

Urologia Brasileira no SUS Considerações



ÍNDICE

INTRODUÇÃO

ENTIDADES PRESTADORAS DE SERVIÇO AO SUS

O MÉDICO UROLOGISTA NO SUS

O PACIENTE UROLÓGICO DO SUS

DEMANDAS ESPECÍFICAS

DOCUMENTOS ENCAMINHADOS AO LONGO DE 2008

CONCLUSÃO E SUGESTÕES DA SBU

Excelentíssimo Senhor

Dr. José Gomes Temporão

Ministro de Estado da Saúde do Brasil,

Prezado Senhor Ministro,

Com o intuito de promover a saúde, melhorar as condições de vida da população brasileira e contribuir com a gestão da saúde pública em nosso país, encaminhamos a Vossa Excelência, dados sobre a situação do atendimento urológico aos pacientes conveniados ao SUS e propostas para melhorar estas condições. Lembrando trecho do seu discurso onde é citado “ O SUS é uma política de estado, portanto, suprapartidária. Entretanto, cabe aos governos, na dependência de sua capacidade e compromisso, desenvolver políticas que permitam aperfeiçoá-lo, qualificá-lo, aproximando-o ou não do ideário reformista”. Com este mesmo espírito construtivo nos reportamos a vossa excelência neste documento síntese.

Estas sugestões seguem as diretrizes da Sociedade Brasileira de Urologia e também fruto de Fóruns de Políticas Públicas voltados para a Saúde do Homem brasileiro. Esperamos contribuir para a construção de um serviço público de saúde que realmente contemple a eficiência, universalidade e resolutividade, itens fundamentais para preservar a dignidade e bem estar do ser humano.

INTRODUÇÃO

A Sociedade Brasileira de Urologia é uma entidade privada sem fins lucrativos, fundada há 82 anos no Rio de Janeiro e que aglutina 95% dos urologistas brasileiros. Hoje com quase quatro mil associados, A SBU tem também a responsabilidade de fiscalizar e disciplinar as residências em urologia do País, assim como conceder o título de especialista em Urologia. Tem também por missão o incentivo e suporte da boa prática urológica no país, oferecendo ao seu associado (médico urologista), ampla gama de projetos de educação continuada em todo território nacional. Quando assumimos a gestão da SBU estivemos com vossa excelência no dia 24 de janeiro de 2008. Nessa ocasião iniciamos imediatamente pleitos importantes no sentido de buscar transpor dificuldades e barreiras no âmbito da assistência urológica no SUS. Assim incentivamos a política de Saúde do Homem junto ao Ministério da Saúde, a política de implementação da vasectomia como forma de consolidar o planejamento familiar, a mudança de portarias que pudessem reverter a atual exclusão do urologista ao ter sua prescrição de análogos não validada no âmbito hospitalar. No universo da tabela da urologia no SUS também iniciamos um diálogo com técnicos do próprio Ministério da Saúde, quando foram efetuadas 3(três) reuniões ao longo de 2008. Até o presente momento não temos uma ação concreta que sinalize a solução dessa gama de deficiências.

Enquanto a mulher brasileira conquista avanços na Sociedade Brasileira ganhando dignidade, superando preconceitos, disputando com isonomia diferentes funções e adquirindo igualdade de condições com os homens, observamos que esta capacidade de organização e busca pelos seus direitos levou as autoridades governamentais a desenvolver políticas públicas de saúde voltadas para o gênero feminino. Esses programas de assistência a mulher têm evoluído e aprimorado no âmbito do SUS.

O fato mais marcante foi a criação, em janeiro de 2003, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres pela Presidência da República. Com status de Ministério, coroou os esforços acumulados e a capacidade de organização das mesmas além de servir de estímulo para o aperfeiçoamento e melhorias nos diferentes aspectos da vida e campos de atuação das mulheres.

As mulheres aceitaram abertamente discutir e apresentar as suas vulnerabilidades, como por exemplo, o câncer de mama, enquanto o homem continua considerando-se indestrutível e isento de qualquer possibilidade de doenças. Agindo desta maneira, a mulher conquistou sinergia positiva entre a Sociedade e as instituições governamentais que buscaram resolutividade dos problemas através de inúmeros programas de conscientização das principais moléstias que atingem a população feminina.

Os homens, por sua vez, continuam “ignorantes” em relação à sua saúde e ao se ausentarem deste assunto distanciam também das soluções de seus principais agravos. No território da saúde do Homem e nos agravos ao gênero masculino a falta de sinergismo entre instituições pode gerar muitas vezes prejuízo social desnecessário com informações desencontradas e sem base científica.

Entretanto, não é somente na idade adulta que faltam políticas adequadas para a saúde do homem. Programas na infância e adolescência poderiam prevenir infertilidade e câncer de testículo, que são muito mais freqüentes em pacientes portadores de criptorquidia.

Na adolescência, a educação sexual é a melhor e mais efetiva ferramenta para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada.

No homem adulto, existem pelo menos quatro situações importantes que devem ser analisadas e criadas ações específicas para propiciar melhor qualidade de vida: Planejamento Familiar, Sexualidade, Próstata (Câncer e HBP) e Câncer de Pênis.

Finalmente chegamos ao homem idoso e este deve ser a ponta do iceberg que deve corroer a precária situação do financiamento das políticas públicas de saúde no Brasil. Estima-se que nos próximos 20 anos teremos 30 milhões de brasileiros com idade acima dos 60 anos e deste fato devemos nos preparar com políticas que contemplem o homem idoso. A incontinência urinária é uma das situações que mais afetam a qualidade de vida e o bem estar do idoso. Ações programáticas voltadas aos homens na faixa dos 40 a 50 anos de idade podem evitar problemas e gastos desnecessários para o país. Em todos estes aspectos a assistência urológica pode ajudar.

DIVERSIDADE DE ENTIDADES QUE PRESTAM SERVIÇO AO SUS

O SUS (Sistema Único de Saúde) foi criado com fundamentos consolidados eticamente na equidade, universalidade, beneficência, modernidade e resolutividade. Portanto teoricamente pleno, íntegro e eticamente correto. Em função de gerenciamento, orçamento, hierarquização e essencialmente níveis de gestão, a realidade não tem contemplado todas as frentes incorporadas pelo SUS.

Assim diferentes entidades compõem o universo de prestadores de serviço ao SUS, como: Santas Casas, Instituições conveniadas, Hospitais universitários e outros. As Instituições universitárias têm na grande maioria do seu corpo clínico médicos urologistas e de outras especialidades concursados e acadêmicos de carreira que mantêm seu elo prioritariamente com a instituição acadêmica. Porém trabalham de forma assistencial em unidade do SUS e com pacientes do SUS. Para esses profissionais não existe remuneração específica por procedimento em função de um salário e carga horária determinada em contrato de trabalho. Existe um grande contingente de pacientes do SUS atendidos e tratados em Hospitais escola nas diversas regiões do Brasil.

O UROLOGISTA NO SUS

Especialidade ampla, cuja atribuição abarca crianças, jovens, adultos, idosos, homens e mulheres. Os agravos à saúde e vinculadas ao trato urinário masculino e feminino, além de doenças genitais masculinas que apresentam grande prevalência na saúde pública e encontra na especialidade urológica a base e estrutura para diagnosticar e tratar essas enfermidades. O conceito moderno de invasão mínima e vinculado ao armamentarium tecnológico tornou-se um dos pilares que norteiam a atividade urológica no mundo. Os tumores de próstata, as dificuldades para urinar do idoso e infecção urinária são algumas dessas entidades dentre tantas outras. A própria Saúde do Homem encontra na urologia sua maior interface, pois a urologia acompanha e trata as enfermidades próprias do gênero masculino, como as doenças genitais, as disfunções sexuais e infertilidade. Diante dessa realidade não encontramos no SUS a estrutura e incentivo

para que o urologista possa exercer a plena, ampla e moderna prática urológica em função da inexistência de equipamentos, dificuldade de recuperação dos aparelhos danificados e uma demanda que não oferece a justa e eficaz resolução dos problemas apresentados. Os mesmos se avolumam dia a dia. Portanto as condições de trabalho para o Urologista desempenhar sua plena atribuição no SUS DEVE SER APRIMORADA. Sem medo de errar a tabela de honorários urológicos do SUS É SEM DÚVIDA UMA DAS MAIS DEFAZADAS E INJUSTAS PARA COM O PROFISSIONAL. É CLARO QUE ISSO CRIA TAMBÉM DESESTÍMULO E INFLUENCIA A RESOLUTIVIDADE NO SUS. Exame Urodinâmico remunera em R\$ 7 (sete reais), um exame que demanda conhecimento e às vezes horas na sua execução. A dificuldade de realizar biópsia prostática no sistema público é universal. Isso reflete na demora do diagnóstico e diretamente influencia o estadio da doença na ocasião do tratamento. Prioritariamente Desejamos ser a voz e a defesa desse paciente humilde, tolerante, pacífico usuário do SUS e que representa 80% da população brasileira. Senhor Ministro, nossa consciência clama por apoio e sensibilidade para a causa urológica.

PACIENTE UROLÓGICO DO SUS

Alvo de toda atenção e universalidade de proteção do SUS. Os Pacientes que utilizam o Sistema Público de Saúde ainda não usufruem da modernidade e avanços da medicina na questão, por exemplo: Do cálculo urinário, pois a grande maioria se submete a cirurgia aberta para remoção de cálculos quando temos tecnologia para realizar o procedimento via endoscópica, com menor tempo de recuperação, menor trauma e sofrimento. As filas de espera para cirurgia eletiva e exames contam com uma legião de pacientes aguardando a tão esperada resolução do seu problema, diante da demanda cada vez maior que reflete um tempo de espera angustiante e sofrido. Muitos pacientes urológicos mantêm há meses e até anos, uma sonda vesical de demora atrelada ao seu corpo à espera de uma cirurgia prostática. O paciente do SUS dentro do princípio ético que fundamenta a assistência na Saúde pública brasileira merece os avanços e conquistas dentro das especialidades. Sabemos que todo esse arsenal envolve investimento e prioridades,

porém a prática urológica no Sistema Público está extremamente defasada. Relatamos, Senhor Ministro, alguns exemplos colhidos nas seccionais da nossa Sociedade nos estados da Federação e que representam um espelho da realidade em todo o território nacional.

MATO GROSSO

Segundo informações fornecidas pela seccional da SBU no Estado do Mato Grosso, através do seu presidente Dr. José Alberto, o atendimento aos pacientes através do SUS é realizado no Hospital escola Júlio Muller. Há outros hospitais privados credenciados ao SUS, só que nestes o atendimento se faz de forma inconstante.

Há uma fila de espera de 97 pacientes urológicos para tratamento cirúrgico, destes 11 são portadores de HPB e 11 de neoplasia maligna de próstata.

Somente o Hospital universitário possui equipamentos urológicos, mesmo assim falta ureterorenoscópio e nefroscópio. Nos demais hospitais privados credenciados ao SUS o material é todo dos urologistas, inclusive caixa para Prostatectomia a céu aberto.

O tempo de espera para atendimento urológico varia de 90 a 180 dias.

TOCANTINS

Atendimento em um único ambulatório.

Serviços secundários e terciários urológicos são geridos pelo Estado do Tocantins, apesar da gestão plena dos municípios do estado.

O atendimento ao SUS é realizado no Hospital Geral de Palmas (HGP), onde há falta de leitos de UTI e poucas salas cirúrgicas (total de 4), sendo 1 para cirurgias cardíacas, 1 para cirurgias ortopédicas, 1 para urgências e 1 para as demais especialidades (inclusive a urologia), é o que informa o Presidente da SBU-seccional Tocantins, o Dr. Giovanni Montinni Sandoval.

Apesar do HGP possuir os instrumentais básicos urológicos, há falta de Sorbitol, Sonda de Dormiá, Cateter duplo J e fio guia, o que dificulta a realização de procedimentos endoscópicos.

Há algo em torno de 30 pacientes aguardando tratamento urológico.

O HGP possui um corpo de 8 urologistas e a rede municipal conta com 10 urologistas que realizam

ALAGOAS

Noventa por cento da população do estado dependem do SUS. O atendimento dos pacientes se faz em 3 serviços: um serviço universitário, uma fundação hospitalar e 1 serviço privado credenciado ao SUS.

Vinte e cinco urologistas estão conveniados ao SUS; no entanto, estes estão em greve por melhores condições de trabalho e salários desde Agosto de 2008.

Há disponibilidade de materiais para tratamento endoscópico da via urinária baixa; faltam materiais para tratamento endoscópico da via urinária alta, bem como para tratamento laparoscópico.

O tempo de espera para tratamento cirúrgico da próstata gira em torno de 4 meses; incluem-se nessa fila pacientes com neoplasia maligna da próstata e bexiga.

Pacientes com Sonda Vesical de Demora podem ter que esperar até 1 ano para tratamento cirúrgico. Some-se a este quadro uma ineficiência dos exames complementares; por vezes é necessário o custeio pessoal para realização de biópsia de próstata, é o que relata o Dr. Rogério César Correia Bernardo, presidente da SBU-seccional Alagoas.

PARÁ

Possui dois Hospitais Universitários: O Hospital Barros Barreto que realiza em média 15 procedimento urológicos por semana (LECO, ureterolitotripsia, prostatectomia aberta, RTU e

pequenos procedimentos) contando com uma fila de espera de quatro a cinco meses para tratamento de cálculos renais > de 2 cm e próstata (RTU e abertas > 80 gr). O Hospital Offir Loyola com residência médica em urologia faz atendimento regular com uma média de 15 a 20 cirurgias por semana, está com atendimento para o Ca de Pênis e Bexiga com uma espera de pequeno volume porém para os demais procedimentos: calculo renal, próstata (HPB) e prostatectomia radical existe uma grande espera de três a quatro meses com vários paciente sondados aguardando internação para tratamento.

Os dois Hospitais Públicos: Hospital de Clínicas Gaspar Viana e Hospital da Santa Casa de Belém com uma atendimento urológico sofrível por não possuir material especializado urológico o que resulta somente em tratamentos de pequena complexidade.

Na rede privada é que encontramos a maior fila de espera. São aproximadamente 800 GIHs distribuídas pelos diversos Hospitais particulares aguardando internação para tratamento urológico, a grande maioria com sonda vesical por aumento prostático, cálculos renais e ureterais, estenoses de uretra com cistostomias além das fimoses, orquidopexias e varicoceles que aguardam por meses o devido tratamento muitas delas já com guias defasadas inclusive na nomenclatura do procedimento.

Os colegas queixam-se em primeiro lugar da falta de equipamentos endoscópicos nos Hospitais, material descartável para a realização dos procedimentos, a baixa remuneração pelos tratamentos realizados (pacotes que incluem um pequeno quinhão aos diversos integrantes da equipe cirúrgica) uso do próprio material endoscópico quando desejam realizar um determinado procedimento e o repasse feito pela prefeitura com uma demora de até cinco meses.

Todos estes fatores mencionados estão inviabilizando o tratamento urológico pelo SUS no estado do Pará. Um estado com poucos urologistas interessados nestes atendimentos.

MARANHÃO

Presidente da Seccional SBU: Dr. Antonio de Pádua

IMPERATRIZ: 50% do trabalho é assistência SUS, com contrato direto com o Gestor de Saúde Municipal. O restante se divide em PARTICULARES e CONVÊNIOS da Saúde Suplementar.

SÃO LUIS: 70% do atendimento é feito em 6 grandes Hospital da capital. Sedo 4 com atendimento eletivo e 2 Pronto Socorros Municipais.

HOSPITAIS ELETIVOS:

Hospital Universitário Presidente Dutra, desenvolve atividades de assistencialismo e ensino da Universidade Federal do Maranhão e da Residência Médica em Urologia. Possui 9 UROLOGISTAS e 6 Residentes (2 R1, 2 R2, 2 R3). Conta com equipamento de alta complexidade em urologia com PERCUTÂNEA, LECO (Dornié Plus), TRANSPLANTE Renal, URETEROSCOPIA Rígida, LAPAROSCOPIA em Urologia, Ambulatório com Vídeo Cistoscopia e outros adjuvantes à assistência urológica ambulatorial. A REMUNERAÇÃO dos Urologista se faz APENAS pelos salários de UFMA (Professores), Estado (médicos do Estado) e INAMPS (antigo), além de contrato pela Fundação Josué Montelo (Contrato de prestação de Serviço para autônomos). Não há PRODUTIVIDADE sobre os procedimentos realizados.

- 1- Hospital Tarquínio Lopes Filho (Geral), dirigido pelo Governo do Estado, há 4 Urologista que desempenham suas funções sob contrato de prestação de serviço e por um percentual discreto sobre a produtividade (Tabela SUS). Não há equipamento de endourologia.
- 2- Hospital Aldenora da Bello da Fundação Antonio Jorge Dino (Hospital do Câncer), exclusivo para tratamento do câncer no Estado, sendo classificado como CACON I, possui 4 Urologistas que trabalham sob regime de contratação de serviço com vínculo empregatício e PRODUÇÃO do SUS (Tipo – 7). Há APENAS equipamento de RTU e CISTOSCOPIA.

HOSPITAIS MUNICIPAIS

1- SOCORRÃO I e II. Caso um com 5 Urologistas concursados pelo Município de São Luis, trabalhando em regime de 24 horas semanais e percebendo um salário de R\$2.400,00.

Não há dados sobre filas de atendimento em Imperatriz, mas em média, em se tratando de HBP um paciente permanece na “fila” de atendimento após ter sido avaliado por um Urologista por 3 meses.

Em São Luis a fila de atendimento para marcação de consulta encontra-se com demora de aproximadamente 3 meses e FILA para marcação de operação de HBP de 6 meses, ou seja, 6 meses “COM SONDA”. Não há ambulatório que referenciem o paciente Urológico, ou seja, não Centro de Referência em Urologia. Há locais destinados a tratar determinadas doenças como o câncer de próstata (Hospital Universitário e Aldenora Bello), Litíase urinária (ENDUROLOGIA), Hospital Universitário. Não há programa de Planejamento familiar com participação do Urologista que possa realizar VASECTOMIA de maneira programada e segura. 1- Toda a assistência Urológica no Estado é feita de maneira PESSOAL e dependente da Instituição UFMA (Interesse científico). Não há Política Pública que determine no Sistema SUS locais referenciados de atendimento. Os ganhos financeiros são baixos, pois são praticados pela produtividade SUS (Tipo 7) ou contrato de prestação de serviço que giram em torno de R\$1.200,00 a R\$2.000,00.

RIO GRANDE DO SUL

Dados referentes ao Hospital Nossa Senhora da Conceição e Hospital de Clínicas de Porto Alegre – RS.

HNSC número de cirurgias por HPB mensais: 10

número de pacientes que aguardam para operar: 98

tempo de espera entre consulta e cirurgia: 4 a 5 meses

número de pacientes com sonda aguardando cirurgia: 20 a 30% (estimativa)

HCPA número de cirurgias por HPB mensais: 20

número de pacientes que aguardam para operar: 43

tempo de espera entre consulta e cirurgia: média de 6 meses

número de pacientes com sonda aguardando cirurgia: 8 pacientes

MATO GROSSO DO SUL

A) Cidades com urologistas em Mato Grosso do Sul: 2.265.813 habitantes*/ 50 urologistas (01 urologista para cada 45 mil habitantes).

- a) **Campo Grande:** 724.524 habitantes* com 35 urologistas;
- b) **Dourados:** 181.869 habitantes* com 06 urologistas;
- c) **Corumbá:** 96.373 habitantes* com 02 urologistas;
- d) **Três Lagoas:** 85.914 habitantes* com 02 urologistas;
- e) **Ponta Porã:** 72.207 habitantes* 02 urologistas;
- f) **Naviraí:** 43.391 habitantes* 01 urologista;
- g) **Nova Andradina:** 43.495 habitantes* com 02 urologistas;

*Fonte: IBGE – Censo 2007

B) Hospitais equipados com material urológico:

a) **Campo Grande:**

- a. Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (HRMS) – Rosa Pedrossian, referência em urologia pelo SUS no Estado: parcialmente equipado;
- b. Hospital Universitário – ligado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul: equipado.
- c. Outros hospitais: nenhum equipamento ou equipamento mínimo.

b) **Demais cidades:** nenhum equipamento fornecido pelo hospital.

C) Urologistas em Centros de Especialidades Médicas da prefeitura:

- a) Campo Grande: 07 urologistas;
- b) Dourados: 04 urologistas;
- c) Outras cidades: nenhum urologista.

D) Pacientes em fila de espera:

- Cirurgias oncológicas: em torno de 200 pacientes com diagnóstico (fora os não diagnosticados aguardando biópsia) de câncer urológico aguardando exames ou tratamento cirúrgico. Falta de interesse do urologista ligado a hospital não credenciado como CACON III em realizar a cirurgia devido ao honorário diferenciado;
- Cirurgias de litíase renal: em torno de 200 pacientes por falta de equipamentos hospitalares de endourologia e profissionais que se disponham a realizar o procedimento pelo SUS. Ausência de Litotripsia Extracorpórea por Ondas de Choque (LECO) no hospital de referência do Estado (HRMS). Uma grande quantidade desses pacientes acaba perdendo o rim ou são operados em situações de urgência por falta de atendimento e tratamento prévio;
- Cirurgias de hiperplasia prostática e estenose de uretra: em torno de 150 pacientes por falta de equipamentos hospitalares de endourologia e profissionais que se disponham a realizar o procedimento pelo SUS. Uma grande quantidade desses pacientes permanece sondada por longo período de tempo ou são operados em situações de urgência por falta de atendimento e tratamento prévio;
- Radioterapia conformacional: ausência desta modalidade de tratamento no hospital de referência do Estado (HRMS) o que diminui as opções de tratamento principalmente em pacientes com câncer de próstata localizado.

E) Principais entraves para a atividade urológica:

- a) Baixa remuneração dos procedimentos pela tabela do SUS o que aumenta o desinteresse pela prática urológica;
- b) Ausência de contratação de urologistas pelos hospitais públicos para realização de sobreavisos, consultas e cirurgias eletivas;

- c) Ausência de equipamentos hospitalares para a realização de cirurgias (inclusive oncológicas) eletivas e de urgência;
- d) Ausência de orçamento para manutenção dos escassos equipamentos hospitalares existentes em poucos hospitais para a realização de cirurgias urológicas;
- e) Ausência de equipamentos e profissionais para realização de exames urológicos de diagnóstico (inclusive de biópsias de próstata);
- f) Dificuldade de realizar desinfecção e esterilização dos equipamentos urológicos pessoais dos urologistas devido à impossibilidade de uso do glutaraldeído, o que praticamente inviabilizou as cirurgias urológicas;
- g) Ausência de planejamento estratégico e de hospitais equipados diminui o interesse do jovem urologista em buscar as cidades do interior para desenvolver suas atividades.

RIO GRANDE DO NORTE

O atendimento é realizado no Hospital Universitário, onde existem 300 pacientes aguardando cirurgia com sonda uretral.

DISTRITO FEDERAL

Por informação do chefe do serviço de Urologia do Hospital de Base de Brasília Dr. Dídimo Carvalho Teles existem 300 pacientes aguardando cirurgia eletiva, 80 pacientes com sonda vesical fazendo suas trocas mensais em pronto socorro e 90 pacientes portadores de litíase urinária aguardando cirurgia eletiva.

DEMANDAS ESPECÍFICAS

TRABALHO CONJUNTO SBU E MINISTÉRIO DA SAÚDE NA ELABORAÇÃO DE NOVA TABELA UROLÓGICA NO SUS: RESULTADOS PRÁTICOS

A SBU no decorrer do ano de 2008 manteve um estreito contato com o Ministério da Saúde, participando de reuniões periódicas e tentando promover alterações que viabilizem o atendimento ao SUS de maneira integral para a população Brasileira.

A discussão ficou centrada na modificação QUALITATIVA E QUANTITATIVA da tabela e sua adequação às necessidades e às tecnologias que já estão consagradas na boa prática médica.

Considerando estas premissas, pudemos observar que embora a disponibilidade, e a receptividade do ministério, através de seus representantes, não houve qualquer progresso ou evolução no aspecto de coberturas ou remuneração para os Urologistas.

O que se observou no decorrer do processo é que das reuniões realizadas no segundo semestre, uma em Brasília e duas em São Paulo, não foram colocadas em prática nenhuma das decisões tomadas. A publicação de novas tabelas efetuada no diário oficial da União em 21/01/2009 não refletiu os objetivos discutidos entre a SBU e o Ministério da Saúde, tornando infrutíferas as nominadas reuniões conjuntas. Continuamos com tabela que não contempla procedimentos consagrados na prática urológica – como, por exemplo, a ureterorrenolitotripsia endoscópica, a correção de incontinência urinária com Sling e a prostatovesiculectomia radical de maneira unificada. Este e outros procedimentos foram discutidos à exaustão com os técnicos do Ministério da Saúde e infelizmente continuam fora da tabela do SUS, assim como tantos outros.

VASECTOMIA

A realização de vasectomias no âmbito do SUS – amplamente debatida permanece com o número muito aquém do ideal. É uma cirurgia genuinamente ambulatorial e nada justifica sua execução em caráter hospitalar. A atual situação não contempla a valorização e o estímulo necessário para sua realização em caráter ambulatorial. Nos últimos meses observa-se, pelos dados do DATASUS uma drástica redução do procedimento em nível ambulatorial e respectivo aumento em nível hospitalar. Como exemplo prático, podemos observar que a tabela publicada direciona e fortalece a realização do procedimento em hospital com o recurso global de R\$ 255,39 (duzentos e cinqüenta e cinco reais e trinta e nove centavos); enquanto a realização ambulatorial, amplamente defendida pela Sociedade Brasileira de Urologia permanece com os valores de R\$123,82 (cento e vinte e três reais e oitenta e dois centavos) para todo o procedimento.

TRATAMENTO DA LITÍASE URINÁRIA

Como dado incontestável a litíase urinária é um fator importante para aumentar as filas nas clínicas de hemodiálise em função da perda de função renal. É um tema que merece toda atenção governamental. As atuais modalidades de tratamento contemplam as cirurgias minimamente invasivas, com elevada taxa de resolução, sobretudo com tempo mínimo de internação. Os pacientes portadores de litíase do trato urinário não encontram resolutividade no SUS por diversas razões sendo a mais importante a falta de equipamentos adequados para a realização dos procedimentos a saber: Litotripsia percutânea e ureterorrenolitotripsia endoscópica. Os valores constantes da atual tabela também são fonte de desestímulo para sua execução.

A URO-ONCOLOGIA

As cirurgias ONCO-UROLÓGICAS são de amplo conhecimento e domínio do urologista, em função da estreita convivência e demanda constante dos pacientes urológicos. O urologista é reconhecidamente o profissional que diagnostica, trata e está preparado para resolver potenciais complicações das cirurgias oncológicas do trato genito-urinário. Disponibilizar o tratamento do câncer urológico somente nos Centros de Alta Complexidade é limitar o acesso e oportunidade resolutiva do paciente com o urologista na média complexidade. Cirurgias como orquiectomia e a própria prostatectomia radical são procedimentos factíveis de serem resolvidos em ambiente de média complexidade. Os valores de remuneração na média complexidade impelem o paciente para a alta complexidade dificultando seu acesso e em contrapartida desestimulando sua execução na média complexidade. Não há nenhuma justificativa para o **mesmo procedimento médico**, ter valores tão diferenciados para **honorários**, por conta de classificação ou estrutura complementar dos hospitais. Cabe ao ministério atuar avaliando as condições de cada hospital, e definir se os mesmos têm capacidade técnica para a realização dos procedimentos. Outro ponto desconfortável é a limitação dentro da estrutura hospitalar vigente e com base na portaria a não aceitação, pela farmácia hospitalar, do receituário efetuado pelo urologista quando da prescrição de análogo para o tratamento do câncer de próstata. Não classificamos essa situação como uma proibição formal o que não teria amparo legal, mas uma limitação injustificável de atribuição do especialista. Para a farmácia a prescrição do urologista “não vale”. Senhor Ministro, essa situação tem gerado grande desconforto e revolta no meio urológico nacional.

CIRCUNCISÃO E SAÚDE PÚBLICA

A fimose está associada a má higiene peniana, com infecções recorrentes do prepúcio, doenças associadas (diabetes) e congênita. Estudos contemporâneos sobre a incidência de fimose na população demonstram que 90% dos homens com mais de 3 anos conseguem retrair o prepúcio de maneira satisfatória, sendo que 1% da população adulta apresentará fimose patológica.

Nos Estados Unidos, onde a prática da circuncisão é muito freqüente, o procedimento é o quinto mais freqüente. Em 1992 62% dos recém-nascidos foram circuncidados.

Assumindo que a taxa de natalidade no Brasil é superior a 1 milhão de crianças do sexo masculino desde 1997, a realização de postectomia seria indicada em pelo 10 mil adultos e até 100 mil crianças.

A tabela abaixo mostra o número de postectomias realizadas no Brasil em 2007 (1,4 milhão de nascidos vivos do sexo masculino):

Cirurgia de Postectomia – Período 2007 – Fonte : DATASUS

Região	Postectomia ambulatorial	Postectomia internado
Norte	*	1.490
Nordeste	*	6.712
Sudeste	*	15.771
Sul	*	3.951
Centro Oeste	*	1.330
Total	*	29.254

Como é de conhecimento amplo dos médicos, a circuncisão neonatal previne o câncer de pênis. As regiões mais afetadas pelo câncer de penis são as regiões Norte e Nordeste, cuja taxa de natalidade é ao redor de 200 mil meninos. Assim, como medida preventiva do câncer de pênis, a

circuncisão deveria ser oferecida à população. Comparando com os EUA, 60% dos nascidos vivos seria 120 mil circuncisões por ano só nas regiões Norte e Nordeste.

Em 2008 nestas regiões menos de 10 mil circuncisões foram realizadas, o que representa menos de 10% da necessidade regional.

Cirurgia de Postectomia – Período Jan. a nov. 2008 – Fonte :DATASUS

	Postectomia. ambulatorial	Postectomia internado	Total
Norte	2.309	1.454	3.764
Nordeste	5.268	6.254	11.512
Sudeste	9.726	15.173	24.899
Sul	1.405	3.941	5.346
Centro-Oeste	2.504	1.315	3.819
Total	21.212	28.137	49.349

Causas
discutíveis

para este problema são os baixos honorários médicos associados à falta de profissionais nestas regiões mais carentes.

O valor pago pelo SUS por circuncisão é irrisório:

- Valor Ambulatorial total: R\$ 28,42

- Valor internação (AIH) :

Serviços Profissionais: R\$ 55,18 (inclui anestesista e cirurgião)

Serviços Hospitalares: R\$ 42,44

Total: R\$ 97,67

Com a melhora nos honorários médicos, incluindo a postectomia, doenças urológicas passíveis de prevenção poderiam ser evitadas. Um exemplo clássico é o câncer de pênis. Números assustadores colocam o Brasil nas primeiras posições do ranking mundial de amputações penianas:

CÂNCER DE PENIS (AMPUTAÇÃO DE PÊNIS)

PERÍODO 2007 - SEG. REGIÃO - Fonte DATASUS

Região	Média complexidade	Alta Complexidade	Total
Norte	39	23	62
Nordeste	165	163	328
Sudeste	133	146	279
Sul	64	66	130
Centro Oeste	11	31	42
Total	412	429	841

CÂNCER DE PÊNIS - (AMPUTAÇÃO DE PÊNIS)

PERÍODO: JANEIRO A NOVEMBRO 2.008 – POR REGIÃO –

Região	Média complexidade	Alta complexidade	Total
Norte	25	33	58
Nordeste	138	117	255
Sudeste	109	161	270
Sul	36	53	89
Centro Oeste	22	26	48
Total	330	390	720

FONTE : DATASUS

Essas informações são altamente relevantes para a política social de saúde do homem. Os custos do tratamento do câncer de pênis são altos, associado aos custos paralelos, como afastamento do trabalho, altas taxas de depressão e problemas associados.

CAMPANHAS PÚBLICAS

A Sociedade Brasileira de Urologia tem tentado atuar neste setor, inclusive arcando com recursos próprios, diante da necessidade de fomentar a prevenção de doenças urológicas. Os maiores alvos destas campanhas são agravos de alta prevalência, como câncer de próstata, incontinência urinária, infecção urinária e câncer de pênis. Nos últimos anos temos realizado conscientização da população para o diagnóstico precoce do câncer de próstata em novembro e no ano de 2007 iniciamos um grande movimento para a erradicação do câncer de pênis nas regiões Norte/Nordeste.

DOCUMENTOS ENCAMINHADOS AO LONGO DE 2008



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

OF.SBU/0299/2008

Rio de Janeiro, 28 de abril de 2008

**Excelentíssimo Senhor
Dr. José Gomes Temporão
Ministro da Saúde**

**TRABALHO CONJUNTO
SBU E MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**PROPOSTAS AO PROJETO
SAÚDE DO HOMEM**

Com o objetivo de consolidar o mútuo trabalho da Sociedade Brasileira de urologia e Ministério da Saúde no que tange a Saúde do Homem no Brasil, enumeramos os aspectos mais relevantes que permeiam esse universo e sugestões que poderão ser detalhadamente discutidas ao longo desse trabalho conjunto. Considerando que:

- 1 - O acesso ao urologista pela população em geral é precário e que na maioria das cidades brasileiras é inexistente;
- 2 - O Programa de Saúde da Família não contempla amplamente os cuidados urológicos;
- 3 - Estamos iniciando na esfera federal um programa nacional de saúde voltado para o homem.
- 4 - A alta prevalência de doenças urológicas que afetam o homem na faixa de 25 à 59 anos.
- 5 - A alta morbi/mortalidade de doenças urológicas, principalmente a HBP, Câncer de Próstata e Litíase.
- 6 - A dificuldade de acesso da população ao programa de planejamento familiar mais especificamente em relação à vasectomia.
- 7 - A alta prevalência de Disfunção Erétil (52% dos homens brasileiros) que é considerada problema de saúde pública.
- 8 - A precariedade da estrutura hospitalar no diagnóstico e tratamento das enfermidades urológicas;
- 9 - Há necessidade premente de um novo Rol de procedimentos urológicos no âmbito do SUS e respectivas remunerações.

Sugerimos projetos específicos para as áreas prioritárias como:

*Protocolo:
25000.015750/2009-80*



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

VASECTOMIA

O presidente Luiz Inácio Lula da Silva lançou recentemente (27/03/08) a Política Nacional de Planejamento Familiar. Entre as medidas previstas na política está a inclusão da vasectomia na Política Nacional de Cirurgias Eletivas. O presidente defendeu uma campanha para incentivar os homens a fazerem vasectomia. **“Vamos fazer uma campanha e vamos colocar a rede pública para fazer vasectomia nos homens, porque a maioria é covarde e tem medo de fazer a cirurgia”.**

A vasectomia é um termo para designar um procedimento cirúrgico que consiste na interrupção ou secção dos canais deferentes que transportam os espermatozoides produzidos pelos testículos. O objetivo desse procedimento é a esterilização masculina com taxas de sucesso de 99%. Habitualmente esta cirurgia é feita sob anestesia local e dura em torno de 25 minutos. A esterilização masculina é também considerada um método irreversível, e por isso, apenas indicado para homens e casais convictos que não querem ter mais filhos. A vasectomia voluntária é regulada pelo inciso I do artigo 10 da Lei nº 9.263 de 1996, que trata do planejamento familiar: De acordo com a legislação a vasectomia é indicada para homens acima de 25 anos ou, pelo menos, com dois filhos vivos ou nos casos onde a gravidez do cônjuge poderá gerar risco de vida. Na prática diária costuma-se dizer aos homens que devem eleger a vasectomia como um procedimento definitivo, apesar de sabermos que existe a possibilidade de reversão. O homem deve estar seguro de sua decisão e, principalmente, feliz com o relacionamento conjugal. O número de vasectomias tem aumentado nas duas últimas décadas por várias razões, entre as quais: Consciência de um planejamento familiar condizente com a escala social, praticidade da cirurgia, baixo índice de complicações, custo da cirurgia que é menos oneroso de que uma laqueadura da mulher, quebra dos tabus sobre impotência e câncer de próstata.

A faixa etária que mais procura para esta cirurgia é o homem entre 35 e 45 anos. Nos últimos anos a vasectomia tem sido estimulada pela esfera governamental pela simplicidade, baixo custo, ausência de complicações para a saúde do homem e que potencialmente poderá ser ampliada em regime ambulatorial.

O novo rol de procedimentos divulgado recentemente pela ANS (Agência de Saúde Suplementar) dia 2 de abril do corrente, impõe aos planos de saúde a obrigatoriedade de cobertura para a vasectomia, até então não contemplada.

A SBU entende que para melhor resultado desse esforço é necessário uma política de desburocratização da vasectomia no SUS e uma ampla campanha de esclarecimento público, cujo alvo maior é o homem, sobre o que é o procedimento e sua simplicidade, assim como a ausência de resultados adversos na esfera sexual.

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

Quanto ao universo urológico é importante reavaliar a remuneração do procedimento e as atribuições de quem o executa. A execução da vasectomia por médicos não especialistas impõe um risco de atribuição porque as complicações cirúrgicas na maioria das vezes são resolvidas pelo urologista.

Alguns aspectos relevantes da vasectomia no SUS:

O MS tem despendido grandes recursos ao pagar o procedimento em regime de hospitalização. Ocorreu um gasto nos anos de 2.004, 2.005 e 2.006 cuja cifra está em torno de R\$ 10.907.968,10 para realizar aproximadamente 50.000 vasectomias de pacientes internados.

Código SUS : 04.09.04.024 (Tabela unificada) Valor Ambulatorial: R\$ 103,18
: A tabela unificada não prevê pagamento de honorários médicos.

Portanto no âmbito do programa governamental quanto ao método de esterilização (VASECTOMIA) a SBU sugere:

- 1 - Cadastrar urologistas que possam realizar vasectomia em clínicas privadas em consonância com as normatizações já definidas no Programa de Planejamento Familiar;
- 2 - Realizar mutirão de vasectomia em área de reconhecida pobreza, com o apoio da Sociedade Brasileira de Urologia;
- 3 - Divulgar a vasectomia como método de escolha masculina para anticoncepção, diminuindo os tabus e preconceitos;
- 4 - A Padronização da técnica cirúrgica e custos em todo território nacional tanto nos serviços credenciados como nos Centros de Referência da Saúde do Homem;
- 5 - Suprimir a internação para realização de Vasectomia bilateral, mantendo seu caráter ambulatorial.

CÂNCER DE PRÓSTATA NO BRASIL

Considerando que:

- O câncer de próstata apresenta alta prevalência na população masculina acima de 55 anos;
- O câncer de próstata é doença onde o diagnóstico precoce é fundamental para o processo de cura nos homens acima de 45 anos de idade;
- A dificuldade de acesso aos serviços de saúde é fator que desestimula a execução do controle periódico;



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanli

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

- O câncer de próstata é o segundo câncer mais frequente na população masculina e também a segunda causa de óbito por câncer nessa população;

- O homem necessita de orientação e informação quanto aos riscos do câncer de próstata e suas repercussões;

- Existe uma grande defasagem de valores pagos para a execução da prostatectomia radical entre os centros de alta e média complexidade;

- Boa parte dos municípios já votou o dia de combate ao câncer de próstata, porém não efetivamente cumprem esse dispositivo no âmbito municipal.

- A Sociedade Brasileira de Urologia tem isoladamente, efetuado programas e campanhas nacionais de esclarecimento sobre o câncer de próstata, nos últimos 03 anos consecutivos.

- O médico prioritário do paciente portador de câncer prostático é Urologista, e esse profissional fica impossibilitado de prescrever bloqueadores hormonais em pacientes com doença avançada, devendo encaminhá-los aos centros de alta complexidade (CACOM). Porém as complicações da doença avançada são atendidas e solucionadas por urologistas.

- Grande parcela dos urologistas brasileiros utiliza seus equipamentos cirúrgicos e endoscópios privados, em pacientes da rede pública (SUS).

A SBU sugere:

1) A formação de um comitê para estudar amplamente a política de combate ao câncer de próstata no Brasil, sua incidência, distribuição geográfica, acompanhamento do paciente doente, confecção de diretrizes e campanhas de âmbito nacional com o apoio e participação da SBU;

2) A criação de ambulatórios de referência, que tratem das doenças masculinas e dentre essas, o câncer de próstata;

3) Que seja reavaliada e permitida a prescrição de bloqueadores hormonais pelos urologistas, aos pacientes portadores de câncer prostático cuja terapêutica de bloqueio hormonal seja indicada;

4) Que os valores pagos pela cirurgia de prostatectomia radical nos centros de alta complexidade sejam estendidos aos Centros de média complexidade, dado ser idêntica, a execução do procedimento cirúrgico, em ambos os centros;

5) Que a lei 10.289 de 20.09.01 possa ser realmente implantada e complementada com um aditivo que institua em âmbito nacional e anualmente, a semana de combate ao câncer de próstata.



Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

6) Que seja instituído o mutirão da próstata, onde a prevenção e o diagnóstico das doenças prostáticas possam ser efetuados;

7) Que o PSA e o toque retal sejam os elementos básicos para a avaliação da população masculina que procura fazer a avaliação prostática anual acima de 45 anos;

8) Que sejam ampliadas as possibilidades de biópsias prostáticas eco dirigidas por vias trans retal no âmbito do SUS;

9) Implantação do exame da próstata como método admissional do trabalho junto ao Ministério do Trabalho;

10) Que nos Centros de Referência sejam avaliados homens com mais de 45 anos com toque retal e PSA. Os casos suspeitos sejam encaminhados para a média complexidade para continuidade da investigação (biópsia prostática) e eventual estadiamento e tratamento da doença tardia;

HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

A Hiperplasia Prostática Benigna tem ocasionado grandes transtornos à qualidade de vida do idoso gerando alterações miccionais que culminam com a retenção urinária e o uso prolongado de sonda vesical. Nos serviços de pronto socorro é extremamente comum um grande número de pacientes com a dependência de trocar a sonda vesical periodicamente aguardando cirurgia cujo prazo pode estender à meses e anos. Essa realidade é extremamente desconfortável para o profissional urologista, para a família do paciente e obviamente para o portador da enfermidade. Essa realidade está disseminada pelo Brasil afora e políticas públicas voltadas para minimizar esse transtorno são fundamentais e urgentes.

Para esta específica situação a SBU sugere:

- Política de gratuidade de medicamentos do grupo de alfa bloqueadores para tratar os sintomas (projeto de lei tramitando na Câmara);
- Equipar os Hospitais do SUS com equipamentos adequados para a execução de ressecção endoscópica de Próstata além de política de mutirão, reduzindo as filas de espera àqueles pacientes sondados aguardando cirurgia;
- Divulgação em todos os níveis explicando as formas de tratamento e acompanhamento da HPB;



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

LITÍASE DO TRATO URINÁRIO

Considerando que:

- A doença litiásica do trato urinário apresenta grande prevalência;
- As ocorrências oriundas da litíase urinária, como: Dor, infecção e perda da função renal são incapacitantes para o trabalho e também causam insuficiência renal permanente;
- A divulgação ao público leigo da existência de patologias litiásicas urinárias do trato urinário ainda é insuficiente;
- O tratamento dessa entidade exige aparelhos e tecnologia aplicada ao tratamento minimamente invasivo, não amplamente existente no SUS;

A SBU sugere:

- 1 – Criação de ambulatórios específicos nos Centros de Referência para diagnóstico e tratamento da Litíase Urinária;
- 2 – Viabilizar o acesso desses pacientes ao tratamento específico (LEOC e Endourologia);
- 3 – Equipar o SUS com aparelhagem e equipamentos que possam realizar a remoção de cálculos do trato urinário com procedimentos minimamente invasivos;

SEXUALIDADE E SAÚDE DO HOMEM

- Divulgação ao público leigo das patologias da esfera sexual masculina (DE e ejaculação rápida);
- Criação de ambulatórios específicos nos Centros de Referência para diagnóstico e tratamento das patologias relacionadas com a sexualidade;
- Viabilizar autorização para implante de prótese peniana em pacientes portadores de disfunção erétil de suas várias etiologias (diabetes, CA de próstata, dentre outros), sem a dependência de serviços universitários ou de alta complexidade, mediante protocolos bem definidos pela SBU;



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

**SUS E ATIVIDADE UROLÓGICA
ASPECTOS GERAIS**

Que, com base na portaria Interministerial 1.873 de 06 de agosto de 2007 que institui Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) para elaboração do Plano Nacional Integrado de Ações de Proteção à Pessoa Idosa (Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e Sistema único de Saúde (SUS), a SBU possa ser uma das instituições de apoio ao referido GTI.

- Acrescentar na portaria 467 no item atividade profissional, a presença urologista, visto que a Próstata está anatomicamente incluída no sistema genito-urinário.

- Tendo em vista a magnitude epidemiológica das doenças urológicas, recomenda-se que cada Núcleo de Apoio a Saúde da Família conte com pelo menos 1 (um) profissional da área de Urologia;

- A SBU Poderá gerar programas específicos de capacitação e educação continuada na área urológica, aos urologistas do SUS, aos médicos clínicos do PSF e profissionais da Atenção Básica;

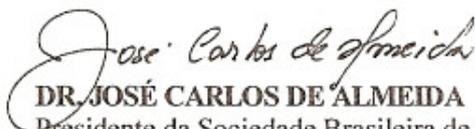
- Criação do Centro de Referência à Saúde do Homem em cidades acima de 100.000 habitantes;

- Inclusão de Urologista no NASF com o objetivo de desenvolver programas de atendimento e trabalho;

- Que seja efetuado um inventário sobre a situação dos equipamentos urológicos na rede pública e que os mesmos sejam reformados ou caso não existam, sejam adquiridos;

- Criação de um Grupo de Trabalho ou Consulta pública envolvendo vários órgãos do Ministério da Saúde (SAS, DENASUS, DATASUS) e outros, juntamente com a SBU, para rever a tabela de procedimentos urológicos no âmbito do SUS.

Atenciosamente,


DR. JOSÉ CARLOS DE ALMEIDA

Presidente da Sociedade Brasileira de Urologia
Gestão 2008/2009



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

SBU

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino



SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA - SBU

OF.SBU/0375/2008

Do Presidente da SBU
Para Sua Excelência o Senhor Ministro da Saúde
Dr. JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Brasília – DF

05 de junho de 2008

Senhor Ministro,

Passo as mãos de Vossa Excelência as proposições da Sociedade Brasileira de Urologia para a execução e ampliação do número de vasectomias no Brasil.

Com o objetivo de incrementar o Programa de Planejamento Familiar, a Sociedade Brasileira de Urologia registra seu pleno interesse de apoiar o governo nas ações que tem na vasectomia, um dos procedimentos importantes, dentro do referido Programa. A SBU enumera alguns aspectos relacionados à contracepção cirúrgica voluntária com o objetivo específico de consolidar, desburocratizar, padronizar e ampliar o número deste procedimento.

Considerando que:

1. atualmente uma parcela altamente significativa das vasectomias no Sistema Único de Saúde têm sido efetuada em caráter hospitalar;
2. consensualmente a Sociedade Brasileira de Urologia considera que este procedimento é nitidamente ambulatorial, não cabendo, salvo em casos raríssimos, necessidade de cuidados hospitalares;



Rua Bambina, 153 - Botafogo - Rio de Janeiro - CEP 22251 - 050
Tel.: (21) 2246 4092 / 2246 4265 - Fax:(21) 2246 4194
e-mail: sbu@urologia.com - www.sbu.org.br



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

Presidentes

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luclano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

3. não existe em planejamento familiar a figura de vasectomia parcial ou unilateral e que esta terminologia tem dado margem a interpretações e ações errôneas;

4. a Sociedade Brasileira de Urologia se considera parceira desse Ministério e cumpre um dever científico e ético de assessorar as ações de saúde.

Sugerimos que

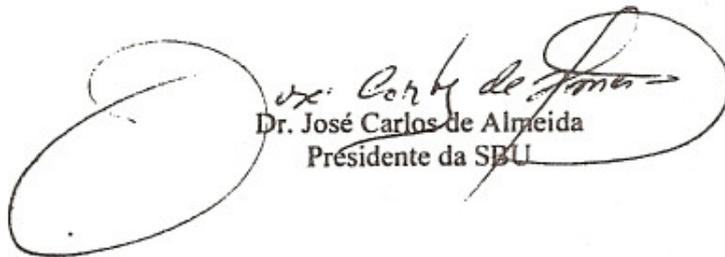
1. a vasectomia como procedimento cirúrgico voluntário para contracepção seja efetuado estritamente em caráter ambulatorial.

2. seja estudado por esse Ministério uma forma de remuneração de honorários médicos desvinculada do pagamento dos outros custos ambulatoriais.

3. esta nossa proposta não implica em aumento de despesa para o SUS, uma vez que os gastos atualmente despendidos com a vasectomia em regime hospitalar podem ser alocados para o regime ambulatorial.

4. acreditamos que o aumento do número de contracepção cirúrgica voluntária masculina será efetiva e dentro do mais rigoroso cumprimento da Lei Nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996.

Atenciosamente,


Dr. José Carlos de Almeida
Presidente da SBU

02
W



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luclano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

OF.SBU/0422/2008

Rio de Janeiro, 01 de julho de 2008

**Ao Excelentíssimo
Dr. José Gomes Temporão
Ministro de Estado da Saúde**

Excelentíssimo Senhor,

Com o objetivo de ampliar a assistência urológica no âmbito do SUS e promover as melhores condições de assistência ao paciente urológico da rede pública, a Sociedade Brasileira de Urologia através do seu presidente nacional Dr. José Carlos de Almeida, propõe um novo rol de procedimentos urológicos para serem implantados no Sistema único de Saúde brasileiro.

Os referidos procedimentos incluem procedimentos existentes no rol em vigência, inclui novos procedimentos ainda não contemplados e sugere a retirada de procedimentos que sob a ótica da SBU não encontram espaço para sua aplicabilidade.

PROCEDIMENTOS A SEREM INCLUÍDOS:

Cistoscopia e/ou uretroscopia rígida
Cistoscopia e/ou uretroscopia flexível
Laparoscopia (Diagnóstica)
Ureteroscopia flexível unilateral
Ureteroscopia rígida unilateral
Biópsias por laparoscopia
Injeção de substância medicamentosa por endoscopia
Lise de bridas por laparoscopia
Uretrotomia endoscópica
Ultrassom de retro-peritônio (grandes vasos ou adrenais)
Ultrassom de aparelho urinário feminino (rins, ureteres, bexiga)
Ultrassom do aparelho urinário masculino (rins, ureteres, bexiga)
Ultrassom de órgãos superficiais (Tireóide ou escroto ou pênis)
Ultrassom de abdomen inferior masculino (bexiga, próstata, ves. Sem.)
Ultrassom de Próstata, transretal (inclui abdomen inf. Masculino)
Doppler colorido peniano com farmaco-indução
Ultrassom de Próstata Transretal c/Biópsia até 8 fragmentos
Ultrassom de Próstata Transretal c/Biópsia-mais de 8 fragmentos
Ultrassom intra-operatório
Doppler colorido intra-operatório

*Número de protocolo:
1500.110.094/2008-11
-D C G A C A*

JK PATRONO DA UROLOGIA BRASILEIRA



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

SBU

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

Punção aspirativa orientada por US (acrescentar o exame de base)
Drenagem percutânea orientada por US (acrescentar exame de base)
Punção aspirativa orientada por TC (acrescentar exame de base)
Drenagem percutânea orientada por TC (acrescentar exame de base)
Urodinâmica completa
Urofluxometria
Dopplermetria dos cordões espermáticos
Duplex-scan de artérias penianas
Termometria cutânea (por lateralidade: bolsa escrotal, território peniano)
Cateterismo vesical evacuador
Crioterapia (Grupo de até 5 lesões)
Dilatação uretral (sessão)
Instilação vesical ou uretral
Acompanhamento clínico de Tx Renal internado, receptor e doador/15 d
Rejeição enxerto renal-Tratamento internado-avaliação clínica diária
Priapismo - tratamento não cirúrgico
Cauterização química por grupo de até 5 lesões
Enxerto de mucosa
Cura cirúrgica da impotência coeundi venosa
Dissecção de veia ou colocação de catéter venoso
Trombectomia venosa
Fístula arterio-venosa dos membros
Tromboembolotomia de fistula arterio-venosa
Implante de catéter de longa permanência para hemodiálise
Implante de catéter para hemodiálise
Retirada de catéter de longa permanência para hemodiálise
Retirada de catéter para hemodiálise
Punção venosa profunda para colocação de catéter
Linfadenectomia inguinal ou ilíaca unilateral
Linfadenectomia pélvica
Linfadenectomia retroperitoneal
Linfadenectomia Pélvica Laparoscópica
Linfadenectomia Retro-Peritoneal Laparoscópica
Marsupialização Laparoscópica de Linfocele
Linfedema genital-ressecção
Marsupialização de linfocele - cirúrgica
Herniorrafia crural - unilateral
Herniorrafia incisional
Herniorrafia inguinal - unilateral
Herniorrafia lombar
Herniorrafia recidivante
Herniorrafia sem ressecção intestinal encarcerada
Herniorrafia umbilical
Laparotomia exploradora
Laparotomia para drenagem de abscessos
Laparotomia para liberação de bridas em vigência de oclusão



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

Ressecção de cisto ou fistula de úraco
Ressecção de cisto ou fistula ou restos do ducto onfalomesentérico
Ressutura de parede abdominal (por deiscência total ou evisceração)
Abscesso renal ou peri-renal - drenagem cirúrgica
Abscesso renal ou peri-renal - drenagem percutânea
Adrenalectomia unilateral
Adrenalectomia Laparoscópica Unilateral
Angioplastia renal unilateral a céu aberto
Angioplastia renal unilateral transluminal
Autotransplante renal unilateral
Biópsia renal cirúrgica unilateral
Cisto renal - escleroterapia percutânea - por cisto
Endopielotomia percutânea unilateral
Estenose de junção pieloureteral - tratamento cirúrgico
Fístula pielo-cutânea - tratamento cirúrgico
Lombotomia exploradora
Marsupialização de cistos renais unilateral
Nefrectomia em doador vivo
Nefrectomia parcial com ureterectomia
Nefrectomia parcial unilateral
Nefrectomia parcial unilateral extracorpórea
Nefrectomia radical unilateral
Nefrectomia total unilateral
Nefro ou pieloenterocistostomia unilateral
Nefrolitotomia anatrófica unilateral
Nefrolitotomia percutânea unilateral
Nefrolitotomia simples unilateral
Nefrolitotripsia extracorpórea - 1ª Sessão
Nefrolitotripsia extracorpórea - Reaplicações
Nefrolitotripsia percutânea unilateral (MEC., E.H., ou US)
Nefrorrafia (trauma) unilateral
Nefrostomia a céu aberto unilateral
Nefrostomia percutânea unilateral
Nefroureterectomia com ressecção vesical unilateral
Pielolitotomia com nefrolitotomia anatrófica unilateral
Pielolitotomia com nefrolitotomia simples unilateral
Pielolitotomia unilateral
Pieloplastia
Pielostomia unilateral
Pielotomia exploradora unilateral
Punção aspirativa renal p/ diagnóstico de rejeição (ato médico)
Punção biópsia renal percutânea
Revascularização renal - qualquer técnica
Sinfisiotomia (rim em ferradura)
Tratamento cirúrgico da fistula pielo-intestinal
Tumor renal - enucleação unilateral



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

Tumor Wilms - tratamento cirúrgico
Tumores retro-peritoneais malignos unilaterais - exérese
Marsupialização Laparoscópica de Cisto Renal Unilateral
Biópsia Renal Laparoscópica Unilateral
Pieloplastia Laparoscópica Unilateral
Pielolitotomia Laparoscópica Unilateral
Nefro-Ureterectomia c/ Ressecção Vesical Laparoscópica Unilateral
Nefrectomia Laparoscópica em doador
Nefrectomia Radical Laparoscópica Unilateral
Nefrectomia Parcial Laparoscópica Unilateral
Nefrolitotripsia percutânea Unilateral a Laser
Biópsia cirúrgica de ureter unilateral
Biópsia endoscópica de ureter unilateral
Cateterismo ureteral unilateral
Colocação cirúrgica de duplo J unilateral
Colocação cistoscópica de duplo J unilateral
Colocação nefroscópica de duplo J unilateral
Colocação ureteroscópica de duplo J unilateral
Dilatação endoscópica unilateral
Duplicação pieloureteral - tratamento cirúrgico
Fístula uretero-cutânea unilateral (tratamento cirúrgico)
Fístula uretero-intestinal unilateral (tratamento cirúrgico)
Fístula uretero-vaginal unilateral (tratamento cirúrgico)
Meatotomia endoscópica unilateral
Reimplante uretero-intestinal uni ou bilateral
Reimplante ureteral por via extravesical - unilateral
Reimplante uretero-vesical unilateral - via combinada
Retirada endoscópica de cálculo de ureter unilateral
Transureterostomia
Ureterectomia unilateral
Ureterocele unilateral - ressecção a céu aberto
Ureteroceles - tratamento endoscópico
Ureteroileocistostomia unilateral
Ureteroileostomia cutânea unilateral
Ureterólise unilateral
Ureterolitotomia unilateral
Ureterolitotripsia extracorpórea - 1ª sessão
Ureterolitotripsia extracorpórea - reaplicações
Ureteroplastia unilateral
Ureterorenolitotomia unilateral
Ureterorenolitotripsia Flexível Unilateral a Laser
Ureterorenolitotripsia rígida unilateral
Ureterossigmoidoplastia unilateral
Ureterossigmoidostomia unilateral
Ureterostomia cutânea unilateral
Ureterotomia interna percutânea unilateral



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

Ureterotomia interna ureteroscópica flexível unilateral
Ureterotomia interna ureteroscópica rígida unilateral
Ureteroureterocistoneostomia
Ureteroureterostomia unilateral
Ureterolitotomia Laparoscópica Unilateral
Ureterólise Laparoscópica Unilateral
Uretero-Ureterostomia Laparoscópica Unilateral
Ureteroplastia Laparoscópica Unilateral
Correção Laparoscópica de Refluxo Vesico-Ureteral Unilateral
Reimplante Uretero-Vesical Laparoscópico Unilateral
Reimplante Uretero-Intestinal Laparoscópico Unilateral
Ureterorenolitotripsia Rígida Unilateral a Laser
Ampliação vesical
Bexiga psóica
Biópsia endoscópica de bexiga
Biópsia vesical a céu aberto
Cálculo vesical - extração endoscópica
Cistectomia parcial
Cistectomia radical (inclui Próstata ou Útero)
Cistectomia total
Correção Laparoscópica de Incontinência Urinária
Cistectomia Parcial Laparoscópica
Cistectomia Radical Laparoscópica (inclui próstata ou útero)
Neo-bexiga Laparoscópica
Diverticulectomia Vesical Laparoscópica
Cistolitotomia
Cistolitotripsia extracorpórea - 1ª sessão
Cistolitotripsia extracorpórea - Reaplicações
Cistolitotripsia percutânea (U.S., E.H., E.C.)
Cistolitotripsia transuretral (U.S., E.H., E.C.)
Cistolitotripsia a Laser
Cistoplastia redutora
Cistorrafia (trauma)
Cistostomia cirúrgica
Cistostomia com procedimento endoscópico
Cistostomia por punção com trocater
Colo de divertículo - ressecção endoscópica
Colo vesical - ressecção endoscópica
Corpo estranho - extração cirúrgica
Corpo estranho - extração endoscópica
Diverticulectomia vesical
Enterocistoplastia (ampliação vesical)
Extrofia em cloaca - tratamento cirúrgico
Extrofia vesical - tratamento cirúrgico
Fístula vésico-cutânea - tratamento cirúrgico
Fístula vésico-entérica - tratamento cirúrgico



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

Abscesso de próstata - drenagem
Biópsia prostática - até 12 fragmentos US à parte
Biópsia prostática - mais de 12 fragmentos US à parte
Eletrovaporização de próstata
Hemorragia da loja prostática - revisão endoscópica
Hipertrofia prostática - implante de prótese
Prostatovesicuclectomia radical
Prostatovesicuclectomia Radical Laparoscópica
Exérese Laparoscópica de Cisto de Vesícula Seminal Unilateral
Prostatectomia a céu aberto
Ressecção endoscópica da próstata
Biópsia escrotal
Drenagem de abscesso
Elefantíase peno-escrotal - tratamento cirúrgico
Exérese de cisto escrotal
Reconstrução da bolsa escrotal c/retalho inguinal pediculado-por estágio
Ressecção parcial da bolsa escrotal
Autotransplante de um testículo
Biópsia unilateral de testículo
Escroto agudo - exploração cirúrgica
Hidrocele unilateral - correção cirúrgica
Implante de prótese testicular unilateral
Orquidopexia unilateral
Orquiectomia unilateral
Orquidopexia Laparoscópica Unilateral
Orquiectomia Intra-Abdominal Laparoscópica Unilateral
Punção da vaginal
Reparação plástica (trauma)
Torção de testículo - cura cirúrgica
Tumor de testículo - ressecção
Varicocele unilateral - correção cirúrgica
Correção Laparoscópica de Varicocele Unilateral
Biópsia de epidídimo
Drenagem de abscesso
Epididimectomia unilateral
Epididimovasoplastia unilateral
Epididimovasoplastia unilateral microcirúrgica
Exérese de cisto unilateral
Espermatoclectomia unilateral
Exploração cirúrgica do deferente unilateral
Recanalização dos ductus deferentes
Vasectomia unilateral
Vaso-vasostomia microcirúrgica unilateral
Vaso-vasostomia unilateral
Amputação parcial
Amputação total



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

Biópsia peniana
Doença de Peyronie - tratamento cirúrgico
Eletrocoagulação de lesões cutâneas
Emasculação
Epispádia - reconstrução por etapa
Epispádia com incontinência - tratamento cirúrgico
Fratura de pênis - tratamento cirúrgico
Hipospádia - por estágio
Hipospádia distal - tratamento em 1 tempo
Hipospádia proximal - tratamento por 1 tempo
Implante de prótese semi-rígida
Neofaloplastia - por estágio
Neofaloplastia c/retalho inguinal pediculado c/reconstrução uretral-por estágio
Parafimose - redução manual ou cirúrgica
Pênis curvo congênito
Plástica - retalho cutâneo à distância
Plástica de corpo cavernoso
Plástica do freio bálano-prepucial
Postectomia
Priapismo - tratamento cirúrgico
Reconstrução do pênis com enxerto - plástica total
Reimplante do pênis
Revascularização peniana
Exérese de glândula de Skene
Ligadura de veia ovariana
Transplante renal (receptor)

PROCEDIMENTOS A SEREM RETIRADOS:

TABELA SIH / SUS / MARÇO 2006:

31.001017 - NEFROPEXIA

31.018017 - CAPSULECTOMIA RENAL

31019030 - RESSECÇÃO DO COLO VESICAL A CÉU ABERTO

31.027032 - CIRURGIA PARA HEMORRAGIA VESICAL (FORMOLIZAÇÃO DA BEXIGA)

Atenciosamente,


DR. JOSÉ CARLOS DE ALMEIDA
Presidente da Sociedade Brasileira de Urologia
Gestão 2008/2009



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

Rio de Janeiro, 20 de novembro de 2008.

**Ao Dr. Adson França
Diretor do Departamento de Ações Programáticas
Estratégicas – DAPE**

**CC: Ao Excelentíssimo Senhor
Dr. José Gomes Temporão
Ministro da Saúde**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE UROLOGIA

DEPARTAMENTO DE TRANSPLANTE RENAL

**PROPOSTA PARA AMPLIAÇÃO DOS TRANSPLANTES
RENAIS NO BRASIL**

INTRODUÇÃO

O melhor tratamento para a Insuficiência Renal Crônica é o Transplante Renal. Com a cirurgia ocorre a reversão da maior parte das complicações da doença como distúrbios metabólicos, anemia, etc, com grande melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Em 2004 estimava-se que aproximadamente 65 a 70.000 pacientes eram portadores de doença renal terminal no Brasil. O ingresso médio esperado de novos pacientes é de 100 a 110 por milhão/ano (20.000 pacientes).

O percentual de pacientes em lista de espera para transplante varia de 25 a 30%, e era, portanto, de aproximadamente 21.000 pacientes em 2004. No ano de 2004 foram realizados, no Brasil, 3.332 transplantes renais com doador vivo e doador cadáver e no ano de 2005 foram 3.362 transplantes.

Rua Bambina, 153 Botafogo Rio de Janeiro CEP 22251 - 050
Tel.: (21) 2246 4092 / 2246 4265 Fax:(21) 2246 4194
e-mail: sbu@urologia.com www.sbu.org.br

25.000 - 202.894/2008 - 67
MS 108
Recebido em 24/11/08
Sociedade Brasileira de Urologia
Recebi em
24/11/08
16m
francisco



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

A taxa ideal de Transplante Renal é de 60 transplantes por milhão de habitantes (dados da ABTO) e o Brasil está muito longe disso, fazendo menos que 15 por milhão.

Os números não são bons e demonstram que são necessárias políticas de incentivo à realização do Transplante Renal no Brasil.

Várias deficiências necessitam ser transpostas para que o número de transplantes renais aumente no Brasil.

PROPOSIÇÕES

Precisamos ter centrais de captação ativa de órgãos em todos os estados brasileiros. É essencial a formação e disseminação de equipes multidisciplinares (urologistas, anestesistas, nefrologistas, laboratoristas, psicólogos, enfermagem especializada, etc) que promovam a logística de captação dos órgãos do doador cadáver, a realização do transplante com doador cadáver e doador vivo e o acompanhamento pós-operatório, com o tratamento de possíveis complicações, até alta do paciente.

Papel da SBU

O Departamento de Transplante da SBU tem como principal objetivo difundir o transplante de rim e rim-pâncreas entre os urologistas brasileiros.

São metas da SBU estimular a formação de novos centros transplantadores, com presença obrigatória do urologista, de preferência, em locais aonde existam centros de diálise; divulgar entre os urologistas brasileiros as oportunidades de trabalho nos centros transplantadores; estimular a formação de urologistas em transplante renal e criar uma rede de informações sobre transplante renal.

Qual deve ser o papel da SBU neste mutirão para que haja aumento do número de transplantes renais no Brasil?



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

A resposta é promover e fornecer treinamento, aperfeiçoamento e educação continuada.

Recentemente, o Departamento de Transplante da SBU formatou dois projetos que visam ampliar o número de urologistas transplantadores no Brasil: a realização de cursos itinerantes teórico-práticos, ministrados pelo Departamento, para centros que possuam diálise, e que desejam iniciar a atividade transplantadora e estágios de aperfeiçoamento, de um ano, com bolsa, em hospitais de excelência na realização de transplantes renais, para urologistas interessados no aprimoramento da área.

Para que ocorra aumento do número de transplantes renais no Brasil são necessárias ações de massificação da técnica de transplante levando ao aumento do número de urologistas interessados na cirurgia e surgimento de novas equipes de captação.

Papel do Ministério da Saúde

Campanhas estimulando a doação de órgãos nos diferentes meios de comunicação não são eficientes se os hospitais não possuem meios materiais e humanos para a realização de procedimentos de alta complexidade.

Alguns hospitais que são centros de excelência na realização de transplantes renais, com atividade transplantadora nos últimos 30 anos, encontram-se, no momento, com suas atividades praticamente paralisadas, em função da falta de insumos básicos para a realização das cirurgias. Como realizar transplantes renais sem fios cirúrgicos adequados, anestésicos, gaze e agulhas?

Outro ponto importante é a remuneração, ou seja, os honorários recebidos pelas equipes que fazem a captação do órgão e as equipes que implantam o enxerto. Havendo remuneração adequada há interesse por parte do urologista na realização da cirurgia. Existem cirurgias urológicas menos complicadas, que requerem menos dedicação e tempo em



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modeslo Antonio de O. Jacobino

capacitação e treinamento, que competem com o transplante renal na preferência do urologista em termos de remuneração.

Também importante é a falta de uniformização, no território nacional, em termos de organização das equipes transplantadoras e remuneração das mesmas. Em alguns hospitais, de determinados estados brasileiros, os médicos que fazem o transplante recebem os honorários do SUS e nestes o número de transplantes é elevado.

Em outras situações, como nos hospitais públicos, os honorários médicos da cirurgia de transplante renal e da captação de órgãos são pagos ao hospital e não há repasse aos profissionais envolvidos o que desestimula os cirurgiões transplantadores.

O Ministério da Saúde pode normatizar essa questão e fazer com que todo urologista envolvido na captação e colocação de um rim receba sua parcela de honorários.

O Ministério da Saúde pode ajudar a regulamentar os honorários do urologista transplantador, tanto em unidades públicas como em unidades conveniadas ao SUS. Propomos que:

- Em unidades públicas, seja prevista remuneração por sobreaviso (plantão à distância) em horários não previstos na carga horária do servidor, e então remuneração adicional se nestes horários houver captação ou implante de rim. Evita-se assim a dupla remuneração do servidor.
- Em unidades conveniadas, estabelecer claramente os critérios de repasse à equipe transplantadora dos honorários já previstos pelo SUS.

Essa normatização forneceria um aumento de produtividade e segurança aos profissionais envolvidos com reflexo imediato no aumento do número de transplantes realizados. Em resumo é necessária remuneração satisfatória, digna e rápida.



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

SBU

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

Além dos honorários achamos que é ponto importantíssimo a presença, obrigatória, do urologista na equipe de captação de múltiplos órgãos, seja para transplante renal, seja para transplante duplo rim-pâncreas não sendo o mesmo substituído por um cirurgião geral, cirurgião vascular ou um cirurgião "transplantador". O mesmo deve ser aplicado à cirurgia do receptor.

Só o urologista pode avaliar se os rins a serem retirados são adequados para o transplante. Só o urologista está familiarizado com possíveis alterações anatômicas e outras patologias que podem ser importantes no resultado da cirurgia. Só o urologista está apto a tratar as possíveis complicações no receptor.

O Ministério da Saúde tem a possibilidade de mapear as regiões que contam com centro de hemodiálise, mas não com centro de transplante. Desta forma poderia atuar como facilitador na ação da SBU em dois níveis:

- Em locais onde ainda não existe nenhuma logística para a realização de transplante, a SBU poderia levar apoio e contatos para iniciar tal logística.
- Em locais onde já haja tal logística, a SBU poderá oferecer os cursos itinerantes como meio de iniciar um programa de transplante.

Conclusão

A SBU vê o Ministério da Saúde como um potencial e importante parceiro e conta com o apoio do mesmo em suas iniciativas.

Todas as metas serão mais facilmente atingidas se houver uma parceria logística e financeira por parte do Ministério da Saúde.



**SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE UROLOGIA**

Presidente

José Carlos de Almeida

Vice-Presidente

Jurandir Raimon Costa

Secretário Geral

Geraldo Di Biase Filho

1º Secretário

André Guilherme Cavalcanti

2º Secretário

Pedro Luiz Macedo Cortado

3º Secretário

José de Ribamar R. Calixto

1º Tesoureiro

Luciano Alves Favorito

2º Tesoureiro

Hans Joachim Barg

3º Tesoureiro

Ney Clayton Bueno Barbosa

Bibliotecário

Henrique da Costa Rodrigues

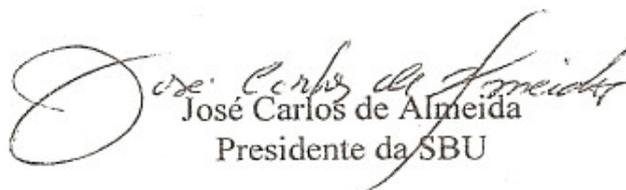
Presidente Eleito

Modesto Antonio de O. Jacobino

Temos certeza de que alcançando a realização dessas proposições o Brasil se tornará, em médio prazo, um dos países do mundo com maior número de transplantes renais/ano realizados.

Departamento de Transplante Renal da SBU
Carlos Alberto de Freitas Ribeiro – Chefe
Agenor Ferreira da Silva – Coordenador
André Sousa Castelo – Coordenador
Antonio Junquillo Vinhaes – Coordenador
Juan Miguel Renteria – Coordenador
Roni de Carvalho Fernandes – Coordenador

Cordialmente,


José Carlos de Almeida
Presidente da SBU

SUGESTÕES DA SBU

- 1) Finalizar com urgência a reformulação da tabela de honorários médicos urológicos do SUS
- 2) Destinar verbas específicas para equipar hospitais públicos com equipamento urológico
- 3) Pesquisas em saúde da população masculina com enfoque específico em alguns segmentos: próstata, disfunção sexual, incontinência urinária e câncer de Pênis
- 4) Co-participação em campanhas públicas da SBU como a Campanha Nacional de Combate ao Câncer de Próstata e de Pênis
- 5) Contratação de urologistas pelos hospitais públicos para atendimento e cirurgias.
- 6) Equiparação da remuneração nas cirurgias oncológicas.
- 7) Estímulo para interiorização do jovem urologista através de parceria com a SBU.
- 8) Destinação de verba específica para a criação dos “Centros de Saúde do Homem” em cidades com mais de cem mil habitantes.
- 9) Assinatura da portaria que equipara os valores da vasectomia efetuada em ambulatório e que está possa ser remunerada com o mesmo valor pago ao procedimento efetuado em Hospital
- 10) Atuação conjunta da SBU e Ministério da Saúde junto à atenção básica, treinando e orientando os agentes de saúde para os agravos urológicos. Temos firmado um documento cujo conteúdo normatiza uma colaboração técnico-científica entre as instituições, propiciando diferentes ações conjuntas.
- 11) Ações conjuntas da SBU, Ministério da Saúde e Ministério da Defesa na ocasião da circunscrição de jovens para o serviço militar, ocasião ideal para avaliar doenças genitais e a presença de fimose.

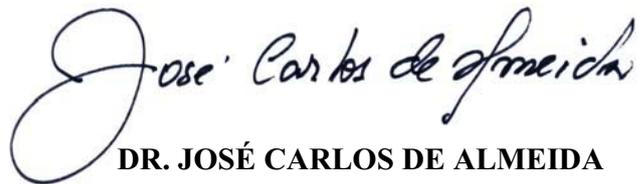
CONCLUSÃO

A Sociedade Brasileira de Urologia está à disposição do Senhor Ministro e do Ministério sob seu comando, para discutir os temas relevantes à saúde do Homem e tantos outros temas abordados

nesse documento síntese. Nesta oportunidade e em harmonia com o que demonstramos ao longo do ano 2008, nos disponibilizamos a colaborar de forma leal e objetiva na estruturação de políticas que possam oferecer condições de uma profícua assistência urológica à população brasileira. A comunidade urológica brasileira não se furtará a participar de momento tão importante para a plena manutenção da especialidade no SUS e acima de tudo contribuir para o bem estar do nosso alvo maior, o paciente urológico.

Com os agradecimentos pela atenção, manifestamos nossa consideração e apreço a Vossa Excelência.

Respeitosamente,

A handwritten signature in black ink, reading "José Carlos de Almeida". The signature is written in a cursive, flowing style with a large initial 'J'.

DR. JOSÉ CARLOS DE ALMEIDA

Presidente da Sociedade Brasileira de Urologia

Gestão 2008/2009