fortes e bem formadas.

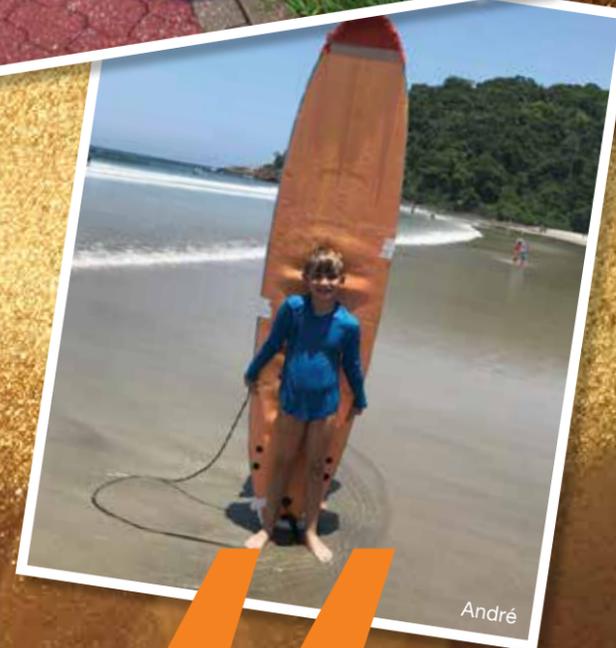
Por volta dos 9 anos ganhei a minha primeira prancha, uma bodyboard. Nela, o surfista vai deitado. Depois, na adolescência, comecei com a surfboard (surf em pé) que utilizei por muitos anos. Ensinei o meu irmão mais novo a surfar e isso fortaleceu uma amizade e convivência muito grande entre nós. Costumávamos acordar por volta das 5 horas da manhã para surfar, para poder entrar cedo no mar. Realizamos diversas viagens juntos e fizemos muitos amigos graças ao esporte.

Hoje, pela idade e dificuldade de praticar com frequência, utilizo o longboard, que é uma prancha maior e com boa flutuação, que facilita bastante a prática do esporte. Atualmente aproveito as visitas à praia para iniciar meus filhos no esporte e espero um dia poder surfar junto a eles.

Em tempos de Burnout, com a vida atribulada, corrida e com grandes responsabilidades que nossa especialidade exige, o surf é uma ótima atividade para aliviar o stress do nosso dia, pois além de realizar uma atividade física, o contato com a natureza ajuda muito na saúde mental, contribuindo para um melhor equilíbrio de nossas atividades profissionais e familiares.



João Pedro



André

Os filhos João Pedro e André começam a ensaiar os primeiros movimentos para seguir o pai na prática do surf.



## PARA COMEÇAR A PRATICAR SURF, VEJA ALGUMAS DICAS:

1. Procure uma escola de surf: facilita e acelera o aprendizado. Há escolas em diversas praias. Muitos hotéis oferecem o serviço e em algumas escolas de natação também há aulas da modalidade.
2. Faça a escolha de bons equipamentos: com a ajuda de amigos e profissionais da área, você pode comprar os equipamentos corretos para iniciar. É possível alugar os equipamentos também, como acontece em países tradicionais do esporte, como Austrália e Estados Unidos.
3. Tenha paciência: é fundamental em todos os momentos, pois sua coordenação será testada desde a primeira remada até ficar em pé pela primeira vez.
4. Escolha um bom local de treino: procure uma praia mais tranquila, com fundos de areia, onde as ondas não sejam fortes. E vá evoluindo conforme for ganhando confiança.
5. Aprenda a ler a previsão de ondas: hoje em dia há diversos sites que mostram a previsão, até com webcam em tempo real.
6. Cuide de si: as boas condições físicas também contam na hora de praticar o esporte. Faça alongamento e aquecimento antes de entrar na água.
7. Curta o momento: ficar sentado após a arrebentação observando as ondas e o por do sol já é capaz de trazer um efeito terapêutico e aliviar o stress do nosso dia a dia.



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

Informações para o público em geral

Conheça e divulgue!



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



FÁCIL ACESSO AOS CURSOS E PRÓXIMOS EVENTOS

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



**NOTÍCIAS**

**SBU-SP e SOCESP - Futuras parcerias**  
A Sociedade de SBU-SP, em conjunto com a SOCESP, anunciou a criação de uma nova entidade, a SBU-SP e SOCESP, com o objetivo de promover a integração e a cooperação entre as duas instituições.

**SBU-SP define coordenadores de seus projetos para o ano de 2015.**  
A diretoria da SBU-SP definiu os coordenadores de seus projetos para o ano de 2015, visando a melhoria e a eficiência das atividades.

**Diretoria da SBU-SP reúne-se com empresas do setor médico.**  
A diretoria da SBU-SP reuniu-se com representantes de empresas do setor médico para discutir a possibilidade de parcerias.

**Resultado das eleições SBU-SP 2014/2015**  
O resultado das eleições da SBU-SP para o biênio 2014/2015 foi divulgado.

**PROJETOS SBU-SP**

**ASSISTA AS AULAS ONLINE.**  
Assista às aulas online e adquira o curso em PDF e em áudio em TUDO de Especialista.



**WWW.SBU-SP.ORG.BR**