



RE.CET

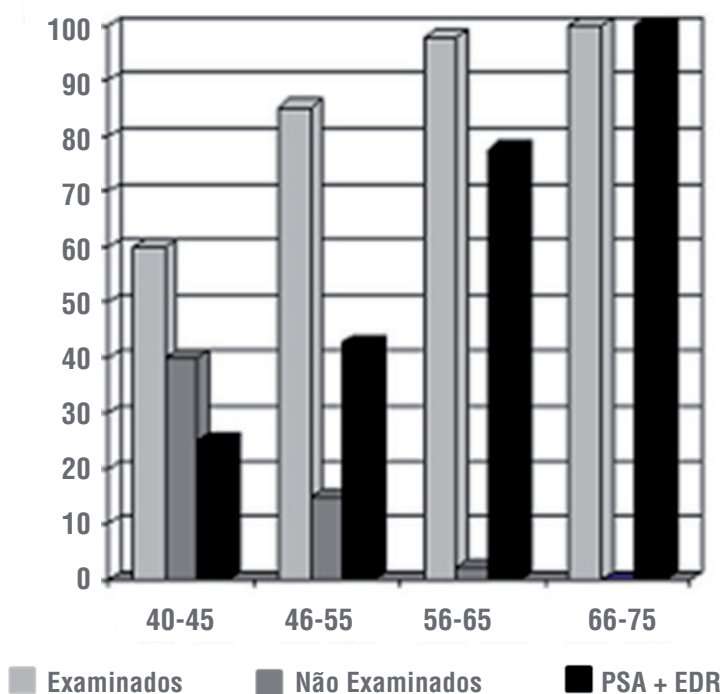


Figure 1. pag 18

REVISTA
ELETRÔNICA DA
COMISSÃO DE ENSINO E
TREINAMENTO DA SBU

COMO É A ADEÇÃO DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS AO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PRÓSTATA?

FELLOWSHIP EM UROLOGIA
Entenda a diferença entre as modalidades
e tendências no Brasil.
FELLOWS: QUAIS OS TIPOS?

**DERMATOPATIAS GENITAIS
MASCULINA**
ARTIGO ORIGINAL

**MODELOS DE TRABALHO DO
UROLOGISTA**
*Como me inserir no mercado de
trabalho? Modelos de atuação*



EDITOR CHEFE

Marcelo Wroclawski

VICE-EDITOR

Fernando Meyer

COMISSÃO EDITORIAL

Wilson Busato Junior

Antonio Jose Serrano Bernabé

Arlison de Souza Carvalho Jr.

Bruno Santos Benigno

Carlos Benedito Verona

Evandro Falcão do Nascimento

Fabio Sepúlveda Lima

Fabício Borges Carrerette

Fernando Meyer

Flávio Lobo Heldwein

Fransber Rondinelle Araújo Rodrigues

Humberto Montoro Chagas

José Vaz da Silva Júnior

Luiz Figueredo Mello

Nancy Tamara Denicol

Samuel Saiovici

Silvio Henrique Maia de Almeida

EXPEDIENTE

Patrícia Gomes / *Secretária*

Bruno Nogueira / *Designer gráfico*

Ricardo Gomes / *Editor Auxiliar*

ÍNDICE

1 EDITORIAL

Marcelo Wroclawski

2 COMO ME INSERIR NO MERCADO DE TRABALHO? MODELOS DE ATUAÇÃO

Modelos de Trabalho do urologista

Marcelo de Q. Cerqueira

5 FELLOWS: QUAIS OS TIPOS?

Fellowship em Urologia | Entenda a diferença entre as modalidades e tendências no Brasil

Bruno Santos Benigno

7 COMO ORGANIZAR MEU CONSULTÓRIO?

Rodrigo Krebs

14 COMO FUNCIONA A CET

Nancy Denicol

15 ARTIGO ORIGINAL

Como é a adesão de professores universitários ao rastreamento do câncer de próstata?

Luiz Carlos Maciel, Angelo de Medeiros Francilaide Campos, Gustavo Notari de Moraes, Frederico Vilela de Oliveira, Anna Karina P. Sarpe, Luiz Fernando C. Nascimento

21 ARTIGO DE REVISÃO

Dermatopatias genitais masculinas

Marco Dionísio, Leonardo Gentile, Ronaldo Damião

32 RELATO DE CASOS

Estenose da junção pieloureteral em ectopia renal cruzada

Felipe Reis Delgado, Octavio Henrique Arcos Campos, Luis Mello, Beatriz Cabral, Samuel Saiovici



Editorial



Marcelo Wroclawski

Editor Chefe

Hospital Israelita Albert Einstein,
São Paulo, Brasil

Há aproximadamente um ano recebi a desafiadora missão de substituir o Prof. Ubirajara Barroso Júnior como editor da RE.CET.

Neste período, com apoio administrativo da SBU e grande colaboração dos editores e revisores, pudemos aperfeiçoar o fluxo de recebimento e análise dos trabalhos, tornando mais célere todo o processo. Felizmente temos recebido um bom número de artigos, provenientes de todas as regiões do Brasil, na maior parte das vezes tendo residentes de urologia como primeiros autores, o que é a grande missão desta revista eletrônica.

Acreditamos que conseguiremos manter a periodicidade necessária para que em breve busquemos indexações que tornarão ainda mais relevante o papel desta publicação.

Contamos com o apoio de toda a comunidade urológica para que continuemos nessa jornada. Esperamos que a RE.CET de alguma forma possa servir de estímulo para que cada vez mais residentes se interessem pela pesquisa científica e geração de conhecimento através de seus estudos!



Modelos de trabalho do urologista

por Marcelo de Queiroz Cerqueira

“A Unimed é o maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo e também a maior rede de assistência médica do Brasil, presente em 84% do território nacional”.

Fonte: UNIMED, 2001-2017.

Todos os anos, centenas de novos médicos concluem o último dos três anos do programa de residência médica em Urologia nos mais diversos serviços, distribuídos em todas as regiões do território nacional, com a chancela do credenciamento da Sociedade Brasileira de Urologia. Considerando-se que, como pré-requisito, este novo urologista cumpriu o programa de residência médica em Cirurgia Geral, com duração mínima de dois anos, findada a residência, apresenta-se ao mercado um médico com, pelo menos, cinco anos de formado, com excelente experiência, contemplada por uma das especialidades cirúrgicas mais vastas e completas, a Urologia.

Por ser uma especialidade altamente dependente da disponibilidade de tecnologia, seria de se esperar que, num passado relativamente recente, os novos urologistas que desejassem manter sua atividade profissional em nível de excelência permanecessem em grandes centros, basicamente em capitais e outras grandes cidades mais prósperas. No entanto, na última década, com maiores difusão tecnológica, técnicas cirúrgicas e disponibilidade de materiais específicos, tem sido observado

um alargamento do exercício da especialidade quase que em sua plenitude em outros centros médicos de menor porte. Isso fez com que novos urologistas com excelente formação, pudessem desbravar o mercado em outros centros, fora das capitais e grandes regiões, abrindo os horizontes da especialidade.

É nesse cenário que nos habituamos a ouvir o nome da Unimed nas seguintes questões: “em determinada região a Unimed é forte?” e “Serei aceito na Unimed?”; “Quanto custa entrar na Unimed local?”; “consigo viver sem Unimed?”.

Convidamos, neste número da *RE.CET*, o Dr. Filemón Casafus, Urologista-tiSBU formado na Unesp-Botucatu-SP, que há doze anos atua como urologista em Bauru-SP. Após anos de militância na medicina privada e no SUS, o Dr. Filemón atualmente, trabalha exclusivamente na Unimed-Bauru-SP, fazendo parte, inclusive, do atual conselho fiscal da instituição. Sua rica experiência nesse cenário nos ajudará a entender melhor este mercado específico.

RE.CET: Em poucas palavras, o que significa Unimed e qual o papel dela na saúde, especificamente na Urologia? Qual a relevância desse conceito para os novos urologistas?

Unimed: A Unimed é a maior operadora de planos de saúde do país e está presente em 80% das cidades brasileiras através de unidades singulares, com gestão autônoma e que atendem, aproximadamente, 19 milhões de usuários.

A primeira cooperativa médica Unimed nasceu em Santos, como reação ao surgimento das empresas de medicina de grupos. Edmundo Castilho e os outros 22 médicos fundadores acreditavam que a mercantilização poderia interferir na ética e no respeito aos usuários e ao trabalho médico e que a medicina liberal exercida dentro uma cooperativa estaria associada a uma qualidade melhor da assistência prestada.

É nesse contexto que o novo urologista deve olhar a Unimed, um sistema abrangente, presente na maior parte do país e que tem como objetivo um alto padrão de atendimento ao usuário e uma justa remuneração ao médico cooperado.

RE.CET: Como um novo urologista pode pleitear o ingresso nas Unimed da região na qual deseja se estabelecer? Todas as Unimed adotam os mesmos critérios? As condições são iguais, independentemente da região?

Unimed: As unidades singulares do sistema Unimed tem como direito deliberar sobre a admissão de novos cooperados e podem adotar critérios diferentes. Geralmente, é utilizado um sistema de pontuação que considera: a residência médica reconhecida pelo Ministério de Educação, o registro de qualificação da especialidade no CRM, o título de especialista outorgado pela sociedade, exercício profissional ou domicílio na área de abrangência da cooperativa, títulos acadêmicos (mestrado e doutorado), trabalhos publicados em revistas indexadas, participação em curso/congressos, entre outros. A pontuação é avaliada pelo conselho técnico e posteriormente pelo conselho administrativo da cooperativa.

Entretanto, indivíduo pode ser cooperativado por necessidade técnica, que é quando a cooperativa necessita dos serviços médicos da especialidade. Nesse caso, a pontuação é mais flexível, mas a residência médica reconhecida pelo Ministério de Educação e o título outorgado pela sociedade da especialidade costumam ser requisitos mínimos.

RE.CET: Uma vez aceito, como se estabelece o valor da “joia”? Costuma ser viável sua quitação ou se estabelece uma “dívida impagável”?

Unimed: A integralização do capital social conhecida como “joia” pode ser parcelada em valores totalmente viáveis para seu pagamento, mas também pode ser paga à vista. Na nossa cooperativa, o valor total é dividido em 48 vezes, mas o conselho administrativo excepcionalmente poderá aumentar esse prazo.

RE.CET: O que o levou a abandonar outros setores da Medicina privada em Bauru para viver exclusivamente de Unimed? Existe Urologia fora da Unimed em Bauru? O que conhece de outras regiões?

Unimed: Assim como em muitas cidades do Brasil, a Unimed é predominante em Bauru. Tem a melhor remuneração, hospital próprio, uma infraestrutura adequada e uma grande rede de médicos cooperados. Essas características se repetem em outras cidades do interior paulista e em capitais como Belo Horizonte, por exemplo. Por isso optei por trabalhar exclusivamente na Unimed Bauru.

RE.CET: Existe espaço para novos Urologistas em qualquer região em que a Unimed atue com predomínio do mercado?

Unimed: Não tenho dúvida de que sempre haverá espaço para urologistas bem formados no sistema Unimed. Porém, é necessário ficar atento aos requisitos essenciais para tornar-se um cooperado, como ter feito a residência médica em um serviço reconhecido pelo Ministério de Educação e ter o título outorgado pela sociedade de especialidade. Percebo também facilidade de se cooperativar por necessidade técnica para aqueles que têm formação diferenciada em Laparoscopia, Cirurgias percutâneas, Urologia pediátrica e outras sub-especialidades de que as unidades singulares da Unimed têm carência. Isso acontece principalmente nas cidades de pequeno e médio porte.

RE.CET: Recentemente, nos deparamos com a exposição da derrocada financeira da Unimed paulistana e, e por conseguinte, do endividamento involuntário dos seus cooperados. Isso, levou muitos médicos a questionar a segurança de fazer parte desse sistema. O que pode nos contar sobre tal fato?



Unimed: Uma cooperativa saudável tem que ter ativos garantidores (ações, imóveis, títulos) das dívidas, deve constituir provisões técnicas conforme regulamentação da Agência Nacional de Saúde e a sinistralidade, que é a relação entre custo e receita da assistência, não pode ser mais que 100%.

A Unimed paulistana tinha uma dívida tributária maior que seu patrimônio líquido, provavelmente por erro ad-

ministrativo e falta de provisionamento de capital como lastro para essas dívidas.

O médico da Unimed tem participação nas decisões, no lucro e também nos prejuízos da cooperativa. Por isso, é importante que o novo urologista esteja atendo à saúde financeira da unidade singular em que irá se cooperativar.

Marcelo de Queiroz Cerqueira

Membro titular da SBU

Médico do Serviço de Urologia,

Instituto Cardiopulmonar da Bahia

Diretor-Presidente da Cooperuro-BA

Biênio 2016-2017

E-mail: marcelocerqueira76@hotmail.com



Fellowship em Urologia

Entenda a diferença entre as
modalidades e tendências no Brasil

por Bruno Santos Benigno

Os programas de *fellowship* - termo emprestado do inglês que ganhou bastante popularidade entre os médicos brasileiros nos últimos anos - significa, na prática, um treinamento que objetiva de aprimorar habilidades técnicas dentro de uma sub-área de atuação médica.

A partir da década de 80, os avanços tecnológicos aceleraram a adoção de técnicas minimamente invasivas, assim como o crescimento exponencial do conhecimento médico tornou as diversas áreas de atuação cada vez mais desafiadoras e complexas. Com isso, os programas de residência médica em Urologia, que têm, comumente, 3 anos de duração, enfrentam a difícil tarefa de treinar atividades básicas fundamentais e, ao mesmo tempo, se adequar à crescente demanda por sub-especialização e incorporação de novas tecnologias. É nesse cenário que os programas de *fellowship* ganharam crescente espaço em nosso país.

Nos Estados Unidos e na Europa, por exemplo, os programas de *fellowship* são basicamente divididos em três modalidades:

- 1- ATUAÇÃO CIRÚRGICO/INTERVENCIONISTA - CLINICAL FELLOWSHIP*;**
- 2- ÁREA CLÍNICA OU PESQUISA - RESEARCH FELLOWSHIP;**
- 3- PROGRAMAS OBSERVACIONAIS - OBSERVE SCHOLARSHIP.**

*(No Brasil, essa modalidade tem recebido mais atenção pelo urologista recém formado);

Os programas de *clinical fellowship* comumente duram de um a três anos e têm como característica a prática de atividades clínicas, cirúrgicas e, em alguns casos, o estímulo à pesquisa. Os programas de *research fellowship* têm foco em pesquisa clínica, duram de um a três anos e não contemplam atividades cirúrgicas. Já os *scholarship programs*, constituem uma modalidade de curta duração, geralmente durando de algumas semanas a seis meses, em que o urologista participa como observador das discussões de casos, procedimentos cirúrgicos, visitas e manuseio de equipamentos. Nesse programa observacional, o especialista tem a oportunidade de se envolver em pesquisa como coautor em alguns casos; além disso, é a modalidade de mais fácil acesso para estrangeiros.

Nos EUA, Europa e América Latina, os programas de *fellowship* podem ser encontrados através dos *sites* das próprias sociedades de urologia (ex.: AUA, EAU e CAU), em áreas dedicadas a tal propósito. Urologistas brasileiros que pretendem se candidatar devem atentar para os cronogramas de novas vagas, preencher os formulários disponíveis em cada *site*, enviar o currículo em inglês, assim como uma carta

de apresentação. Os critérios de seleção e o número de vagas para candidatos estrangeiros dependem de cada programa.

No Brasil, é evidente o crescimento da procura por programas de *fellowship* nos últimos anos. A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU), em seu *site*, na área do associado, divulga os programas em atividade no país (<http://portaldaurologia.org.br/medicos/fellowships/>). As opções abrangem as áreas de Oncologia, Uro-pediatria, Cirurgia minimamente invasiva, Uro-ginecologia e Transplante.

A maior parte dos programas de *fellowship* em Urologia no Brasil se dedica ao treinamento de práticas cirúrgicas - *clinical-fellowship*. Boa parte da pequena oferta e procura por *research fellowship* se justifica, em nosso meio, por oportunidades de mercado ainda restritas a algumas universidades e poucas instituições privadas dedicadas a pesquisa.

Certamente, os programas de *fellowship* ganharão cada vez mais espaço como etapa importante no aprimoramento técnico e no estímulo à pesquisa clínica, tornando-se verdadeiros portais de ensino e incorporação de novos procedimentos e tecnologia em todas especialidades médicas, em especial a Urologia.

Bruno Santos Benigno

Membro titular da SBU

Membro da CET

Titular do Núcleo de Urologia do Hospital

AC Camargo Câncer Center - SP

Mestre em Oncologia pela

Fundação Antonio Prudente – SP

E-mail: brunobenigno.urologia@gmail.com



Como organizar meu consultório

por Rodrigo Krebs



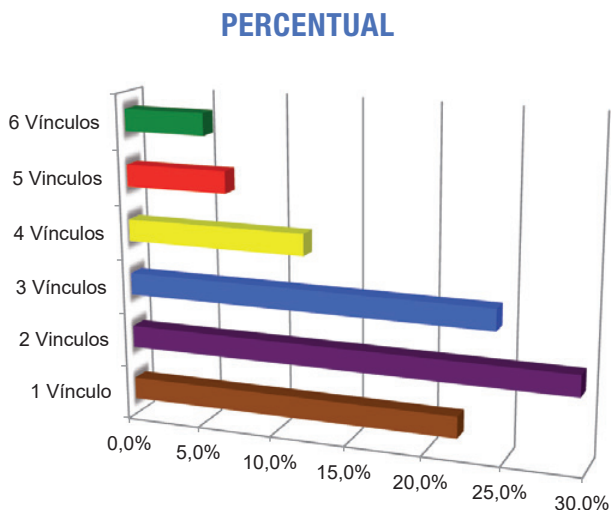
A Urologia ocupava, em 2014, a 16ª posição na distribuição de médicos especialistas. Com 4.791 profissionais com título de especialista, tem ficado à frente de especialidades como Cirurgia Vascular, Oncologia Clínica, Endocrinologia e Neurologia. A idade média do urologista brasileiro é de 47,7 anos, ocupando a 13ª posição entre os médicos especialistas mais jovens. Dados demográficos mostram que 48,5% dos médicos no Brasil têm 3 ou mais vínculos empregatícios, o que torna um verdadeiro malabarismo ter e manter um consultório. Vide Gráficos 1 e 2.

Um dos maiores desafios que o médico terá, após o término da residência, será o estabelecimento de um local de trabalho.

Uma das características mais marcantes da Urologia é o fato de ela ser uma especialidade clínico-cirúrgica. Ao contrário de outras especialidades cirúrgicas, a Urologia de consultório é um pilar importante na vida do urologista. Dificilmente esse especialista conseguirá ter seus casos cirúrgicos sem ter uma rotina clínica constante. Com isso, é frequente que se estabeleça uma dúvida na mente do profissional: atender em um consultório ou em ambulatorios, que, geralmente, estão atrelados a planos de saúde, que oferecem estrutura física, secretárias, funcionários e atendentes.

As formas mais comuns de atendimento de início de carreira do jovem urologista são os ambulatorios do Sistema Único de Saúde (SUS) ou vinculados a planos de saúde que oferecem locais de atendimento. Mas à medida que sua clientela aumenta, surgem as dúvidas sobre abrir ou não seu

Gráfico 1 - Percentual de médicos que acumulam vínculos de trabalho.

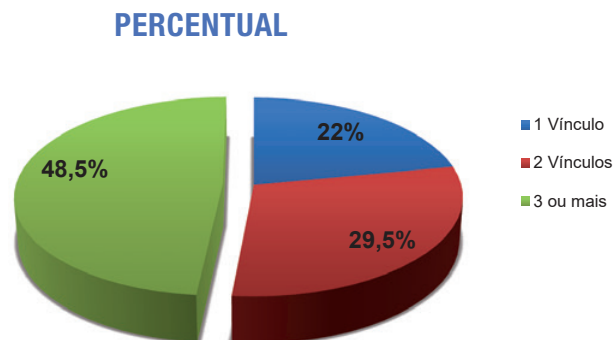


Fonte: Scheffer M. *et al.* Demografia Médica no Brasil, 2015.

consultório. Aqui serão colocadas as principais dúvidas e estratégias sugeridas para a montagem do consultório, de modo a obter um equilíbrio entre os custos (cada vez mais elevados) e permitir ao urologista um atendimento que traga satisfação tanto a ele quanto ao paciente.

“Conhece-te a ti mesmo”. O aforismo grego recorda que é muito importante, ao se conhecer e saber das

Gráfico 2 - 48,5% dos médicos possuem 3 ou mais vínculo de emprego.



Fonte: Scheffer M. *et al.* Demografia Médica no Brasil, 2015.

particularidades da Urologia, que o jovem urologista tenha um plano para o seu consultório; é essencial que, no começo, a falta de pacientes e longas horas no consultório vazio não interfiram na moral e no projeto de longo prazo. Esse início pode ser usado para a montagem de um site, fortalecer a missão do consultório, realizar pequenos estudos de campo sobre a área onde está localizado o consultório ou ainda procurar se aproximar de locais onde possa haver potencial demanda de pacientes, tais como empresas e fábricas.

Existem inúmeras maneiras de se iniciar um consultório, cada uma com suas vantagens e desvantagens. Num primeiro cenário, o jovem urologista inicia uma parceria em um consultório em que outros colegas já atendem ou em uma clínica já consolidada na cidade. Um empreendimento como esse oferece uma oportunidade inicial muito atraente, pois já apresenta estrutura física, localização, credenciamento com planos de saúde, já é conhecida pelos pacientes e tem funcionários já treinados e familiarizados com os trâmites burocráticos. De certa maneira, essas estruturas já prontas permitem que se comece atendendo “desde o primeiro dia”. Por outro lado, a clínica ou o consultório já montado pode apresentar certa rigidez em sua estrutura. Proprietários e funcionários já estão acostumados com o *status quo* e isso pode dificultar a implantação de novos conceitos e condutas. A capacidade modificar a prestação de serviço, a estrutura física ou o treinamento das recepcionistas ou secretárias pode não ser o desejado pelo novo médico e ele corre o risco de entrar em conflito com os proprietários do consultório ou clínica. Neste texto, não serão abordadas as estratégias a serem utilizadas no cenário anteriormente descrito, devido à complexidade e variedade dos desfechos que podem ocorrer. Entretanto, a questão do consultório será enfatizada.

O mais desafiante, que tempo e energia, mas poderá ser o mais recompensador para o jovem urologista, é a montagem de seu próprio espaço, onde poderá colocar em prática conceitos modernos de administração, ter um constante estímulo para seu aperfeiçoamento e permitir que cresça tanto pessoal quanto profissionalmente. Como dito anteriormente, é fundamental se conhecer. Muito embora as pessoas achem que espírito empreendedor é para poucos, na verdade, todos possuímos a capacidade de empreender, basta se dedicar a isso.

MÃOS À OBRA

Com frequência, você deve ter ouvido que empreender é para poucos e que empreender ou criar um negócio é quase sinônimo de perda de tempo e dinheiro. De certa maneira, essas afirmações encontram eco nas estatísticas que envolvem a criação de empresas. Dados do Sebrae mostram que até 35% das empresas fracassam no primeiro ano de operação e 71% não conseguem chegar a cinco anos de vida. Embora esse cenário seja o de um conjunto maior de empresas do que um consultório médico, seja o a dimensão que a falta de planejamento estratégico, a confusão entre finanças pessoais e da empresa e a de busca por aperfeiçoamento pode causar a saúde de uma empresa. Muitos dos conceitos apresentados foram inicialmente criados para empresas prestadoras de serviços outros que não os de saúde. Mas com a recente expansão desse seguimento, tanto no mundo quanto no país, muitos desses conceitos passaram a ser aplicados diretamente, com adaptações ou foram criados novos especificamente para a área de saúde.

Por isso, tenha em mente que ter um consultório passa, obrigatoriamente, por empreender e, dessa forma, você deve estar preparado para esse novo mundo, muito diferente do que você frequentou durante os anos de faculdade e residência. A inexistência de disciplinas na faculdade de Medicina que permitam aos alunos serem expostos às áreas de finanças, marketing e administração resulta em médicos completamente cegos em relação ao mercado, às relações com outros prestadores de serviços e sobre as expectativas dos clientes/pacientes. Não saber estruturar o negócio e, posteriormente, administrar esse empreendimento são os fatores que mais contribuem para o fechamento precoce do consultório. Por incrível que pareça, os médicos não conhecem o seu ramo de negócio com o nível de profundidade que é exigido pelo mercado. Dessa forma, para que seu negócio prospere, você vai precisar voltar para o “banco da escola” e aprender, estudar e se relacionar com profissionais que possam ajudar a iniciar e manter o seu negócio.

COMECE COM UM PLANO DE NEGÓCIOS

O plano de negócios é o projeto do consultório. Ele é formado por respostas que definem os serviços que serão prestados, o formato do consultório, o modelo de operação da empresa, a disponibilidade de produtos e serviços e as habilidades e atitudes que os responsáveis pela empresa e seus funcionários deverão ter e desenvolver.

A primeira pergunta a ser respondida no plano de negócios é: “Quais serviços serão ofertados ao mercado?”. Essa é uma pergunta-chave pois estabelece o fundamento dos serviços e a quais necessidades das pessoas ele deve atender. No caso dos serviços que um urologista pode oferecer, é necessário um pequeno estudo do mercado, conhecendo concorrentes, clientes em potencial e diferenciais nos serviços a serem ofertados. Se você está trabalhando com Andrologia, cuidado para não estabelecer o seu consultório a uma quadra de uma grande clínica andrológica, que já supre as necessidades daquele local, que tem profissionais de renome e está no local há vários anos. Por outro lado, uma região ou cidade com homens de meia-idade ou idosos na qual não exista um andrologista pode ser uma verdadeira mina de ouro.

Outra pergunta a ser respondida é: “O que de melhor será oferecido?” Identificar os triunfos da concorrência é fundamental. Que atrativo a mais o seu consultório terá frente ao de seus colegas? Mais tecnologia? Ele permitirá ao paciente ser atendido e fazer exames no mesmo lugar? Será de fácil acesso? Terá estacionamento?

Um pergunta fundamental é: “Quem é e onde está o cliente?”. Sendo assim, é importante refletir sobre questões como: Qual o foco que você dará ao seu consultório? Aceitará vários planos de saúde para ter uma carteira de clientes grande? Terá um atendimento mais personalizado, porém com um número menor de pacientes? Por incrível que pareça essa é uma pergunta essencial a ser respondida pois funcionará como uma bússola para seu consultório. De pouco adianta você focar em um atendimento mais básico para um segmento de clientes oriundos de planos de saúde de empresas e depois tentar guinar o seu consultório para uma clientela *premium*. Todo um trabalho de dez ou quinze anos dificilmente pode ser revertido de forma fácil.

Quanto de investimento será necessário? Qual o tempo para que ocorra o retorno desse investimento? Por quanto tempo será suportado um movimento fraco, até que uma atitude seja tomada? Muitos de nós começamos o consultório sem ter a mínima noção do seu custo real. Uma das

soluções mais comuns é a solicitação de crédito bancário, e nada mais seguro do que oferecer ao banco o seu plano estratégico, pois mostra que você está pensando sério, tem as devidas noções do mercado em que está entrando e a partir de que período tem uma previsão de começar a lucrar com o seu consultório. Abaixo seguem outras perguntas importantes, a serem respondidas no plano de negócios.

Onde será o local do consultório?

Quais deverão ser as competências dos dirigentes e funcionários?

Como será a estrutura física?

Que resultado será obtido? Que percentual dos lucros deverá ser reinvestido?

Qual será a forma de prestação dos serviços? Consultas? Exames?

Em resumo, antes de você abrir o seu consultório, assim como em qualquer negócio, você precisará ter sua atenção sobre as seguintes questões:

Gastos (investimento inicial, custos e despesas)

Precificação da consulta

Escala – ponto de equilíbrio e margem de contribuição

Retorno do investimento

ENTENDA O QUE É A GOVERNANÇA CORPORATIVA

A Governança Corporativa foi um conjunto de processos surgidos nas últimas décadas do século XX, frutos da evolução dos métodos de gestão. Ela é o resultado de um processo iniciado no século XIX, que visava criar um sistema equilibrado de decisões, que desse sustentação e perenidade às corporações e culminasse com a preservação de objetivos tangíveis e intangíveis. Inicialmente nascida em grandes corporações, a governança corporativa deixou as paredes de concreto desses locais e se espalhou para praticamente qualquer forma de empreendimento, seja um produto ou serviço, seja um fabricante de tijolos, seja ainda um consultório médi-



co. O objetivo final da Governança Corporativa não é teórico, é prático, e pretende dar vida longa a um negócio, permitindo constante aperfeiçoamento das pessoas, disseminando boas práticas corporativas e orientando o constante crescimento pessoal consequentemente, do empreendimento. O IBGC (Instituto Brasileiro de Governança Corporativa) estabelece os quatro princípios básicos da governança corporativa.

Princípios da Governança Corporativa

Transparência
Equidade
Prestação de contas (<i>accountability</i>)
Responsabilidade corporativa

TRANSPARÊNCIA

É fundamental dar total transparência às decisões e objetivos do consultório. Começar tendo uma missão: “levar atendimento de excelência na área de Urologia às pessoas, de modo que elas se sintam aparadas, tratadas e recuperadas”, por exemplo. Segundo, a criação de uma visão do negócio, tal como: “estar entre os principais consultórios de Urologia da sua região, sendo referência na área para pacientes e médicos”. Ao criar uma missão e uma visão, quem trabalha no local, seja médico, seja recepcionista, começa a ter noção de que está participando de algo que existe, é palpável e tem um futuro definido e traçado. A criação de um **regimento interno** também é fundamental. Esse documento estipula regras, coloca direitos e deveres de forma clara e a qualquer momento tanto um médico quanto um funcionário/colaborador pode consultá-lo e orientar-se quanto à determinada conduta. O regimento interno estabelece as regras de entrada e saída de médicos do consultório. Será necessário incorporar algum capital e, caso seja, de quanto ele será? Na saída do negócio, como será paga essa cota capital? Tudo isso oferece transparência, o que deixa claro às pessoas suas funções dentro da entidade, permite que ajustes sejam feitos através de sugestões e fundamentalmente passa a mensagem de que cada um é uma peça chave para o sucesso do empreendimento.

EQUIDADE

Dentro da mesma linha da transparência, o tratamento igualitário entre as partes interessadas (equidade) é essencial para o bom andamento do consultório. Se o consultório for somente seu, essa equidade deve ser muito bem aplicada a seus funcionários. Muitos acham que fazem mais trabalho que outros e você deve deixar claro o papel de cada um, bem como o respectivo retorno, não só financeiro, como também moral. Como atualmente é cada vez mais raro um médico ter um consultório em que somente ele atenda, ainda levando em consideração a rotina da Urologia, em que parte do tempo o especialista está no consultório e noutra parte na assistência aos doentes, em cirurgias e internações, dificilmente um urologista ocupa totalmente sua agenda com consultas. Dessa forma, será comum você compartilhar o seu consultório com outro colega, que pode ou não ser da sua especialidade. Nesse contexto, é muito importante estabelecer regras de equidade para que uma das partes não se sinta prejudicada. Um exemplo comum é um urologista já ter um consultório em funcionamento, com clientela fixa, e aceitar dividi-lo com um colega mais novo. O que geralmente ocorre é uma divisão igualitária dos custos do consultório (luz, telefone, internet, secretária), mas uma divisão desigual entre os atendimentos. Como o urologista mais velho tem mais movimento, é natural que ele tenha um maior número de consultas e, consequentemente, um maior aporte financeiro. Já o jovem urologista, que acabou de chegar no consultório, tem uma ou duas consultas na semana, mas vê-se, no início do mês, cheio de contas para pagar e serviços que foram usufruto do colega mais velho. Então, ao estabelecer seu consultório, aplique regras de equidade. Se você está aceitando um jovem urologista, defina, em conjunto com ele, sobre um cronograma de progressão do custeio do consultório ou mesmo uma proporção entre os atendimentos, para que ele não se sinta injustiçado e abandone a oportunidade de ter um espaço para si.

PRESTAÇÃO DE CONTAS

Outro ponto crucial é o estabelecimento da prestação de contas. Fruto de equidade e transparência, a prestação de contas por parte dos agentes de governança dá solidez ao negócio, permite que eventuais erros possam ser corrigidos e faz com que metas sejam estabelecidas. Atualmente, muitos consultórios possuem mecanismos bastante

primitivos de prestação de contas, em que a recepcionista anota os gastos em uma agenda de papel! Sugere-se que todos os dados contábeis sejam tabulados em alguma plataforma eletrônica de planilha de cálculos. Ali os dados podem ser comparados mês a mês e até ano a ano, permitindo avaliar em que aspectos as despesas são maiores ou desnecessárias e, assim, ajustes podem ser realizados. Também a criação de um livro-caixa, no qual todos os informativos e comprovantes de pagamento são colocados, permite que todos tenham acesso a esses dados, comprovando-os. Estabelecer uma pequena reunião de 30 minutos a cada quadrimestre para a prestação de contas também transmite seriedade ao processo, deixando todos a par da situação contábil do consultório.

RESPONSABILIDADE CORPORATIVA

Não menos importante do que os princípios assinalados acima, a responsabilidade corporativa também deve ser incorporada ao ambiente do consultório. Em grandes corporações, esse princípio muitas vezes é mais visível, tal quando uma grande empresa opta por ajudar um programa social ou ter responsabilidade ambiental frente ao manejo de poluentes. No ambiente do consultório, a responsabilidade corporativa pode ser feita através do incentivo às recepcionistas a fazerem algum curso de línguas ou computação, ou mesmo para o aperfeiçoamento no atendimento aos pacientes. Dessa forma, os médicos pagam ou subsidiam cursos nos quais as recepcionistas/colaboradores podem aprimorar os seus conhecimentos. A mensagem mais importante não é obter lucro direto disso, mas comprometer-se com a evolução do funcionário. Uma forma mais ousada seria os próprios médicos deixarem as quatro paredes do consultório e se engajarem em atividades voluntárias ou palestras para a população ou associação de bairros. Nessas palestras, poderiam promover ações gratuitas de orientação sobre saúde e cuidados. Isso tem um impacto enorme na comunidade, o que reforça uma boa imagem do consultório, pois são atividades de cidadania que não visam o lucro.

ABRIR UMA PESSOA JURÍDICA?

Ser profissional liberal ao médico libera as liberdades que os outros profissionais não possuem. Permite que você gerencie seu tempo de trabalho, a forma como vai trabalhar, a estrutura física de seu trabalho. Contudo, a realidade dos planos de saúde obriga o médico, por vezes, a submeter-se a tabelas

de consultas e procedimentos, esvaziando aí o conceito de profissional liberal. Dentro desse contexto, é cada vez mais frequente que planos de saúde, ao fazerem o credenciamento dos especialistas, optem por realizar com a pessoa jurídica (PJ). Existem várias razões para isso, que vão desde evitar pagamento de encargos e ações trabalhistas até a oportunidade de, qual através de apenas um contrato, permitir que vários profissionais (pertencentes àquela PJ).

Por isso, no atual cenário nacional, exceto em cooperativas médicas, a chance de o médico manter uma relação entre a sua pessoa física (PF) e os planos de saúde é cada vez mais rara. Como a incidência de tributos ainda é menor na PJ do que na PF, é quase certo que o especialista se associará com outros colegas, a fim de montar uma pessoa jurídica.

Existem, em várias regiões do país, linhas de crédito para financiamento de consultórios e clínicas, aquisição de equipamentos e insumos, que são facilitadas para a pessoa jurídica, o que torna o processo mais rápido e seguro. Muito importante nesse momento da criação da PJ é procurar um escritório de contabilidade de confiança. Hoje existem muitos desses escritórios que prestam serviços às médicos e que conhecem profundamente a legislação, estão atentos a alterações das leis e suas diretrizes.

Por fim, é fundamental que o médico não caia no mesmo erro que várias pessoas cometem ao abrir uma PJ. Por ter um aporte financeiro maior que o da pessoa física, elas são tentadas a utilizar de recursos da PJ para adquirir bens de uso pessoal (automóveis, imóveis, viagens). Seguem o errôneo pensamento: "essa empresa é minha e eu posso fazer com ela o que quiser". Uma atitude dessas tem graves consequências, tanto para questões fiscais quanto para a saúde financeira da empresa. Lembre-se de que na PJ você tem acesso somente aos lucros da empresa, que são repassados à sua conta bancária da PF, a partir da qual é possível fazer o que quiser.

ENTENDER CONCEITOS FUNDAMENTAIS

Pode parecer estranho, mas, para que você possa ter o seu consultório e com ele obter lucro, você terá que conhecer alguns conceitos fundamentais de Administração. Foge ao objetivo deste texto se prolongar nesse vasto assunto, mas serão demonstrados alguns conceitos básicos.

ATIVO

Representa tudo o que a empresa possui (máquinas, prédio, terreno, estoque, material de escritório) e tudo o que



lhe é devido (contas a receber). O ativo aumenta quando há o reconhecimento contábil de uma receita, seja pela obtenção de recursos de terceiros, seja com sócios da entidade, seja ainda pela venda de outro ativo com lucro.

PASSIVO

São as obrigações presentes da entidade, derivadas de eventos já ocorridos, cujo pagamento se espera que resulte em saída de recursos da empresa, capazes de gerar benefícios econômicos ou potencial de serviços. O passivo aumenta pela captação de um empréstimo ou financiamento, pela compra de um ativo a prazo ou pelo reconhecimento contábil de uma despesa ainda não paga. Por outro lado, o passivo diminui de valor pelo pagamento do empréstimo ou financiamento.

PATRIMÔNIO LÍQUIDO

Assim como o passivo, o patrimônio líquido também representa origem de recursos, sendo que ele corresponde aos recursos financiados pelos sócios da entidade, em forma de capital, e também pelos lucros obtidos que não foram distribuídos (retidos).

RECEITA

É a geração de recursos provenientes da prestação de serviços (consultas, procedimentos). Resulta em um aumento de caixa e de contas a receber.

DESPESA

Corresponde ao consumo de recursos das mesmas atividades que deram origem às receitas. Na área de Saúde é chamado de custo dos serviços prestados (CSP), ou seja, o que foi gasto para gerar os serviços prestados. Trata-se da saída de recursos, ou redução dos ativos, ou mesmo do incremento em passivos resultantes em decréscimos no patrimônio líquido e que não sejam provenientes de distribuição aos proprietários da empresa.

Embora possam ser conceitos maçantes, o seu entendimento permitirá uma boa administração do consultório ou clínica.

Abaixo, na Figura 1 são demonstradas as relações entre ativos, passivos e patrimônio líquido. E na Figura 2, podem ser analisadas as relações de balanço entre ativo e passivo. Observe:

Figura 1 - Relações entre ativo, passivo e patrimônio líquido.



$$\text{ATIVO} = \text{PASSIVO} + \text{PL}$$

ou

$$\text{PASSIVO} = \text{ATIVO} - \text{PL}$$

Figura 2 - Relações entre balanço (ativo e passivo).

BALANÇO	
ATIVO (o que se possui)	PASSIVO (o que se deve)
Estoque	Credores
Devedores	Fornecedores
Caixa/Bancos	Dívidas financeiras - C. Prazo
	Dívidas financeiras - M/L. Prazo
Ativo circulante	
Terreno	Fundos de terceiros
Edifício	Capital-Ações
Veículos	Reservas
Máquinas	Resultado acumulado
	Capital próprio
Ativo não-circulante	
TOTAL ATIVO	TOTAL PASSIVO

EM RESUMO

Primeiro: conheça a si mesmo. Saber o que você quer da Urologia e o que ela pode dar a você é a pedra angular. Algumas pessoas têm o espírito empreendedor à flor

da pele e são empreendedores natos. Outros não têm tanta facilidade, mas são persistentes, se aprofundam no assunto e tornam-se bem sucedidos. Entretanto, há quem não queira adentrar esse mundo e prefere usar outras faces da especialidade. Por isso, faça uma reflexão sobre o que você quer de sua carreira.

Segundo: estude, estude, estude. Por ser um campo muito vasto, em que questões financeiras, contábeis, de relacionamento, *marketing* e *networking* se entrelaçam, é essencial um constante aperfeiçoamento. Não é porque você

delega a um escritório de contabilidade as finanças do seu consultório que você não as deva conhecer profundamente. Não é porque contratou uma assessoria de *marketing* que você não deve saber os anseios dos seus pacientes e não deva estar atento às mídias que atingem os pacientes diariamente.

Terceiro: aceite riscos. Raramente, no mundo dos negócios, as coisas saem exatamente como planejado. Tenha em mente um plano, fixe metas e saiba que haverá pedras pelo caminho, mas que se trata de um belo e gostoso passeio.

REFERÊNCIAS

1. SCHEFFER M. et al. Demografia Médica no Brasil, 2015.
2. INSTITUTO BRASILEIRO DE GOVERNANÇA CORPORATIVA. Código das Melhores Práticas de Governança Corporativa. 4ª ed. São Paulo: IBGC, 2009. Disponível em: <http://www.ibgc.org.br/userfiles/Codigo_julho_2010_a4>. Acesso em 22/abr/2016.
3. ANDRADE A., Governança Corporativa: fundamentos, desenvolvimento e tendências. 6ª ed. São Paulo: Atlas. 2012.
4. SZUSTER N. Contabilidade Geral: Introdução à contabilidade societária. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2013.

Rodrigo Ketzer Krebs

Professor Urologia da UFPR
Membro titular da SBU





Como funciona a CET

por Nancy Denicol

A Comissão de Ensino e Treinamento (CET) é formada por 18 urologistas oriundos de vários estados do Brasil. Sua criação foi motivada pela necessidade de avaliar as residências médicas e sua finalidade básica é trabalhar para a melhoria do ensino nas residências, com isso aprimorando a formação do urologista.

Para que esse processo seja iniciado, é necessário que o chefe do serviço solicite credenciamento ou revisão de credenciamento por vencimento do mesmo; para isso, é necessário preencher os de vários documentos relacionados ao serviço e seus residentes. Esses documentos passarão a ser encontrados no PROCET.

Os colegas encarregados recebem e avaliam a documentação, marcando a data da visita. Solicita-se ao serviço visitado uma apresentação de seus dados e produção, que será usada para relato e discussão na CET. Após isso, faz-se reunião com o *staff* e as instalações do hospital são visitadas, com revisão de material cirúrgico e de aparelhagem. A visita termina com a reunião com os residentes.

Os dados coletados fazem parte de uma planilha elaborada com base nas informações da CNRM, do próprio serviço e dos visitantes da CET.

Semestralmente, a CET se reúne e os serviços são apresentados (apresentação feita pelo serviço mais os dados coletados) e discutidos. O resultado obtido nessa reunião é encaminhado ao chefe do serviço, COREME, diretor-clínico do hospital e CNRM.

Nancy Denicol

Médica urologista, Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Responsável pela Área Cirúrgica do Transplante Renal no
Hospital de Clínicas e no Hospital Mãe de Deus
Componente da Comissão de Ensino e Treinamento da SBU
Tesoureira da SBU Seccional RS, Membro da Câmara Técnica
de Urologia do CREMERS



Como é a adesão de professores universitários ao rastreamento do câncer de próstata?

Luiz Carlos Maciel (1), Angelo de Medeiros Francilaide Campos (2), Gustavo Notari de Moraes (1), Frederico Vilela de Oliveira (1), Anna Karina P. Sarpe (3), Luiz Fernando C. Nascimento (4)

(1) Médico urologista, professor da disciplina de Urologia, Universidade de Taubaté, SP, Brasil; (2) Médico urologista, Natal, Brasil; (3) Médica residente, Cirurgia Córdio-Vascular, Hospital dos Servidores do Estado de São Paulo; (4) Professor da disciplina de Epidemiologia da Universidade de Taubaté, SP, Brasil

INTRODUÇÃO

O câncer de próstata (CP) é o sexto tipo mais comum no mundo e o mais prevalente tumor sólido entre homens. Maiores incidências são vistas na Austrália, América do Norte e países escandinavos, provavelmente devido aos mais avançados programas de rastreamento de que dispõem essas regiões. Dados do ano de 2008 apontam o CP como o mais prevalente no Brasil, excluindo-se os melanomas (1).

Esta doença apresenta incidência de 543 mil casos novos/ano no mundo, dos quais 15,3% em países desenvolvidos e 4,3% em países em desenvolvimento (1). A etiologia ainda não está bem esclarecida; no entanto, fatores como idade, raça e história familiar aparecem como fatores de risco isolados para desenvolvimento do CP (2).

O diagnóstico precoce pode ser feito por métodos de rastreio em assintomáticos através do exame digital retal (EDR) e da dosagem dos níveis séricos de antígeno prostático específico (PSA). Esses testes apresentam baixo custo, boa sensibilidade e especificidade (3, 4). EDR e PSA devem ser avaliados anualmente se houver predisposição por faixa etária (5).

Na última década, houve aumento do diagnóstico do tipo de câncer em questão em estágios precoces devido à disseminação do uso do PSA e EDR como método de rastreamento (6). Deste modo, em 15 anos de programas de prevenção, houve evolução importante do método de rastreio do CP, deixando de ser uma situação quase desconhecida para uma das áreas de maior pesquisa (7). Por outro lado, em contraste com essa evolução, bem como um maior número de informações sobre a doença, a aderência aos testes diagnósticos permanece baixa (3), apesar da recomendação da Sociedade Brasileira de Urologia de avaliações periódicas a partir dos 45 anos de idade para homens com fatores de risco e a partir dos 50 anos para aqueles que não os possuem.

A avaliação da adesão dos professores universitários ao rastreamento do câncer de próstata pode nos oferecer uma informação sobre a importância dada a esta prática por esses indivíduos, que são considerados informados e com acesso à saúde.

OBJETIVO

O presente estudo apresenta, como objetivo primário, avaliar o grau de adesão a programas de prevenção ao CP entre professores de uma universidade, bem como correlacionar tais dados aos respectivos perfis socioeconômicos e de áreas de atuação laboral dos mesmos.

MATERIAIS E MÉTODOS

Entre janeiro e agosto de 2009, uma amostra de 146 professores do sexo masculino, entre 40 e 75 anos de idade, em cada departamento de uma universidade, foi selecionada de modo randomizado, que fosse submetida a um estudo observacional transversal. A amostra incluiu professores efetivos e temporários, mas excluiu professores aposentados ou afastados por motivos de ordem médica.

Através de entrevistas individualizadas, um questionário previamente desenvolvido foi aplicado. Tal questionário registrou o departamento do entrevistado, bem como sua idade, doenças pré-existentes, história de tabagismo, história familiar de CP ou de mama em parentes de primeiro grau e o comportamento preventivo contra o câncer de próstata.

Consideramos comportamento preventivo contra o câncer de próstata a realização correta do rastreamento, conforme diretrizes da Sociedade Brasileira de Urologia. Ele se dá quando o indivíduo realiza o rastreamento com PSA e EDR anualmente a partir dos 50 anos, aos 45, se houver fatores de risco.

Termos de consentimento informado foram obtidos de todos os participantes do estudo. Análise univariada ou multivariada, quando apropriadas, foram aplicadas, e a significância estatística foi considerada quando $p < 0,05$.

Este projeto foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade (Protocolo CEP/UNITAU n. 103/08).

RESULTADOS

Ao final das entrevistas, obtivemos 146 questionários respondidos.

Os indivíduos foram separados por faixa etária e agrupados em três departamentos, que foram: Ciências Biológicas, Ciências Humanas e Ciências Exatas (Tabela-1).

Considerando a idade, 20 (13,7%) estavam entre os 40 e os 45 anos de idade, 68 (46,6%) entre 46 e 55 anos de idade, 49 (33,6%) entre 56 e 65 anos de idade e 9 (6,2%) entre 66 e 75 anos de idade.

Analisando as comorbidades, observamos que 13 (8,9%) eram portadores de diabetes mellitus (DM), 41 (28,1%) tinham hipertensão arterial sistêmica, 25 (17,1%) possuíam dislipidemia e 5 (3,4%) eram asmáticos. Não houve diferença estatisticamente significativa quando comparamos a presença de comorbidades entre as três áreas.

Entre os professores entrevistados, 32 (21,9%) relataram história familiar de CP ou mama em parentes de primeiro grau. Entre eles, 29 (90,6%) já haviam se submetido à avaliação prostática e 22 (68,8%) já haviam feito rastreamento anual. Não houve significância estatística comparando história familiar de CP ou mama e o rastreamento para CP na amostra estudada ($p=0.489$) (5).

Entre o total de sujeitos do estudo, 62 (42,5%) nunca haviam se submetido ao exame digital retal. Considerando as práticas preventivas periódicas, 127 (87%) já tinham conhecimento das mesmas, mas 19 (13%) nunca se submete-

Tabela 1

	Ciências Exatas	Ciências Biológicas	Ciências Humanas	Total
Número de professores	52 (35,6%)*	55 (37,7%)*	39 (26,7%)*	146 (100,0%)
40 a 45 anos	8	6	6	20
46 a 55 anos	25	25	18	68
56 a 65 anos	15	21	13	49
66 a 75 anos	4	3	2	9
PSA+EDR	27	32	32	81
PSA	16	16	11	43
Nunca realizou exames	9	7	3	19
EDR	0	0	3	3
US transretal com biopsia	2	1	1	4
Exames realizados anualmente	27	36	24	87

EDR= Exame dígito retal da próstata; **PSA=** Antígeno prostático específico

ram a qualquer avaliação.

Entre os professores das Ciências Biológicas, 32 (58,2%) haviam se submetido a exames de PSA e EDR como métodos de rastreamento; 16 (29,1%) apenas a PSA e 7 (12,72%) nunca haviam se submetido a qualquer exame. Nenhum se submeteu apenas a EDR e um (1,9%) se submeteu à biópsia de próstata. Dentre os 55 professores dessa área, 36 (65,45%) referiram práticas anuais de prevenção ao CP.

No grupo das Ciências Exatas, 27 (51,9%) se submeteram a PSA e EDR, 16 (30,76%) apenas a PSA, 9 (17,3%) nunca se submeteram a quaisquer exames preventivos, nenhum se submeteu apenas a EDR e 2 (3,8%) já haviam se submetido à biópsia prostática. Entre todos os entrevistados desse grupo, 27 (51,9%) referiram avaliação prostática anualmente.

No grupo das Ciências Humanas, 22 (56,41%) se submeteram a EDR e PSA, 11 (28,2%) se submeteram apenas a PSA, 3 (7,7%) nunca se submeteram a exames preventivos e 1 entrevistado (2,6%) já havia se submetido à biópsia de próstata. Do total de indivíduos, 24 (61,53%) dos professores já haviam se submetido a algum tipo de exame prostático anualmente.

Ultrassom suprapúbico associado com outros testes de avaliação foram relatados por 47 (32,2%) professores entrevistados, dos quais 21 (38,2%) foram das Ciências Biológicas, 17 (32,7%) das Ciências Exatas e 9 (23%) das Ciências Humanas.

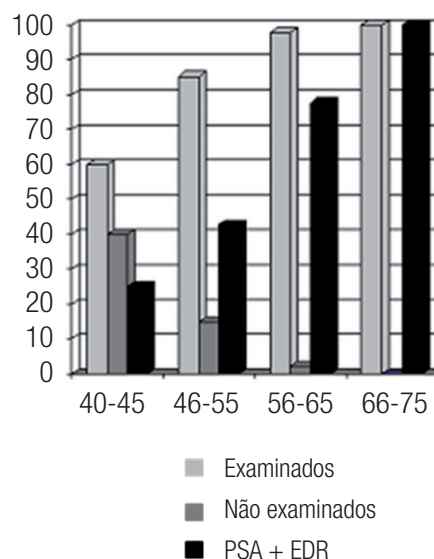
Comparando os testes de rastreamento como medidas práticas preventivas entre as três áreas, nenhuma significância estatística foi observada ($p=0,4$).

As práticas preventivas entre os diferentes grupos de idade mostraram que: entre 40 e 45 anos de idade, 12 (60%) se submeteram às avaliações; entre 46 e 55 anos de idade, 58 (85,3%) se submeteram às avaliações; entre 56 e 65, 48 (97,9%) se submeteram aos exames; entre 66 e 75 anos de idade, 9 (100%) referiram já ter realizado os exames (Figura-1).

Por outro lado, comparando PSA e EDR como métodos de rastreamento, constatou-se que 5 (25%) entre 40 e 45; 29 (42,6%) entre 46 e 55; 38 (77,5%) entre 56 e 65 anos de idade e todos entre 66 e 75 anos de idade se submeteram aos dois testes, com significância estatística ($p < 0.001$) (6).

Vinte e quatro médicos (92,3%) e professores do Departamento de Medicina referiram realização de prevenção para CP. Dessa amostra, 17 (65,4%) se submeteram ao EDR e PSA, 7 (26,9%) apenas ao PSA, 2 (7,7%) a nenhum tipo de exame, nenhum se submeteu apenas ao EDR e 14 (53,8%) realizaram ultrassom suprapúbico em conjunto com

Figure 1



outros exames. Analisando a frequência de sua realização, 19 (73,1%) foram submetidos anualmente ao EDR e 9 (34,6%) nunca se submeteram ao EDR (7).

DISCUSSÃO

O CP é o mais prevalente tipo de câncer entre homens e o sexto tipo mais comum no mundo (1). No Brasil, bem como em outros países, a incidência e o perfil de morbimortalidade sofreu mudanças na última década (8). Tais mudanças ocorreram devido ao uso de métodos de rastreamento e ao aumento da expectativa de vida da população (3).

Os benefícios populacionais dos métodos de rastreamento do câncer de próstata ainda são controversos, mas sinalizam um declínio nas taxas de mortalidade observadas nas áreas onde são realizados (9, 10). Estudos relatam que os primeiros sinais de sucesso do rastreamento de CP baseado no PSA se deram com a redução de aproximadamente 70% de homens com doença metastática ao momento do diagnóstico (11, 12).

Entretanto, como seu tratamento depende do estadiamento clínico, mesmo se um aumento de sobrevida é visto quando indicado tratamento em momentos precoces, muitos homens recebem tratamentos desnecessários e se deparam com os efeitos colaterais urinários e sexuais, com impacto na qualidade de vida. Estes representam a principal limitação de um programa de rastreamento preventivo global (7).

O PSA foi primeiramente introduzido nos Estados Unidos, na década de 80, para acompanhamento e monitoramento do CP, sendo subsequentemente utilizado como um método de rastreamento. Na década de 90, a Associação Americana de Urologia e a Sociedade Americana do Câncer recomendaram o seu rastreamento baseado no PSA e EDR (13).

A associação entre ambos os testes aumenta a sensibilidade diagnóstica de 30% a 80% (11). Quando ambos os testes são alterados, a especificidade diagnóstica fica em torno de 95% (10). Neste estudo, os autores evidenciaram que 55,5% se submeteram a exames preventivos com EDR e PSA, quando 29,5% utilizaram apenas o PSA.

O percentual de pacientes com diagnóstico de CP e níveis de PSA normais é significativo (19,5% dos casos). Da mesma forma, é preocupante o fato de que 5% dos tumores se apresentam com níveis muito baixos de PSA (11). Desconsiderando o PSA, um exame digital retal suspeito ou característico pode revelar câncer em 12,7% e 31% dos casos, respectivamente (11). Desse modo, a combinação dos dois é colaborativa e não competitiva para o combate à doença (11, 14). Um percentual significativo de professores avaliados apenas nos níveis de PSA torna o dado preocupante, considerando que o adequado é rastrear com EDR e PSA e que a realização de apenas um desses exames diminui significativamente a chance de diagnóstico precoce.

As principais limitações ao EDR são as grandes variabilidades entre os examinadores e a resistência dos pacientes (10). Do total de entrevistados em nossa série, 42,5% nunca se submeteram ao EDR, evidenciando que, mesmo entre em pessoas que toleram o exame e que têm facilidade de acesso à informação, ainda existem resistência e danos.

O presente estudo encontrou que 2% dos entrevistados foram submetidos apenas ao EDR, prática não recomendada isoladamente devido à especificidade e sensibilidade quando realizado sozinho (10). A prática comum de ultrassom suprapúbico como método de rastreamento, associado com outros exames ou com substitutivos do EDR, foi vista em um significativo percentual de casos (32,2%) dentre os entrevistados. Tal exame pode ser utilizado para avaliar o volume prostático, entretanto não é recomendado como método de rastreamento e seu uso não deveria substituir o EDR.

Em razão do seu baixo e insidioso crescimento, o tumor geralmente afeta pessoas acima de 50 anos e sem sintomas, até que se apresentem em estágios mais avançados (4, 15). Os autores revelaram altas positivities nos métodos de rastreamento em pacientes acima de 56 anos de idade, com taxas entre 97,9% e 100%. Como atualmente o ras-

teamento é recomendado após os 50 anos na população em geral, e após os 45 anos em pessoas com risco aumentado para a doença (5), esses achados evidenciaram uma significativa parcela de entrevistados acima de 46 anos. As baixas práticas de métodos preventivos foram vistas em professores entre 40 e 45 anos de idade.

Após a introdução da dosagem sérica do antígeno prostático específico, o diagnóstico do CP aumentou muito, de níveis em torno de 9% em 1985 para 16% em 2007 (16). Entretanto, desde poucos anos atrás, alguns autores têm se posicionado contra o rastreamento para CP. Eles dizem que tal câncer é comum na população masculina e que seu comportamento não é agressivo, de modo que muitos pacientes que se beneficiam desse diagnóstico podem não falecer por causa dele. Além disso, tais métodos preventivos podem causar mais danos aos pacientes, como sangramento, dor e infecção, além de poder causar aumento da morbidade e mortalidade por tratamento excessivo.

Contribuindo com essa teoria, séries de autópsia revelaram que 30% dos homens acima de 50 anos e 70% daqueles acima de 70 anos não tiveram o diagnóstico de CP (17). Além disso, dados preliminares de dois importantes estudos sobre rastreamento de CP foram contraditórios: um estudo europeu revelou um pequeno decréscimo na sua mortalidade, enquanto um estudo americano demonstrou nenhum decréscimo (16).

Médicos deveriam ser cuidadosos com níveis de PSA, pois um significativo quantitativo de resultados de PSA pode ser falso positivos, podendo tais resultados estar associados com outras patologias, como hiperplasia prostática benigna, prostatites, cistites, ejaculação recente, instrumentação urinária e trauma perineal (16). Da mesma forma, alguns estudos observacionais concluíram que os níveis de PSA podem alterar fisiologicamente (18).

De acordo com séries europeias, pesquisadores calcularam que 5,2 milhões de euros seriam necessários para a realização de testes preventivos e consequente tratamento para prevenir apenas uma morte por CP (18). Em 2011, o grupo americano de serviços de prevenção decidiu posicionar-se contra a realização de rastreamento de CP através do uso do PSA, informando que sua prática provavelmente não traz benefícios populacionais (19). Na tentativa de resolver tal controvérsia, talvez os médicos devam dividir com seus pacientes a decisão da realização de métodos diagnósticos preventivos para o CP, utilizando os termos de consentimento informado (19).

História familiar de CP em parentes de primeiro grau é um dos fatores de risco mais estabelecidos para a doença

(2). Em nosso estudo, história familiar positiva não influenciou na preocupação da doença por parte dos participantes do estudo. Entretanto, outro trabalho que avaliou prática de prevenção de câncer de mama com autoexame mensal entre médicas e enfermeiras revelou resultado oposto (20).

Um estudo com pacientes hipertensos e diabéticos revelou que 65% dos usuários de uma instituição não possuíam conhecimento algum acerca da prevenção ao CP (10).

Havia um grande *déficit* de informações sobre a doença, seus potenciais agravos e evolução silenciosa, além de cuidados para sua detecção precoce (21). O grupo de professores estudado pelos autores revelou que, mesmo quando se trata de pessoas com bom acesso à informação e bons serviços de saúde, 13% nunca se submeteram a exames para avaliação prostática e apenas 55,5% obtiveram realização de exames adequadamente.

Comparando as três áreas de atuação dos professores envolvidos na pesquisa, embora se espere maior preocupação sobre a doença entre aqueles das Ciências Biológicas, não houve diferença estatisticamente significativa na realização de práticas preventivas entre elas. Este é o primeiro estudo comparando aderência às práticas de prevenção do CP entre diferentes áreas, de modo que não é possível comparar nem discutir a relevância desses achados na literatura.

Um estudo que avaliou práticas de prevenção do CP entre médicos professores da Escola de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais demonstrou que, mesmo quando comparados com indivíduos de áreas totalmente distintas das desses professores, 20,7% dos docentes com idade acima dos 50 anos nunca haviam se submetido à dosagem de PSA e EDR. Além disso, 36,2% dos entrevistados jamais se submeteram ao EDR. Avaliando as práticas preventivas entre professores médicos do Departamento de Medicina, os autores notaram que apenas dois deles (7,7%) nunca se submeteram a qualquer exame preventivo (3). Médicos que se preocupam com a própria saúde possuem baixa

aderência a cuidados de saúde primários, particularmente à prática de prevenção a doenças (20, 22, 23). Embora médicos tenham a mesma proporção de doenças crônicas da população em geral, requerendo práticas idênticas de prevenção, uma importante diferença é vista na facilidade que eles têm de acesso a serviços de saúde, especialmente para desordens psiquiátricas (23).

Ausência de informação e dificuldade de acesso a serviços de saúde são os principais impedimentos à prevenção de doenças na população, o que não ocorre entre os indivíduos estudados (3, 21). Informação disponível em panfletos, internet e televisão aumentou o conhecimento da população sobre o assunto, melhorando a percepção da saúde, revelando a importância do diagnóstico precoce e ajudando na decisão dos pacientes sobre os métodos de prevenção e suas escolhas sobre os testes disponíveis. A literatura 11 revela que esses métodos são igualmente efetivos quando informados sobre a doença e seus modos de prevenção (24, 25). Entretanto, ao contrário do conhecimento e da informação dos pacientes, os autores notaram que mesmo pessoas de grupos totalmente diferentes daquele dos sujeitos da pesquisa, mas com facilidade de acesso a exames de saúde, requerem promoção de educação que pode ser oferecida por profissionais da área da Saúde, estabelecendo melhores níveis de conhecimento sobre a doença, seus métodos de prevenção e tratamento (12).

CONCLUSÃO

Apesar da facilidade de acesso à informação e a métodos de prevenção do CP pelos professores entrevistados nesta pesquisa, a aderência a tais métodos preventivos permanece baixa. Mesmo entre os professores médicos, práticas de prevenção não foram significativas, demonstrando que é necessário intensificar as ações de promoção à saúde e educação, disseminando a importância do diagnóstico precoce do CP (13).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Próstata [texto na Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/prostata+/definicao>>
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil [texto na Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2007 [cited 2009 Nov 23]. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/>>.
3. Weiss JM, Huang WY, Rinaldi S, Fears TR, Chatterjee N, Hsing AW, et al. Endogenous sex hormones and the risk of prostate cancer: a prospective study. *Int J Cancer*. 2008;122:2345-50.



4. Miranda PS, Côrtes Mda C, Martins ME, Chaves PC, Santarosa RC. Practice of precocious diagnosis for prostate cancer among professors of the school of Medicine, Minas Gerais Federal University-Brazil. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2004;50:272-5.
5. Candas B, Cusan L, Gomez JL, Diamond P, Suburu RE, Lévesque J, et al. Evaluation of prostatic specific antigen and digital rectal examination as screening tests for prostate cancer. *Prostate*. 2000;45:19-35.
6. Grubb RL, Roehl KA, Antenor JA, Catalona WJ. Results of compliance with prostate cancer screening guidelines. *J Urol*. 2005;174:668-72.
7. Pinthus JH, Pacik D, Ramon J. Diagnosis of prostate cancer. *Recent Results Cancer Res*. 2007;175:83-99.
8. Fleshner N, Zlotta AR. Prostate cancer prevention: past, present, and future. *Cancer*. 2007;110:1889-99.
9. Gomes R, Rebello LE, de Araújo FC, do Nascimento EF. Prostate cancer prevention: a review of the literature. *Cien Saude Colet*. 2008;13:235-46.
10. Bergstralh EJ, Roberts RO, Farmer SA, Slezak JM, Lieber MM, Jacobsen SJ. Population-based case-control study of PSA and DRE screening on prostate cancer mortality. *Urology*. 2007;70:936-41.
11. Dini LI, Koff WJ. Profile of prostate cancer at the general Hospital of Porto Alegre. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2006;52:28-31.
12. Antonopoulos JM, Pompeo ACL, El Hayek OR et al. Results of prostate cancer screening in non-symptomatic men. *Braz J Urol*. 2001; 27:227-34.
13. Loeb S, Catalona WJ. What to do with an abnormal PSA test. *Oncologist*. 2008;13:299-305.
14. Hoffman RM, Stone SN, Espey D, Potosky AL. Differences between men with screening-detected versus clinically diagnosed prostate cancers in the USA. *BMC Cancer*. 2005;5:27.
15. Quinlan MR, Teahan S, Mulvin D, Quinlan DM. Is digital rectal examination still necessary in the early detection of prostate cancer? *Ir J Med Sci*. 2007;176:161-3.
16. Pelzer AE, Colleselli D, Bektic J, Schaefer G, Ongarello S, Schwentner C, et al. Over-diagnosis and under-diagnosis of screen- vs non-screen-detected prostate cancers with in men with prostate-specific antigen levels of 2.0-10.0 ng/mL. *BJU Int*. 2008;101:1223-6.
17. Hoffman RM. Clinical practice. Screening for prostate cancer. *N Engl J Med*. 2011;365:2013-9.
18. Konety BR, Bird VY, Deorah S, Dahmouh L. Comparison of the incidence of latent prostate cancer detected at autopsy before and after the prostate specific antigen era. *J Urol*. 2005;174:1785-8.
19. Brett AS, Ablin RJ. Prostate-cancer screening--what the U.S. Preventive Services Task Force left out. *N Engl J Med*. 2011;365:1949-51.
20. McNaughton-Collins MF, Barry MJ. One man at a time - resolving the PSA controversy. *N Engl J Med*. 2011;365:1951-3.
21. Cavdar Y, Akyolcu N, Ozbaş A, Oztekin D, Ayoğu T, Akyüz N. Determining female physicians' and nurses' practices and attitudes toward breast self-examination in Istanbul, Turkey. *Oncol Nurs Forum*. 2007;34:1218-21. *Erratum in: Oncol Nurs Forum*. 2008;35:25.
22. Vieira LJ, Santos ZM, Landim FL, Caetano JA, Sá Neta Cde A. Prevention of prostate cancer from the viewpoint of patients with arterial hypertension and diabetes mellitus. *Cien Saude Colet*. 2008;13:145-52.
23. Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health*. 2007;45:599-610.
24. Kay M, Mitchell G, Clavarino A, Doust J. Doctors as patients: a systematic review of doctors' health access and the barriers they experience. *Br J Gen Pract*. 2008;58:501-8.
25. Ilic D, Egberts K, McKenzie JE, Risbridger G, Green S. Informing men about prostate cancer screening: a randomized controlled trial of patient education materials. *J Gen Intern Med*. 2008;23:466-71.
26. Krist AH, Woolf SH, Johnson RE, Kerns JW. Patient education on prostate cancer screening and involvement in decision making. *Ann Fam Med*. 2007;5:112-9.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Ângelo de M. F. Campos
Médico urologista - CRM/RN 5787
Avenida Afonso Pena, 754,
1º andar do Natal Hospital Center
Tirol, Natal/RN, CEP 59020-100
Telefone: (84) 3222-5600





Dermatopatias genitais masculinas

Marco Dionísio (1); Leonardo Gentile (1); Ronaldo Damião (1)

(1) Disciplina de Urologia - Hospital Universitário Pedro Ernesto, Rio de Janeiro, RJ, Brasil

INTRODUÇÃO

As lesões cutâneas genitais são motivo bastante frequente nas consultas urológicas. Apresentam-se com ampla variedade de formas e aspectos, desde lesões benignas simples até aquelas mais complexas, com repercussões sistêmicas ou lesões pré-malignas. Independentemente de sua potencial gravidade, despertam um grau de ansiedade significativo na maioria dos pacientes, o que requer diagnóstico preciso, baseado, sobretudo, nas histórias clínica e sexual, bem como no exame físico apropriado. Eventualmente, são necessários exames complementares e biópsia para a perfeita conclusão diagnóstica.

Anormalidades cutâneas benignas

1 – Pápulas peroladas (ou “papilas coronais”, ou também “pápulas penianas perláceas”) – são angiofibromas, pequenas formações exofíticas, de 1 a 2mm, bastante frequentes (20-30%), principalmente em jovens não circuncidados. Localizam-se, na maioria dos casos, no sulco balanoprepucial, e o principal diagnóstico diferencial é o condiloma acuminado. São assintomáticas e não necessitam de tratamento, exceto com objetivos estéticos (1, 2) (Figura-1).

2 – Pápulas de Fordyce – são anomalias das glândulas sebáceas que se manifestam como pequenos grânulos brancacentos localizados no corpo do pênis. Assintomáticos, também só necessitam de tratamento em casos estéticos, em que se pode utilizar cremes tópicos de retinoides, eletrocoagulação e laser CO2 (Figura-2).

3 – Vitiligo – trata-se de doença autoimune em que ocorre a hipocromia da pele de tamanho e forma variadas. Pode afetar o pênis e o escroto, assim como outras partes do corpo. O principal diagnóstico diferencial é com o líquen escleroso. O tratamento do vitiligo genital é empírico e a melhor forma de resolver a hipocromia é a ressecção cirúrgica do segmento atingido (postoplastia). Tratamento conservador, através de cremes cosméticos, corticoides tópicos e radiação UVB, também pode ser realizado (Figura-3).

4 – Nevos – são pápulas ou máculas hiperocrômicas, normalmente de cor marrom escura e forma bem delimitada e regular. Seus diagnósticos diferenciais são, principalmente, os melanomas, verrugas, queratose seborreica e carcinoma epidermoide. Na presença de dúvida, a biópsia da lesão está indicada, a fim de excluir doença maligna (Figura-4).

5 – Acanthose nigra – assintomática. Consiste no espessamento e hiperpigmentação da pele, relacionados a algumas doenças sistêmicas como o diabetes mellitus, obesidade, endocrinopatias, neoplasias e alguns fármacos, como niacina. Não requer tratamento (Figura-5).

BALANITE

Consiste em qualquer processo inflamatório que afeta a mucosa da glândula, independente de seu agente etiológico. Se o processo estende-se até o prepúcio, passa a denominar-se **balanopostite**. Gera edema e eritema das estruturas atingidas. Pode ser decorrente de agentes físicos como traumas repetidos e contato com substâncias irritativas e alergênicas, além de agentes infecciosos que estão

Figura 1



Figura 4



Figura 2



Figura 5



Figura 3



relacionados, geralmente, à umidade da região genital e higiene inadequada. Em alguns casos, o diagnóstico não é clínico, sendo necessária a histopatologia para fechar uma entidade etiológica, como as balanites de Zoon e xerótica.

1 – Balanite de Zoon – descrita em 1950 por Zoon, consiste em uma dermatite inflamatória crônica sem etiologia definida, que atinge a superfície interna do prepúcio e a glândula. Manifesta-se como placas eritematosas lisas e brilhantes (Figura-6) e a mais comumente, em homens de meia idade. O tratamento é a postectomia, já que, apesar de ser uma doença benigna, é necessário excluir lesão maligna como eritroplasia de Queyrat. No estudo histopatológico, é característico o infiltrado linfoplasmocitário ao nível da derme, que fecha o diagnóstico (3).

2 – Balanite xerótica – é a atrofia crônica da pele do prepúcio e da glândula, relacionada à falta de higiene e balanites de repetição por outros agentes. Também denominado **líquen escleroso atrófico**, manifesta-se por lesões atroficas apergaminhadas com rachaduras e fissuras que impedem a retração prepucial. (Figura-7) Ainda podem afetar o meato uretral e provocar estenose. O tratamento é cirúrgico com postectomia, principalmente pela sua relação com carcinoma

Figura 6



Figura 7



epidermóide; o histopatológico demonstra hiperqueratose e atrofia com vacuolização da membrana basal da derme, fechando o diagnóstico.

3 – Balanite por cândida – certamente a causa mais comum de balanite, cujo agente etiológico é a *Candida albicans*. Apresenta-se com hiperemia e edema da pele do prepúcio e glândula (Figura-8) ou com lesões puntiformes erosivas e ligeiramente descamativas, de coloração brancacenta, ambas com prurido intenso. Está associada a diabetes mellitus, fimose e higiene inadequada. O tratamento deve ser realizado com antifúngicos tópicos ou sistêmicos e orientações comportamentais (3).

LESÕES VASCULARES

Angiomas capilares e hemangiomas cavernosos – são lesões angiomasas formadas por neoplasia benigna de células angioblásticas. Encontram-se no pênis, glândula e escroto. Os angiomas capilares apresentam-se como manchas planas, cor de framboesa, mais comuns na infância e com regressão lenta e espontânea com o decorrer dos anos, sem sequelas em mais de 90% dos casos. Já os hemangiomas cavernosos também se apresentam nos primeiros anos de vida como lesões nodulares maiores, de cor violácea e azulada; todavia aumentam progressivamente e podem sangrar com pequenos

traumas locais (Figura-9). Vale ressaltar que, em alguns casos, há herança autossômica dominante envolvida. O tratamento com eletrocoagulação ou laser deve ser realizado em lesões grandes e que apresentam sangramento.

Angioqueratomas de Fordyce – consistem em lesões papulares azuladas e arroxeadas que trombosam, adotando

coloração negra (Figura-10). Localizam-se principalmente no escroto, são assintomáticas e só necessitam de tratamento quando provocam sangramento importante (4, 5). Nesses casos, a eletrocoagulação ou laser são boas opções terapêuticas.

Angioqueratomas de Fabry – são lesões bem similares às de Fordyce, porém de forma disseminada pelo corpo (Figura-11). Fazem parte de quadro clínico de uma doença sistêmica hereditária ligada ao cromossomo X, cujo defeito enzimático

Figura 8



Figura 9



Figura 10

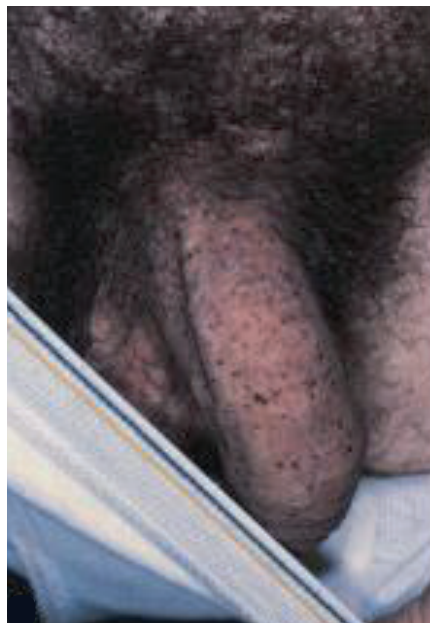


Figura 11



gera acúmulo de glicolipídeos nos vasos sanguíneos. O tratamento é específico para a doença, que é progressiva e comumente causa a morte do paciente por transtorno cardiovascular antes dos 50 anos.

Flebite de Mondor – comum em homens jovens com vida sexual ativa vigorosa, consiste num processo inflamatório agudo com lesão endotelial da veia dorsal superficial do pênis. Clinicamente, manifesta-se com sinais flogísticos locais associados ao endurecimento do trajeto da veia (Figura-12). A resolução ocorre espontaneamente em poucas semanas e anti-inflamatórios e calor local podem amenizar os sintomas.

Flebectasias adquiridas da glândula – também denominados **lagos venosos**, similares aos hemangiomas cavernosos, consistem em pequenos nódulos azulados assintomáticos que se atenuam com a digitopressão e aumentam com a ereção. A excisão cirúrgica ou eletrocauterização deve ser realizada apenas com objetivo de resolver problemas estéticos.

Lesões linfáticas – decorrem da deficiência da drenagem linfática genital, provocando linfedema (Figura-13). Podem ser congênitas ou adquiridas, como em casos de filariose, radioterapia pélvica ou procedimentos cirúrgicos como linfadenectomias. O tratamento geralmente é conservador, salvo naqueles casos em que há comprometimento da função do erétil, bem como motivos estéticos.

LESÕES INFLAMATÓRIAS

As lesões inflamatórias genitais se dividem em dermatites atópicas e líquen plano.

• Dermatites atópicas

Resposta inflamatória da pele a contato direto de substâncias irritantes ou alérgicas, após exposição repetida e sensibilização. São lesões eczematosas pruriginosas, podendo evoluir com bolhas e necrose da derme (Figura-14). Produtos de higiene, preservativos, espermicidas, medicamentos tópicos e roupas são exemplos de agentes desencadeadores. O tratamento consiste em cessar o contato, no uso de corticoides tópicos e anti-histamínicos.

• Líquen plano

É uma doença inflamatória e pruriginosa da pele. Afeta a região flexora dos membros, tronco, mucosa oral e glândula, sendo a glândula comprometida em até 25% dos homens. Pápulas violáceas (Figura-15), reticulares (Figura-16) ou anelares, pruriginosas, que podem ulcerar, fazem parte do quadro clínico da doença. A etiologia é desconhecida, porém a associação com captopril, beta-

Figura 12



Figura 13



Figura 14



Figura 15**Figura 16**

-bloqueadores e hepatite C são relatadas. O diagnóstico normalmente é clínico, mas, quando ulcerado, deve ser biopsiado para confirmação histopatológica. O tratamento é à base de corticoide tópico para alívio sintomático. Resolução espontânea em tempo variável é o esperado.

FARMACODERMIAS

São as dermatoses causadas por fármacos de forma direta ou indireta, independentemente da via de adminis-

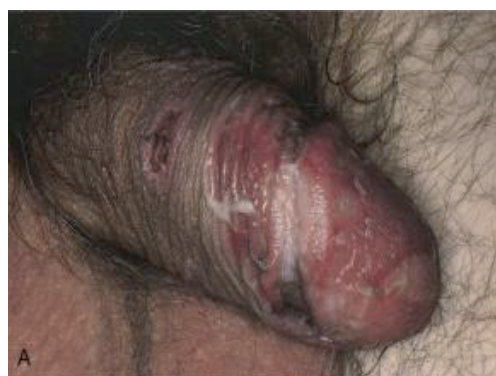
tração. Pode acometer qualquer parte do corpo, inclusive a região genital. As lesões podem aparecer imediatamente até algumas semanas após administração de fármacos. As formas de manifestação são múltiplas: erupções exantemáticas pruriginosas, vesículas, bolhas e erosões dolorosas (Figuras 17 e 18). O tratamento consiste na identificação e interrupção do fármaco e sem evitar infecções secundárias.

LESÕES AUTOIMUNES

Representadas por lesões autoimunes genitais ou doenças autoimunes com manifestações genitais.

• Behçet

Consiste em úlceras recidivantes orais, genitais e acometimento ocular em pacientes jovens. São profundas e

Figura 17**Figura 18**

dolorosas, que se resolvem em duas a três semanas, deixando cicatrizes (Figura-19). A lesão urogenital não cutânea mais frequente é a epididimite. O tratamento feito com corticóide tópico.

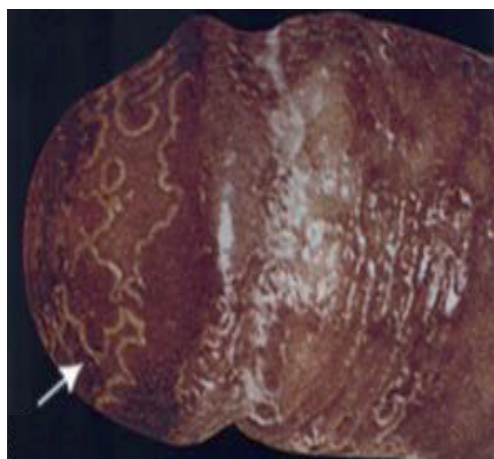
• Reiter

Artrite reativa que aparece como complicação de uma infecção urogenital ou intestinal, caracterizada pela tríade artrite, uveíte e uretrite. As lesões genitais que afetam a glândula, na forma de vesículas indolores, podem se romper, formando crostas, o que se conhece como **balanite circinada** (Figura-20). O tratamento das lesões cutâneas genitais é feito com base nos sintomas apresentados.

Figura 19



Figura 20



• Psoríase

Doença cutânea sistêmica que afeta até 1% da população mundial. Consiste em placas eritematosas e descamativas em couro cabeludo, mãos e cotovelos, podendo também acometer a região genital (Figura-21) com períodos de exacerbação e remissão bastante influenciados pelo estresse. O tratamento é feito com corticoides tópicos.

LESÕES PARASITÁRIAS

• Escabiose

O agente etiológico é o *Sarcoptes scabiei*. Possui transmissão direta ou indireta e o prurido intenso com exacerbação noturna é o sintoma clínico mais importante (6-7). O tratamento é realizado com permetrina 5%, benzoato de benzila e ivermectina (Figura-22).

Figura 21



Figura 22



• Pediculose

Causada pelo *Phthirus púbis*, caracteriza-se por prurido intenso e pápulas (8) (Figura-23). O tratamento pode ser tópico, com permetrina 5% e benzoato de benzila.

INFECÇÕES GENITAIS

• **Não sexuais:** foliculite, furunculose, hidradenite, erisipela, celulite e Gangrena de Fournier (Figura-24), sendo esta uma infecção grave do tecido subcutâneo genital, com mortalidade de até 20% e as seguintes características:

- geralmente polimicrobiana;
- associada frequentemente a DM, alcoolismo, fístulas uretrais, abscessos perianais, procedimentos cirúrgicos;
- tratamento com antibióticos de largo espectro, suporte clínico e desbridamento cirúrgico.

• **Sexuais:** Apresentação clínica bastante variada e tratamento de acordo com o agente etiológico, de acordo com a tabela 1 (9-11).

LESÕES TUMORAIS

As lesões tumorais genitais mais frequentes são classificadas de acordo com a tabela 1.

• Tumores intraepiteliais

- Eritroplasia de Queyrat e Doença de Bowen

São carcinomas *in situ* do epitélio escamoso. Mais comuns em homens dos 20 aos 60 anos, não circuncidados. A lesão se apresenta em forma de placa bem delimitada, vermelha brilhante e aveludada, podendo ser única ou múltipla, geralmente localizada no pênis, no caso da Eritroplasia de Queyrat (Figura-26) e no períneo, no caso

Figura 23

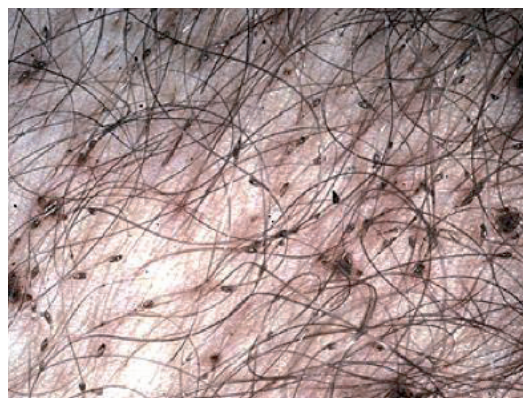


Figura 24



Tabela 1

Benignos	Potencialmente malignos	Tumores intraepiteliais	Tumores infiltrantes
Queratose seborreica Pólipo fibroepitelial	Condiloma acuminado Líquen escleroatrófico	Eritroplasia de Queyrat Doença de Bowen	Carcinoma escamoso Carcinoma verrucoso
Lipogranuloma esclerosante	Corno cutâneo	Papulose Bowenoide	Carcinoma basocelular
Xantoma verruciforme	Balanite micácea		Doença de Paget do pênis
Xantogranuloma juvenil	Leucoplasias		Melanoma
Cistos da rafe mediana			

da Doença de Bowen (12) (Figura-27). Relacionado com infecção por HPV, principalmente subtipos 16 e 18. O diagnóstico é feito através de biópsia. Lesão que ultrapassa a camada epidérmica é considerada carcinoma escamoso invasivo. O tratamento é feito através de ressecção local com margem 5mm ou crioterapia.

• Tumores infiltrantes

São tumores que ultrapassam a epiderme.

- Carcinoma epidermoide

Responde por menos de 1% das neoplasias malignas do homem em países desenvolvidos; porém, pode chegar a 20% em determinadas regiões da África e Oriente Médio. Normalmente acomete homens com mais de 50

anos. Má-higiene, HPV, fimose e infecção de repetição são fatores de risco. O crescimento é local e raramente ocorre metástase hematogênica. Linfonodopatia inguinal por resposta inflamatória ou disseminação linfática pode estar presente. O diagnóstico é feito através de biópsia da lesão e o tratamento de escolha é a exérese cirúrgica, dependendo da localização e extensão da doença (13-15) (Figura-27).

- Carcinoma verrugoso

Também chamado de **condiloma gigante** ou **tumor de Buschke-Lowenstein**. É um tipo de carcinoma epidermoide de crescimento lento, agressivo localmente e pouco infiltrante, com melhor prognóstico. Localização preferencial em glândula ou sulco balanoprepucial, formando uma grande massa exofítica, verrucosa e vegetante

Figura 25



Figura 26



Figura 27



Figura 28



(Figura-28). O diagnóstico é através de biópsia e o tratamento é a ressecção cirúrgica (16).

- Carcinoma basocelular

É a neoplasia mais frequente da espécie humana. Relacionado à exposição solar, por isso é raro na região genital. Apresenta-se como úlcera genital (Figura-29) de crescimento lento. O diagnóstico é feito por biópsia e tratamento com exérese da lesão (13).

Figura 29



- Melanoma

Neoplasia rara na região genital. Torna-se suspeita em lesão hiperpigmentada de rápido crescimento, podendo

ulcerar (Figura-30). Sua localização mais frequente é na glândula e apresenta metástase de forma rápida, com prognóstico dependente do diagnóstico precoce. O tratamento é amputação peniana, com linfadenectomia ilioinguinal na eventualidade de os linfonodos estarem acometidos (14, 15).

Figura 30



CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Tanenbaum MH, Becker SW. Papillae of the corona of the glans penis. J Urol. 1965;93:391-5.
2. Sufrn an Hubern, 1991. Sufrin G, Huben R: Benign and malignant lesions of the penis. In: Gillenwater JY, ed. Adult and Pediatric Urology, 2nd ed. Chicago: year Book; 1991: 1997-2042.
3. Edwards SK; European Branch of the International Union against Sexually Transmitted Infection and the European Office of the World Health Organization. European guideline for the management of balanoposthitis. Int J STD AIDS. 2001;12(Suppl3):68-72.
4. Vilata Corell JJ. Dermatoses de la región genital. In: Jiménez Cruz Jf y Rioja Sanz LA, eds. Tratado de Urología. Barcelona: JR Prous Editores, 1993: 553-573. Tomo I.
5. Peyn'Rey E, Álvarez- Vijande R. Amango Toro O. Enfermedades cutáneas del aparato genital masculino. Tema monográfico LXI Congreso Nacional de Urología. Maio 1996. Madrid: 9 ed., 1996: 17-246.
6. Vorou R, Remoudaki HD, Maltezou HC. Nosocomial scabies. J Hosp Infect. 2007;65:9-14.
7. Chosidow O. Clinical practices. Scabies. N Engl J Med. 2006;354:1718-27.

8. Wendel K, Rompalo A. Scabies and pediculosis pubis: an update of treatment regimens and general review. *Clin Infect Dis.* 2002;35(Suppl 2):S146-51.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis - DST. 4. ed. 2006.
10. World Health Organization – Sexually Transmitted Diseases: Policies and principles for prevention and care. WHO/UNAIDS, 1997.
11. Kapiga SH, Vuylsteke B, Lyamuya EF, Dallabetta G, Laga M. Evaluation of sexually transmitted diseases diagnostic algorithms among family planning clients in Dar es Salaam, Tanzania. *Sex Transm Infect.* 1998;74 (Suppl 1):S132-8.
12. Aragona F, Serretta V, Marconi A, Spinelli C, Arganini M. Queyrat's erythroplasia of the prepuce: a case-report. *Acta Chir Belg.* 1985;85:303-4.
13. Lynch BF, Pettaway CA. Tumor of penis. In Wash PC, Retik AB, Vaughan Jr ED, Wein AJ, Kavoussi LR, Novic AC et al. *Campbell's Urology* 8 ed. Philadelphia , Saunders, 2002: 2945-82.
14. Agrawal A, Pai D, Ananthakrishnan N, Smile SR, Ratnakar C. The histological extent of the local spread of carcinoma of the penis and its therapeutic implications. *BJU Int.* 2000;85:299-301.
15. Cabanas RM. An approach for the treatment of penile carcinoma. *Cancer.* 1977;39:456-66.
16. Antony FC, Ardern-Jones M, Evans AV, Rosenbaum T, Russell-Jones R. Giant condyloma of Buschke-Loewenstein in association with erythroderma. *Clin Exp Dermatol.* 2003;28:46-9.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Dr. Marco Dionisio
 Serviço de Urologia
 HUPE- Hospital Universitário Pedro Ernesto,
 Rio de Janeiro, RJ, Brasil
 Email: dionisio.marco@gmail.com



Estenose da junção pieloureteral em ectopia renal cruzada

Felipe Reis Delgado (1), Octavio Henrique Arcos Campos (2), Luis Mello (3), Beatriz Cabral (4), Samuel Saiovici (3)

(1) Hospital Nossa Senhora de Lourdes, São Paulo, SP, Brasil; (2) Hospital Servidor Público Municipal, São Paulo, SP, Brasil; (3) Escola Paulista de Medicina, São Paulo, SP, Brasil; (4) Urologia Pediátrica, Hospital Municipal Infantil Menino Jesus, São Paulo, SP, Brasil

INTRODUÇÃO

Ectopia renal cruzada com fusão é decorrente de anormalidade do desenvolvimento e migração do broto ureteral e do blastema metanéfrico entre a quarta e oitava semana de gestação (3). A incidência de ectopia renal cruzada varia de 1:1300 a 1:7600 (1), com pequeno predomínio para o sexo masculino 3:2 (2), sendo mais comum a ectopia da esquerda para direita (3). Esta anormalidade está mais frequentemente associada a refluxo vesicoureteral, nefrolitíase e infecção do trato urinário (ITU) (3,5).

Apresentamos um caso deestenose da junção pieloureteral em ectopia renal cruzada, quadro raro devido a concomitância de anormalidade de rotação e migração com obstrução do sistema coletor.

APRESENTAÇÃO DO CASO

Recém nato (RN) de termo, 08 dias de vida, foi encaminhado ao Urologista Pediátrico por alteração da Ultrassonografia ante natal. Clinicamente apresentava micções normais, sem evidências de infecção do trato urinário.

Ao exame físico, evidenciou-se bom estado geral, sem massas abdominais palpáveis e genitália masculina sem alterações. A ultrassonografia ante natal foi avaliada na época com a presença de cisto no rim direito e ausência do rim esquerdo.

Na reavaliação por método de imagem da criança, foi constatado aumento da dimensão renal à direita (12,1 cm) com imagem cística na topografia do polo inferior de 4,7 x 3,6 cm e rim esquerdo não visibilizado. A função renal era normal e exames laboratoriais sem alterações.

Para obtenção de imagem mais detalhada da anomalia, foi realizado exame contrastado endo venoso (urografia excretora), que evidenciou ectopia renal cruzada à esquerda com estenose da junção pieloureteral da unidade ectópica (figuras 01 e 02).

A cintilografia renal com DMSA demonstrou 32% de função da unidade ectópica e 68% na unidade tópica e a uretrocistografia miccional não demonstrou alteração vesical ou refluxo vesico ureteral. Ocorreu infecção urinária clinicamente comprovada após a realização do último exame relatado.

Devido ao grau de dilatação apresentado à urografia excretora e a alteração da função da unidade ectópica evidenciada na cintilografia, optou-se pela correção cirúrgica da obstrução.

Através de incisão de Pfannenstiel ampliada e abordagem extra peritoneal, com mobilização vesical e identificação dos 2 ureteres, seguindo o ureter esquerdo em direção ao flanco direito, identificou-se estenose da junção pieloureteral e grande dilatação piélica da unidade ectópica. Realizados ressecção parcial da pelve e do segmento estenótico ureteral e pieloplastia por desmembramento com ampla anastomose oblíqua pieloureteral e implante de cateter duplo J.

O menor apresentou boa evolução pós operatória em vigência de antibiótico profilaxia, recebeu alta no terceiro dia pós operatório, retornando ao serviço 40 dias após, para retirada do cateter duplo J.

Na urografia excretora de controle pós tratamento (Figura 03) foi visibilizado resolução do quadro obstrutivo caracterizado pela redução da dilatação piélica e calicial, além de progressão do contraste no ureter da unidade ectópica.

Figura 1 - Urografia excretora 90 minutos - pré tratamento.



Figura 2 - Urografia excretora 180 minutos - pré tratamento.



Figura 3 - Urografia excretora pós tratamento.



DISCUSSÃO

Na ectopia renal cruzada, um rim atravessa a linha média para o lado oposto caracterizando um vício de migração do broto ureteral. Os rins são fundidos em 85 a 90% dos casos (1). Geralmente o rim ectópico ocupa uma posição mais baixa do que o rim típico e o polo superior do rim ectópico é fundido ao polo inferior da unidade típica (2).

A incidência de ectopia renal cruzada varia de 1:1300 a 1:7600 (1), com pequeno predomínio para o sexo masculino 3:2 (2), sendo mais comum a ectopia da esquerda para direita. (3). Mais da metade dos pacientes com ectopia renal cruzada apresentam outras anormalidades congênitas incluindo urogenital, gastrointestinal, cardiopulmonar, esquelética, neurológica e desordens cromossômicas (4). No caso em questão não encontramos anormalidades de outros sistemas.

Os sintomas mais comuns são: dor, disúria, polaciúria, hematúria e massa palpável (1). Esta anormalidade está associada a ITU, nefrolitíase, tumores uroteliais e refluxo vesicoureteral (3,5), sendo raro a concomitância com estenose da junção pieloureteral, como no caso descrito.

A urografia excretora fornece informação importante sobre o diagnóstico e anatomia do sistema coletor. (2) Atualmente a tomografia computadorizada e a ressonância nuclear magnética ocupam papel importante em relação a anatomia do parênquima renal, sistema coletor, suprimento arterial, drenagem venosa, e no rastreamento de cálculo, hidronefrose e massas (6).

O tratamento cirúrgico é indicado apenas no caso de sintomas ou deterioração do trato urinário superior, mais comumente relacionado a nefrolitíase e refluxo vesicoureteral (3). No caso relatado a intervenção foi indicada devido a alteração da função renal da unidade ectópica secundária a estenose da junção pieloureteral.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos a declarar.

REFERÊNCIAS

1. Hertz M, Rubinstein ZJ, Shahin N et al: Crossed renal ectopia: clinical and radiological findings in 22 cases. Clin Radiol 1977; 28: 339.
2. Abeshouse BS and Bhisitkul I: Crossed renal ectopia with and without fusion. Urol Int 1959; 9: 63.
3. Solanki S, Bhatnagar V, Gupta AK et al: Crossed fused renal ectopia: challenges in diagnosis and management. J Indian Assoc Pediatr Surg 2013; 18: 7.
4. Glodny B, Petersen J, Hofmann KJ et al: Kidney fusion anomalies revisited: clinical and radiological analysis of 209 cases of crossed fused ectopia and horseshoe kidney. BJU Int 2009; 103: 224.
5. Patel TV and Singh AK: Crossed fused ectopia of the kidneys. Kidney Int 2008; 73: 662.
6. Turkvatan A, Olcer T and Cumhur T: Multidetector CT urography of renal fusion anomalies. Diagn Interv Radiol 2009; 15: 127.

AUTOR CORRESPONDENTE:

Samuel Saiovicci

Chefe do Serviço de Urologia
Pediatría do Hospital Municipal
Infantil Menino Jesus - SP
Email: saiovicci@terra.com.br