



EDIÇÃO DIÁRIA



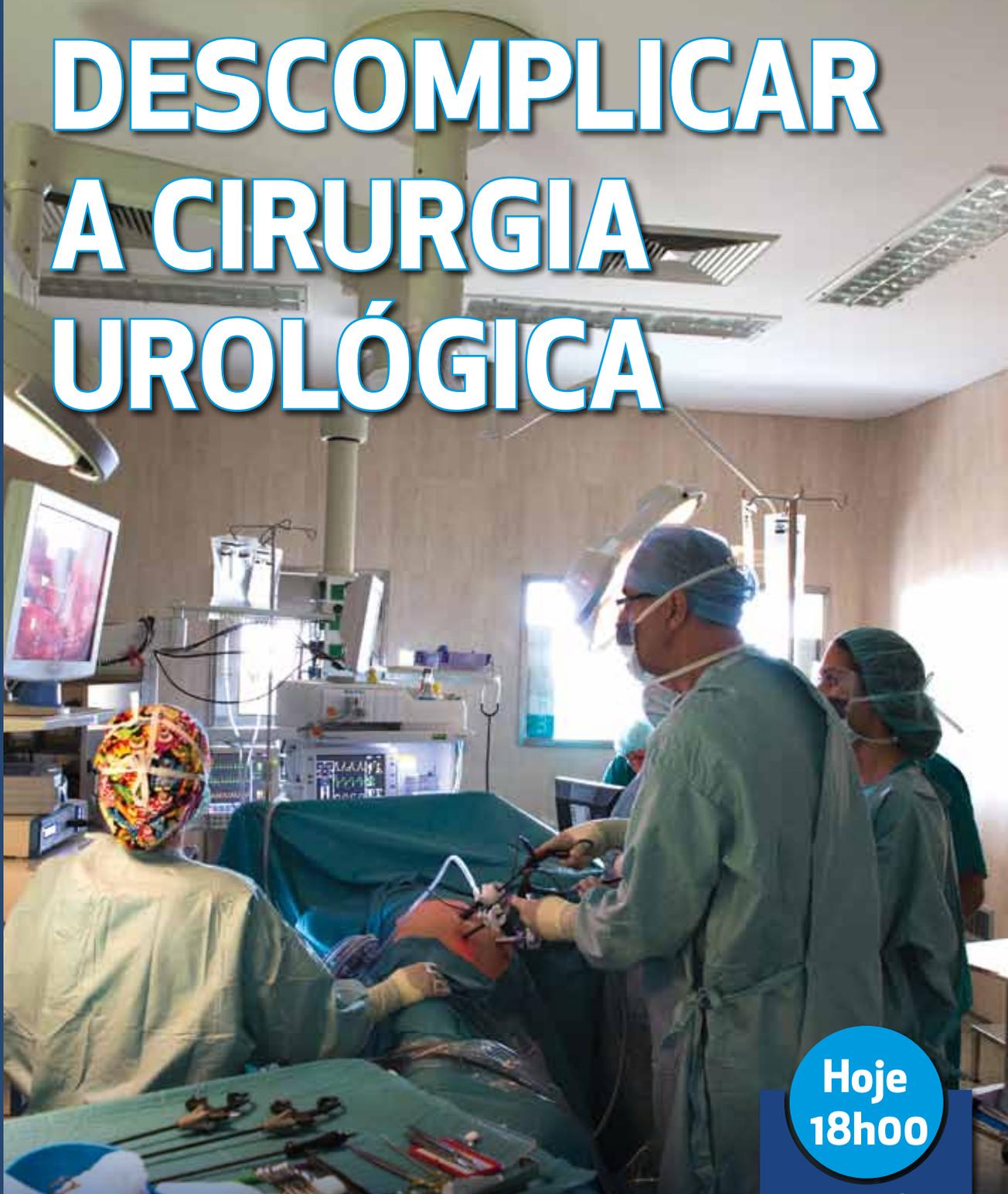
APU2013
CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA DE UROLOGIA

10 A 13 DE
OUTUBRO

DIA
12
SÁBADO

UROLOGIA ACTUAL

DESCOMPLICAR A CIRURGIA UROLÓGICA



Hoje
18h00

NA SALA FÉNIX
Assembleia-geral
da Associação
Portuguesa de
Urologia, com
eleição dos novos
corpos gerentes

Participle!

No programa científico de hoje, sobressai o debate sobre as complicações da cirurgia urológica nas suas mais variadas áreas. Entre as 8h30 e as 15h30, na sala Fénix, decorrem quatro mesas-redondas que destacam os efeitos indesejáveis das técnicas utilizadas na cirurgia do pavimento pélvico, no tratamento da litíase, na laparoscopia e derivações ortotópicas e no tratamento do carcinoma da próstata localizado, bem como as soluções existentes para minorar os riscos dessas complicações.

Jornal da:



Associação
Portuguesa
de Urologia

www.apurologia.pt

Complicações da cirurgia urológica

CIRURGIA DO PAVIMENTO PÉLVICO



DMITRY PUSHKAR E FRANCISCO CRUZ

Na mesa-redonda «Complicações da cirurgia do pavimento pélvico» (entre as 8h30 e as 9h10), Dmitry Pushkar, do Departamento de Urologia da Moscow State University of Medicine and Dentistry, na Rússia; e Francisco Cruz, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de São João, no Porto, vão discutir com especial enfoque as complicações da cirurgia do prolapso vaginal e do uso das fitas no tratamento da incontinência urinária feminina.

Dmitry Pushkar salienta que «há algumas complicações associadas à rede cirúrgica implantada para tratamento da incontinência urinária de esforço e do prolapso dos órgãos pélvicos que podem requerer uma cirurgia adicional e, mesmo assim, esta opção pode não corrigir a complicação».

Por isso, este orador alerta para alguns fatores de risco específicos que

podem estar associados às complicações na colocação da rede: «A saúde geral do doente; o material da rede; a forma e o tamanho da malha; a técnica cirúrgica em si; e a ocorrência simultânea de procedimentos, tais como a histerectomia.»

As complicações associadas aos trocartes para a colocação transvaginal, especialmente ao nível dos intestinos, bexiga e vasos sanguíneos, serão também abordadas por este especialista na mesa-redonda.

Fitas suburetrais tradicionais e *mini-slings*

O aumento da experiência com as fitas suburetrais tradicionais (FSUT) e o maior uso dos *mini-slings* (MiniS) no tratamento da incontinência urinária de esforço feminina «diminuem drasticamente as complicações operatórias graves, como as lesões vasculares ou as perfurações intestinais». No entanto, «a perfuração da bexiga ou a dor associada à coxa são as principais complicações intraoperatórias/pós-operatórias graves associadas à utilização das FSUT», salienta Francisco Cruz. Já as complicações mais frequentes são o aparecimento de urgência urinária e a dificuldade miccional.

«A imperiosidade urinária é igualmente frequente após a utilização de FSUT ou MiniS. Mas, se no pós-operatório imediato, mais de 10% dos doentes podem referir esta queixa, algumas semanas depois, o número de doentes com urgência *de novo* e que necessitam de terapêutica farmacológica estabiliza nos 5 a 7%», indica Francisco Cruz. E acrescenta: «A impossibilidade de urinar no pós-operatório imediato pode ser resolvida de forma conservadora. Já a obstrução urinária crónica, com dificuldade miccional e volumes residuais elevados, requer normalmente a secção transvaginal da fita.» ■

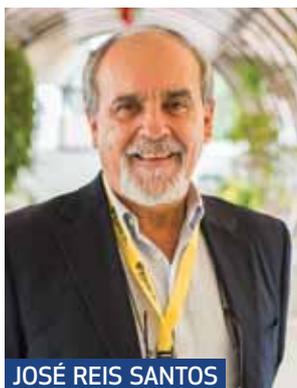
TRATAMENTO DA LITÍASE



JOSÉ LUIS ÁLVAREZ-OSSORIO FERNÁNDEZ



JEAN DE LA ROSETTE



JOSÉ REIS SANTOS

Na mesa-redonda seguinte, que decorre entre as 9h10 e as 10h00, serão destacadas as complicações do tratamento da litíase. José Luis Álvarez-Ossorio Fernández, coordenador da Unidade de Gestão Clínica de Urologia do Hospital Universitario Puerta del Mar, em Cádiz, Espanha, vai falar sobre a litotricia extracorporeal por ondas de choque (LEOC). Jean de la Rosette, diretor do Departamento de Urologia do AMC University Hospital, em Amesterdão, abordará a nefrolitotomia percutânea (PNL, na sigla inglesa). Por fim, José Reis dos Santos, urologista no British Hospital, em Lisboa, vai centrar-se na ureterorenoscopia (URC).

Álvarez-Ossorio Fernández adianta que «as complicações da LEOC estão relacionadas com os fragmentos litiásicos residuais, as infeções e os efeitos tecidulares, tendo como riscos principais a cólica renal e as infeções urinárias». Ao mesmo tempo, tendo em conta que «há doentes nos quais é provável que a LEOC falhe, é muito importante que estes sejam identificados, a fim de evitar exposição desnecessária à radiação e consumo de recursos», defende este orador.

Nefrolitotomia percutânea e ureterorenoscopia

Sobre a nefrolitotomia percutânea, Jean de la Rosette ressalva que, «apesar de esta técnica

ter associada uma taxa total de complicações de até 83%, estas são normalmente clinicamente irrelevantes». E enumera algumas das atitudes que podem diminuir o risco de complicações: «Seleção adequada do doente; realização de imagiologia pré-operatória; profilaxia antibiótica adequada; manipulação do sistema coletor somente sob controlo fluoroscópico ou endoscópico; uso de um sistema de fluxo contínuo; uso de soro fisiológico para irrigação; fragmentação criteriosa da pedra; e monitorização fluoroscópica da inserção do tubo de nefrostomia e remoção.»

Já em relação à ureterorenoscopia, José Reis Santos refere que as principais complicações que lhe estão associadas devem-se a questões como o treino do cirurgião; o respeito pelo tempo operatório necessário; a forma como são utilizados os fios-guia e as bainhas e o material usado na destruição e mobilização dos cálculos. Este orador vai ainda discutir «se devem ou não ser deixados *stents* após a cirurgia, ou material que possa ser removido nas primeiras 24 horas ou à distância». Além disso, vai falar sobre o controlo que deve ser feito nos dias seguintes, «para garantir que não há complicações ou que estas foram minimizadas.» ■

O desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas, o aperfeiçoamento das já existentes e a cada vez maior experiência dos especialistas elevaram a cirurgia urológica a um patamar de excelência. No entanto, ainda há complicações a debater. É precisamente esse o objetivo das mesas-redondas que decorrem hoje, entre as 8h30 e as 15h30, na sala Fénix.

Vanessa Pais

CIRURGIA LAPAROSCÓPICA E DERIVAÇÕES ORTOTÓPICAS



JOSÉ JORGE DA SILVA



CLEMENT-CLAUDE ABBOU

Entre as 10h00 e as 10h50, decorre a mesa-redonda dedicada às complicações da cirurgia laparoscópica e das derivações ortotópicas. A primeira intervenção está a cargo de José Jorge da Silva, urologista no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, e incide sobre as indicações e complicações das derivações ortotópicas. «Este tipo de derivação é uma excelente opção para a substituição vesical após cistectomia, pois não acresce complexidade aos cuidados pré e pós-operatórios, não altera a imagem corporal do doente e apresenta um baixo nível de complicações a curto e a longo prazos», sublinha este orador.

De acordo com Jorge da Silva, «a maioria das complicações das derivações ortotópicas é semelhante às do conduto ileal, sendo que, a longo prazo, embora raras, poderão surgir complicações características da neobexiga ortotópica». Este urologista realça «a estenose da anastomose uretral, a acidose metabólica e o défice de vitamina B12, a distensão com aumento do resíduo pós-miccional e as infeções de repetição, com necessidade de cateterização intermitente».

Segue-se a intervenção do Prof. Jens Rassweiler, *chairman* da Secção de Urotecnologia da European Association of Urology, intitulada «O papel da laparoscopia e da robótica nas substituições vesicais ortotópicas – uma revisão crítica» (ver entrevista abaixo).

Clement-Claude Abbou, do Departamento de Urologia dos Hôpitaux Universitaires Henri Mondor, em Créteil, França, termina o painel de intervenções desta mesa-redonda a falar sobre as complicações da cirurgia laparoscópica urológica. «A taxa de complicações é ainda elevada, tanto na cistectomia radical aberta (54 a 64%), como na cistectomia radical laparoscópica assistida por *robot* (50%)», sublinha.

Segundo este orador, as complicações mais frequentes são as gastrointestinais e as infecciosas, mas podem ser minoradas. No primeiro caso, através da utilização de antagonistas dos recetores opiáceos. No caso das infeções, «a remoção precoce da sonda nasogástrica diminui o risco de infeção pulmonar, sendo que a abordagem laparoscópica parece reduzir o risco de hemorragia e de infeção da ferida». ■

ENTREVISTA JENS RASSWEILER

Chairman da Secção de Urotecnologia da European Association of Urology

Quais os principais desafios na utilização das técnicas laparoscópicas e robóticas nas substituições vesicais ortotópicas?

A vertente ablativa da laparoscopia ou da cistectomia assistida por *robot* é relativamente fácil de executar. Mas a vertente reconstrutiva – mesmo um canal ileal – é muito difícil e morosa, exigindo cerca de dez horas no bloco operatório. Por isso, alguns grupos começaram a fazer esta parte da cirurgia externamente, através de uma pequena incisão. No entanto, este procedimento está associado a complicações. Com o uso de um *robot*, uma substituição vesical ortotópica completamente intracorporal pode tornar-se viável, mas, ainda assim, é demorada.

O que diz a evidência científica sobre os procedimentos assistidos por *robot*?

Não há dúvida de que o resultado oncológico da cistectomia laparoscópica assistida por *robot* é igual ao da cistectomia radical aberta.

Que ideia-chave pretende transmitir na sua conferência?

A mensagem principal é que temos de ser criteriosos em relação à utilização destas técnicas devido aos seus custos. No entanto, sempre que se justificar, devemos utilizá-las.



TRATAMENTO DO CARCINOMA DA PRÓSTATA LOCALIZADO



LUÍS FERRAZ E LUÍS OSÓRIO



ISABEL PEREIRA

Urologistas, radioterapeutas e fisiatras reúnem-se, entre as 14h30 e as 15h30, para debater algumas das complicações do tratamento do carcinoma da próstata localizado. A incontinência urinária (IU), complicação mais comum, será a primeira a ser abordada, por Luís Osório, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António.

Esta intervenção vai começar por focar a abordagem conservadora utilizada como tratamento precoce de primeira linha para restaurar o funcionamento do pavimento pélvico, seguindo-se a farmacológica e a cirúrgica. «Em termos de terapêutica farmacológica, pouco está descrito atualmente, não havendo um tratamento universalmente aprovado, pelo que, nas situações de falência do tratamento conservador, são recomendadas as opções de tratamento cirúrgico (*bulking agents*, balões ajustáveis, *slings* e esfíncter artificial)», adianta Luís Osório. E acrescenta: «Nos casos de incontinência grave ou persistente, o esfíncter urinário artificial continua a ser o *gold standard* e está associado a altas taxas de sucesso e satisfação do doente.»

Disfunção sexual

A disfunção sexual é a complicação a abordar em seguida, por Luís Ferraz, urologista no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. «Dentro dos tipos de disfunção sexual – disfunção erétil, disfunção ejaculatória e diminuição do orgasmo

– a disfunção erétil é a mais complicada de ultrapassar, podendo ter causas multifatoriais (neuroológicas, arteriais e veno-oclusivas). Contudo, a lesão (secção ou não) dos nervos cavernosos é a causa dominante», explica este urologista.

Apesar de ter sido desenvolvida uma técnica cirúrgica com vista à preservação dos nervos, «estes podem ser lesados por contusão, estiramento ou mesmo agressão térmica, o que origina uma neuropraxia transitória». Por outro lado, indica Luís Ferraz, «na lesão de causa arterial, a individualidade anatômica das artérias podem ser acessórias torna difícil a sua preservação, contribuindo para agravar a hipoxia».

De acordo com este orador, «as dúvidas persistem ao nível da reabilitação peniana, pois não há base científica que a suporte, sendo necessária mais evidência quanto ao tipo de produto, início e duração do tratamento». Nos casos em que a reabilitação não é realizada, «surge uma alteração do mecanismo veno-oclusivo, que pode transformar uma lesão temporária numa lesão irreversível».

Radioterapia e reabilitação do pavimento pélvico

Segue-se a intervenção de Filomena Pina, do Serviço de Radioterapia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, dedicada às complicações locais da radioterapia. «As toxicidades podem ser agudas e tardias na irradiação pélvica do tratamento do cancro da

próstata. As tardias, ao nível rectal e vesical, são as que acarretam maiores desafios não só para a radioterapia, mas também para a Urologia», sublinha a especialista.

Neste contexto, Filomena Pina abordará a toxicidade e as novas técnicas de radioterapia que permitem ultrapassar estes efeitos adversos, melhorando a qualidade de vida do doente a longo prazo. Esta especialista adianta que começará por apresentar «fatores de risco, estudos randomizados, tabelas de toxicidade» e demonstrará, «através dos avanços tecnológicos, os meios que a radioterapia tem disponíveis para aumentar o controlo da doença e a diminuição da toxicidade, bem como a pertinência da abordagem terapêutica ser multidisciplinar.»

A última intervenção desta mesa-redonda está a cargo de Isabel Pereira, fisiatra no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora, que vai falar sobre a reabilitação do pavimento pélvico. «A abordagem adequada nas situações de incontinência urinária após prostatectomia deve englobar o ensino das contrações perineais, o *biofeedback*, a estimulação elétrica, bem como a correção de alguns hábitos de vida que possam potenciar a incontinência urinária», indica a fisiatra. E sublinha: «Atualmente, discute-se a pertinência do ensino das contrações em fase pré-operatória ou o início de um programa de reabilitação logo após a retirada da algália, com o objetivo de uma rápida recuperação da continência.» ■

Ficha Técnica

Depósito Legal: n.º 338826/12

Propriedade:



Associação Portuguesa de Urologia

Rua Nova do Almada, n.º 95 - 3.º A
1200 - 288 LISBOA
Tel.: (+351) 213 243 590 • Fax: (+351) 213 243 599
apurologia@mail.telepac.pt • www.apurologia.pt
Correio do leitor: urologia.actual@gmail.com

Edição:



estera das ideias
PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

Av. Almirante Reis, n.º 114, 4.º E, 1150 - 023 LISBOA • Tel.: (+351) 219 172 815 • Fax: (+351) 218 155 107
geral@esferadasideias.pt • www.esferadasideias.pt
Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)
Gestor de projetos: Tiago Mota (tmota@esferadasideias.pt)
Textos: Vanessa Pais Fotografia: Luciano Reis Design e paginação: Filipe Chambel

Patrocínio exclusivo:



astellas
Leading Light for Life

Nota: Os textos deste jornal estão escritos segundo as regras do novo Acordo Ortográfico



Tratamento da bexiga hiperativa – a hora da mudança?

Os desafios ao nível do diagnóstico e do tratamento da bexiga hiperativa estão em evidência no simpósio-satélite organizado pela Astellas, que decorre entre as 12h00 e as 13h00, na sala Pégaso. O papel dos agonistas dos recetores beta-3 adrenérgicos – uma resposta terapêutica recente – é um dos tópicos em debate.

De etiologia complexa e grande prevalência nas faixas etárias mais avançadas, a bexiga hiperativa (BH) representa um verdadeiro desafio para os urologistas ao nível do seu diagnóstico e tratamento. O simpósio-satélite intitulado «É tempo de mudança na bexiga hiperativa» pretende dar algumas respostas a perguntas ainda por esclarecer.

«O principal sintoma da BH – imperiosidade associada à frequência urinária, com ou sem incontinência – é comum a outras patologias, como a hipertrofia benigna da próstata, pelo que o diagnóstico nem sempre é fácil», lembra Francisco Rolo, chefe de serviço de Urologia no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e moderador deste simpósio.

Além do diagnóstico correto, segundo Francisco Rolo, «é determinante realizar uma avaliação criteriosa do impacto da sintomatologia na qualidade de vida do doente, para que a escolha terapêutica seja a adequada». Esta



FRANCISCO ROLO E FRANCISCO CRUZ

é também a opinião de Francisco Cruz, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de São João, no Porto, que neste simpósio vai falar sobre os desafios terapêuticos na BH.

De acordo com este orador, os desafios são cinco, a começar pela atitude médica. «É fundamental que os médicos e outros prestadores de cuidados de saúde interiorizem que a bexiga hiperativa é uma doença crónica e progressiva que afeta a qualidade de vida, sendo que o grau

de interferência neste item irá definir a adesão ao tratamento», defende.

«Compreender o papel do sistema nervoso central nesta patologia, nomeadamente a importância do córtex cerebral ou do tronco cerebral para o controlo vesical; descobrir novos fármacos, como os agonistas dos recetores beta-3 adrenérgicos seletivos, e aprovar outros, como a onabotulinotóxina tipo A; definir terapêuticas de primeira e de segunda linha; e estabelecer a fenotipagem dos doentes, com vista a escolher a terapêutica adequada a cada caso com a ajuda de biomarcadores» são outros desafios enumerados por Francisco Cruz. ■

PROVAS DE QUE É PRECISO MUDAR

- **400 milhões** de pessoas sofrem de bexiga hiperativa em todo o mundo
- Cerca de **70%** dos doentes abandonam a terapêutica com antimuscarínicos no primeiro ano devido à falta de eficácia e aos efeitos secundários

PAPEL DOS AGONISTAS DOS RECETORES BETA-3 ADRENÉRGICOS



A intervenção de **Steve Foley, consultor de Urologia no Royal Berkshire Hospital, no Reino Unido**, será dedicada aos agonistas dos recetores beta-3 adrenérgicos, particularmente o mirabegron. «Este fármaco constitui uma alternativa real no tratamento da bexiga hiperativa, sendo que, deste que foi lançado no Reino Unido, está a ter um grande impacto na melhoria da qualidade de vida dos doentes», sublinha o especialista britânico.

Esta melhoria deve-se ao mecanismo de ação do mirabegron que «é completamente diferente dos antimuscarínicos, pois estimula os recetores beta-3 adrenérgicos no músculo da bexiga, fazendo com que este relaxe e melhore a capacidade de armazenamento, sem alterar a capacidade de esvaziamento vesical». Adicionalmente, «os efeitos secundários deste fármaco são muito baixos, apresentando um elevado perfil de segurança», explica Steve Foley.

APU ENTREGA 14 PRÉMIOS NO JANTAR DO CONGRESSO

Durante o Jantar Oficial do Congresso, que decorre hoje, a partir das 20h00, no restaurante Purobeach, serão entregues 14 prémios. A Associação Portuguesa de Urologia (APU) entrega as quatro bolsas de investigação de 2012 patrocinadas pelos laboratórios Farmoz, Astellas, GlaxoSmithKlin e Jaba Recordati, no valor de oito mil euros cada.

Serão também anunciados os vencedores dos prémios para o melhor póster, a melhor comunicação livre e o melhor vídeo, sendo que cada distinção compreende três prémios: o primeiro lugar, no valor de 1 500 euros; o segundo lugar, no valor de 1 000 euros; e uma menção honrosa, no valor de 500 euros. Será ainda conhecido o vencedor do prémio para o melhor trabalho de investigação, no valor de 2 000 euros.

Debater a formação médica em Urologia



ANDREA FURTADO E JOSÉ PALMA DOS REIS



MIGUEL GUIMARÃES

Mais do que a procura de consensos, a mesa-redonda «Formação médica em Urologia» tem por objetivo promover o debate em torno deste tema.

Vanessa Pais

Do ensino pré-graduado à formação médica contínua, serão passados em revista os temas mais prementes da formação em Urologia no nosso País, amanhã, entre as 9h00 e as 10h00, na sala Fénix. Nesta mesa-redonda, estarão representados especialistas, internos e instituições, como o Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos (CEUOM) e a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Os modelos futuros de formação e avaliação no ensino pós-graduado será o primeiro tema «em cima da mesa», apresentado por José Palma dos Reis, presidente do CEUOM.

Entre as questões que pretende debater, Palma dos Reis destaca: «O modelo de formação clássico, no qual um tutor acompanha o interno durante todo o internato *versus* um modelo de programação de estágios estruturados; a possibilidade de os hospitais privados passarem a ter idoneidade formativa pós-graduada; a possível adoção do exame escrito para o título de *Fellow*

do European Board of Urology na avaliação do final do internato; a manutenção da idoneidade parcial para formação pós-graduada dos Serviços de Urologia periféricos *versus* a centralização do internato nos hospitais centrais.»

Segue-se a visão do interno sobre as questões da formação, que será apresentada por Andrea Furtado, do Serviço de Urologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora. O objetivo da comunicação desta interna é «refletir sobre a organização, a estrutura, as formas de avaliação, a realidade presente e as perspetivas futuras» deste período de formação que encara como «um desafio». Ao mesmo tempo, Andrea Furtado pretende «abordar questões como a motivação, a satisfação, a diferenciação cirúrgica e científica ou a mobilidade formativa; e analisar outros modelos de preparação profissional».

A intervenção de José Fernandes e Fernandes, diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), vai abordar o tema «A

Universidade e o ensino pós-graduado: que níveis de colaboração?» (ver entrevista abaixo). Depois, falar-se-á sobre formação médica contínua e recertificação, um tema apresentado por Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos.

«É imperioso confirmar periodicamente as qualificações profissionais que asseguram a continuidade da atividade clínica em toda a sua extensão, garantindo assim, através desta recertificação, que se mantém a competência e a atualização adquirida na pré-graduação e desenvolvida através da educação médica contínua», sublinha Miguel Guimarães. E acrescenta: «A recertificação implica um processo de avaliação das diversas capacidades técnicas e científicas, para que um médico possa continuar a usufruir de qualificações especializadas, e deve ser integrada na nossa organização da formação médica de forma adequada às especificidades nacionais.» ■

ENTREVISTA JOSÉ FERNANDES E FERNANDES Diretor da FMUL

«As Faculdades de Medicina não se podem demitir do seu papel na formação médica contínua»

Qual deve ser o papel da Universidade na formação médica contínua?

A educação médica exige uma continuação e as Faculdades de Medicina, particularmente, não se podem demitir do seu papel nessa formação. Além da pré-graduação, é fundamental a participação da Faculdade também na formação médica contínua e pós-graduada. Esta última não deve ser apenas a aprendizagem de uma técnica profissional e de um conjunto de regras, mas também uma aprendizagem para a investigação, para a inovação e para o desenvolvimento.

De que modo a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa cumpre este papel de participação na formação médica pré e pós-graduada?

Fizemos um grande esforço de adaptação do programa de ensino pré-graduado às necessidades atuais, tornando-o mais abrangente e promovendo a exposição precoce dos alunos à Medicina clínica. Por outro lado, criámos o Instituto de Formação Avançada, no qual se centraliza a organização e a preparação da gestão administrativa dos programas de cursos de atualização, de mestrado

e de doutoramento. Desenvolvemos também algumas áreas complementares, através de programas de *e-learning*, e criámos o Programa Doutoral do Centro Académico, cuja candidatura é feita através de concurso público, dando oportunidade aos médicos hospitalares para desenvolverem os seus projetos.

Qual a sua expectativa em relação à mesa-redonda que vai debater este tema no Congresso da APU?

Espero que seja uma sessão produtiva e, mais do que expressões de concordância, espero que seja possível trocar ideias e aprender. ■



Jorge Correia Luis

Discutir temas atuais e comuns à Urologia lusófona

Além de temas científicos, no IV Simpósio Lusófono de Urologia, que decorre amanhã, entre as 10h00 e as 11h30, na sala Pégaso, irão discutir-se questões como a ética, a qualidade de vida e a padronização da terminologia urológica nos países lusófonos. «Conseguimos delinear um programa interessante e equilibrado, que foca questões menos faladas, mas muito importantes para a prática médica diária», sublinha Manuel Mendes Silva, presidente da Associação Lusófona de Urologia (ALU).

Deste modo, a primeira intervenção do Simpósio, a cargo de Luís Abranches Monteiro, urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, e secretário-geral da Associação Portuguesa de Urologia, versará sobre a padronização da nomenclatura Urológica nos países lusófonos. Tendo em conta que «a avaliação do compor-



PARTICIPANTES NO SIMPÓSIO DA ALU (da esq. para a dta.): Tomé Lopes, Paulo Palma, Manuel Mendes Silva, Pedro Nunes e Luís Abranches Monteiro

tamento do aparelho urinário e, consequentemente, a validação de terapêuticas e métodos de diagnóstico dependem da aplicação de questionários, e considerando que a língua

portuguesa apresenta diferenças nos vários países lusófonos, é preciso encontrar uma terminologia comum», explica Abranches Monteiro. Nesse sentido, este orador lançará o debate, apresentando a proposta da ALU para a terminologia da sintomatologia funcional.

Segue-se a intervenção de Manuel Mendes Silva sobre «Ética e qualidade de vida em Oncologia urológica». «Vou falar sobre os aspetos éticos básicos da prática médica, que são tão importantes na doença como no fim de vida, e, por isso, vou abordar também as questões paliativas», diz este orador.

O simpósio termina com a intervenção de Paulo Palma, professor na Universidade Estadual de Campinas, no Brasil, e presidente da assembleia-geral da ALU, sobre o tema «Prolapsos de órgãos pélvicos para urologistas – conceitos e condutas». ■

ALU ELEGE NOVA DIREÇÃO AMANHÃ

Na assembleia-geral da ALU, que decorre no final do IV Simpósio Lusófono de Urologia, será eleita a nova direção. Paulo Palma, único candidato à presidência, adianta algumas das suas prioridades:

«A prioridade da nova equipa diretiva é dar continuidade ao trabalho de sedimentação que tem vindo a ser desenvolvido pela ALU, nomeadamente no âmbito da educação médica continuada. Devido à grande distância entre os vários países-membros, a internet será o nosso veículo de comunicação. Além da nossa página no Facebook, o Serviço de Urologia da Universidade Estadual de Campinas vai colocar à disposição da ALU a revista eletrónica *UROVIRT* (www.uovirt.org.br), um órgão de informação e atualização científica que conta com a participação de representantes de vários países no seu comité editorial. Também vamos realizar cursos *online* e *webcasts* sobre temas específicos, que estarão à disposição de todos os associados.»



BRUNO GRAÇA E FERNANDO FERRITO

Quais os aspetos que destacam do Congresso da APU 2013?

Fernando Ferrito (FF): Nas sessões que abordaram a área da próstata, destaco a utilidade da ressonância magnética como adjuvante no diagnóstico e, no campo do tratamento, o debate em torno da terapêutica focal. No que diz respeito à bexiga, é de salientar a janela de oportunidade a ter em conta para tratar o tumor invasivo de alto grau. Sobre o carcinoma do urotélio alto, ficou a mensagem do Prof. Anup Patel de que os tumores de bom prognóstico podem ser tratados de forma conservadora.

Ao nível do carcinoma do rim, a atitude sobre as pequenas massas renais gera sempre discussão entre o tratar e o vigiar. Aguardamos, hoje [sexta-feira, dia 11 de outubro], com expectativa a comunicação do Prof. Dimitry Pushkar,

Highlights do Congresso

Flash interview a Fernando Ferrito e Bruno Graça, membros da Comissão Organizadora, sobre os pontos altos do Congresso, tema que vão desenvolver amanhã, entre as 8h30 e as 9h00, na sala Fénix.

sobre as complicações da cirurgia do pavimento pélvico, bem como as comunicações do Prof. Jean de La Rosette e do Prof. Clement-Claude Abbou, respetivamente dedicadas às complicações do tratamento da litíase e da cirurgia laparoscópica.

Bruno Graça (BG): Sublinho a grande adesão aos cursos pré-congresso, que foram efetivamente teórico-práticos. Em relação às comunicações, é de referir a Urologia Oncológica e a cirurgia laparoscópica como as temáticas mais frequentes.

No geral, que balanço fazem desta reunião?

BG: Contamos com cerca de 300 congressistas inscritos, que têm participado ativamente. É de destacar ainda o empenho de todos os convidados nacionais e internacionais que participam como oradores e moderadores nas sessões e nos cursos. ■

Níveis de testosterona sobreponíveis
ao "gold standard" da orquidectomia bilateral

baixa
a testosterona

e mantém-na baixa

A prática médica em Urologia na atualidade

Refletir sobre o enquadramento atual da prática médica em Urologia é o objetivo da mesa-redonda que decorre amanhã, entre as 10h00 e as 10h45, na sala Fénix. Os três palestrantes partilham aqui a sua visão sobre esta questão.

PAULO SANCHO Advogado em Direito Médico



Pedro Sinões

O ENQUADRAMENTO LEGAL

«Estamos atualmente a assistir a uma transformação significativa do Estado Social, que se reflete na área da Saúde por via de cortes sistemáticos e, diria mesmo, programados em recursos humanos e materiais do Serviço Nacional de Saúde. Da racionalização ao racionamento de meios, o resultado está na alteração substantiva das carreiras médicas; na mudança de paradigma

na contratação; na utilização de mecanismos de contratação pública para conseguir o mais barato, sem que se respeitem os profissionais de saúde e, conseqüentemente, os doentes.

Frustração de expectativas após uma tão penosa formação e desmotivação para o investimento pessoal são os sentimentos de quem apostou numa atividade profissional no serviço público. Quando olhamos para a panóplia de legislação que vai saindo sobre a atividade privada e os licenciamentos de unidades privadas de saúde, adivinhamos, de imediato, que o plano é também redutor e está traçado, quase em exclusivo, para os grandes grupos económicos que atuam na área da Saúde. Nisto tudo parece haver um rolo compressor de legislação que vai determinar, a médio prazo, um quadro ultraliberal na oferta de cuidados de saúde em Portugal.

Simultaneamente, por via do reforço do conhecimento dos direitos dos doentes e das fragilidades que o sistema vai criando, os médicos, designadamente os urologistas, são cada vez mais chamados a tribunal para responder pelos seus atos, em sede de responsabilidade médica. É sobre todos estes factos que importa refletir para que os urologistas ponderem o seu papel nesta nova e complexa realidade.»

ADALBERTO CAMPOS FERNANDES Professor na Escola Nacional de Saúde Pública

MINIMIZAR O IMPACTO DOS CONDICIONALISMOS DA GESTÃO HOSPITALAR

«A gestão dos hospitais públicos vive momentos muito difíceis. O quadro global de restrição orçamental tem conduzido a maior parte das unidades públicas a um forte condicionamento da atividade. Às questões estritamente económicas e financeiras, traduzidas sobretudo em restrições no acesso à inovação tecnológica e terapêutica, acrescem as dificuldades na gestão dos recursos humanos. O elevado número de saídas de profissionais diferenciados e experientes, quer por aposentação ou por mudança para o setor privado, tem diminuído a qualidade global do "capital humano", com impacto muito negativo no enquadramento de equipas e na formação médica.

Neste contexto, mais do que nunca, as decisões deverão ser partilhadas entre os diferentes atores e decisores com responsabilidades no sistema de

saúde. É por essa razão que considero fulcral a necessidade de os médicos serem chamados a intervir não apenas no processo de decisão clínica, mas também nas decisões de gestão, particularmente aquelas que, pela sua natureza específica, tenham impacto direto na qualidade e segurança dos cuidados ou nas condições de acesso e de equidade dos cidadãos ao sistema de saúde.»



FRANCISCO ROLO Chefe de serviço de Urologia no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



PERSPETIVAS FUTURAS

«Não podemos falar de futuro sem ponderar os condicionalismos do presente. Não é possível, com o tipo de gestão atual, diminuir custos sem afetar a qualidade dos serviços prestados aos nossos doentes. Se nós, médicos, nada fizermos, os cortes sem critério vão resultar em ineficiência.

A maior parte da gestão dos hospitais é puramente técnica,

baseada em números de internamentos, de cirurgias, etc., sem avaliar se houve qualidade na prestação dos serviços. Mas isto não quer dizer que não precisamos de gestores. É claro que precisamos! O que não pode acontecer é serem apenas eles a dizer onde é que temos de cortar.

Tem de haver uma gestão clínica no hospital que tenha como principal preocupação a qualidade dos serviços prestados. Até porque, na maior parte das vezes, melhorar a qualidade não custa dinheiro, mas apenas requer organização, disciplina e novos métodos de trabalho. Temos de implementar padrões de qualidade e de avaliar as pessoas, premiando, nem que seja apenas através de palavras, quem desempenha bem as suas funções.»

Novidades da 4.^a Reunião Portuguesa Oncoforum Urology

Moderada por Francisco Rolo, a 4.^a Reunião Portuguesa *Oncoforum Urology* realiza-se amanhã, entre as 11h00 e as 12h30, na sala Fénix, e promete focar os assuntos mais prementes discutidos nos congressos da American Society of Clinical Oncology, da American Society for Radiation Oncology, da American Urological Association, da European Association of Urology e da European Society for Radiotherapy and Oncology. Os quatro oradores adiantam algumas das novidades em destaque.

CARCINOMA DO RIM

«Talvez pelo uso mais frequente dos exames de imagem, o carcinoma do rim é diagnosticado mais precocemente e em estádios mais baixos, o que fez a comunidade científica urológica olhar para ele com menor agressividade e ponderar a vigilância ativa. Contudo, as opiniões dividem-se e, dada a imprevisibilidade do comportamento biológico, mesmo das pequenas massas renais, e da sua potencial capacidade para metastatizar, muitos acham perigoso ou negligente não as tratar logo que são diagnosticadas. Esta atitude é ainda mais suportada pela evolução de tratamentos focais/ablativos que permitem bons resultados terapêuticos com um mínimo de morbilidade.»

Júlio Fonseca, urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures

CARCINOMA DA BEXIGA

«As grandes questões relativamente ao carcinoma da bexiga continuam a residir a dois níveis: os tumores superficiais e os tumores infiltrantes. No que respeita aos tumores superficiais, é necessário uniformizar os protocolos da terapêutica intravesical de forma a poder comparar resultados. Seria também útil dispor de novos esquemas, além dos clássicos, baseados na mitomicina e no BCG [Bacillus Calmette-Guérin]. Nos tumores infiltrantes da bexiga, o principal desafio continua a ser a identificação dos grandes marcadores de risco da progressão para esta situação e para a metastatização, de forma a tratar atempadamente os doentes.» **José Palma dos Reis, urologista no Centro Hospitalar de Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria**

Júlio Fonseca,
José Maria
La Fuente
de Carvalho,
Francisco
Rolo, José
Palma dos
Reis e
Francisco
Pina (da esq.
para a dta.)



CARCINOMA DA PRÓSTATA

«Para esta reunião, optámos pela atualização sobre a profilaxia do carcinoma da próstata (CaP) com inibidores da 5-alfa-reductase (I5AR), estatinas, selénio e vitaminas E e D. Os três grandes ensaios de quimioprevenção do CaP com I5AR (PCPT, REDUCE e COMBAT) subscrevem a ideia de que a finasterida e a dutasterida têm a capacidade de reduzir significativamente o risco de CaP em 25 a 30% ao fim de quatro a sete anos de medicação contínua, não havendo acordo quanto à redução de CaP de alto risco de progressão, nem quanto ao impacto na mortalidade específica. A dutasterida mostrou reduzir a incidência de neoplasia intraepitelial prostática de alto grau [HGPI, na sigla inglesa], de proliferação atípica de pequenos ácinos [ASAP, na sigla inglesa] e de CaP, independentemente da densidade de inflamação.

É conhecido e reafirmado o papel das estatinas nas reduções do PSA [prostate-specific antigen] sérico, da incidência de CaP de alto risco de progressão, do risco de metastatização e da mortalidade específica. Parece ter chegado a altura de desfazer os mitos urbanos sobre a pretensa utilidade dos aditivos alimentares, uma vez que é óbvia a inutilidade do selénio na redução de risco de CaP (estudo SELECT), além de aumentar o risco de cancro do pulmão; verificou-se um aumento de 17% no risco de CaP pela utilização da vitamina E (SELECT); e constatou-se um aumento de 15 a 27% do risco de CaP com a utilização da vitamina D (estudo norueguês de base populacional).» **Francisco Pina, urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto**

CARCINOMA DO PÊNIS E DO TESTÍCULO

«A neoplasia do pénis é rara nos países ocidentais (< 1/100.000) embora associada a uma mortalidade elevada (> 24%). Esta dicotomia entre baixa incidência e morbilidade e mortalidade elevadas torna fundamental desenvolver centros de referência, para concentrar o tratamento desta patologia nas várias vertentes e estádios de evolução e realizar estudos multicêntricos associados a outros centros europeus.

Em Portugal, foi criado, há alguns anos, o Registo Oncológico, consistindo numa base de dados completa e atualizada de todos os novos

casos oncológicos, incluindo os do pénis. Neste contexto, torna-se fundamental a participação de todos os profissionais de saúde e serviços hospitalares.

A doença em estados avançados (pN3; M+) tem uma taxa de 0% de sobrevida aos cinco anos, o que revela a necessidade imperativa de uma nova abordagem na estratégia terapêutica – um esforço que se torna necessário iniciar.» **José Maria La Fuente de Carvalho, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António**



**É TEMPO
DE PENSAR
NO QUE FAZ
A DIFERENÇA** 

