



CONGRESSO CENTENÁRIO

1923 APU 2023

EDIÇÃO ESPECIAL

20

OUTUBRO  
2023

ANOS

19 a 22 de outubro de 2023 | Convento de São Francisco, Coimbra

Aceda à versão digital

## Celebrar a Urologia nacional e os 100 anos da APU

Alguns membros do conselho diretivo da APU e da comissão organizadora do Congresso Centenário (da esq. para a dta):  
1.ª fila - Belmiro Parada, Arnaldo Figueiredo, Bárbara Figueiredo, Ana Ferreira e Luís Bernardo Sousa. 2.ª fila - Isaac Braga, Roberto Jarimba, Paulo Temido, Lorenzo Marconi, Lilian Campos e Rui Pedrosa. 3.ª fila - Edson Retroz, Vasco Quaresma, Pedro Simões, Frederico Furrel, Edgar Tavares da Silva, Tiago Sousa e Pedro Nunes.



Depois de uma tarde com quatro cursos práticos de formação em diversas áreas da Urologia (P.2-5), o Congresso Centenário prossegue hoje, com um programa marcado por diferentes momentos que assinalam os 100 anos da Associação Portuguesa de Urologia (APU), como a tertúlia histórica e uma exposição fotográfica sobre a evolução da Urologia nas últimas décadas (P.9). Ao nível da atualização científica, serão percorridas diversas patologias, desde os carcinomas do rim (P.7), da próstata (P.15) e do urotélio (P.20-21), até às disfunções sexuais (P.8), à urologia funcional (P.14) e ao transplante renal (P.22). De notar também a mesa-redonda sobre litigância em Urologia, que reunirá médicos e juristas (P.10), o Simpósio de Enfermagem (P.12-13) e a realização do exame E-BLUS, que, pela primeira vez, tem apenas formadores nacionais (P.11). O congresso fechará com "chave de ouro" - a conferência "Medicina e outras ciências em 1923", proferida pelo físico e cientista Carlos Fiolhais (P.27)

UROLOGIA ACTUAL

Jornal da:



www.apurologia.pt



# Aprofundar conhecimentos em urologia pediátrica



**Intervenientes no curso:** Alfredo Canalini, Aline Vaz Silva, Manuel Ramos, Fátima Alves (moderadora), Ulbirajara Barroso, Armando Reis (moderador) e Pedro Nunes (coordenador do curso).

Conforme explica Pedro Nunes, um dos principais objetivos do curso “Urologia pediátrica: bexiga neurogénica, da infância à idade adulta”, que decorreu ontem, foi “aproximar a urologia pediátrica dos urologistas que habitualmente não lidam com estes casos”. “Em Portugal, a urologia pediátrica é praticada, sobretudo, por cirurgiões pediátricos. No entanto, todos os urologistas devem estar preparados para

Ramos sobre a fisiopatologia da bexiga neurogénica, à qual se seguiu uma preleção sobre diagnóstico e abordagem conservadora, à responsabilidade de Aline Vaz Silva. Ambos os preletores são cirurgiões pediátricos, o que, realça Pedro Nunes, resulta de uma parceria entre a Associação Portuguesa de Urologia (APU) e a Sociedade Portuguesa de Cirurgia Pediátrica, estabelecida no âmbito do curso. “Aproveitámos para estreitar os

a abordar”, defende o urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e co-coordenador desta formação, juntamente com João Moreira Pinto.

Assumindo um carácter “iminentemente prático e interativo, baseado na apresentação de casos clínicos”, o curso arrancou com a apresentação de Manuel

laços entre estas duas sociedades irmãs, que têm muito em comum”, refere o vice-presidente da APU.

Seguiu-se uma preleção sobre a abordagem cirúrgica da bexiga neurogénica e outra sobre a urologia de transição e as consequências no adulto, respetivamente a cargo de Ubirajara Barroso e Alfredo Canalini, dois urologistas brasileiros “com muita experiência na área”, nas palavras de Pedro Nunes. Vincando que o tratamento das disfunções miccionais em idade pediátrica abrange “um espetro alargado, desde métodos comportamentais a terapêuticas farmacológicas e tratamentos minimamente invasivos”, o urologista chama a atenção para a importância da urologia de transição. “Normalmente, estas patologias começam numa idade muito precoce e acompanham o doente ao longo da vida, com sequelas quer da própria patologia, quer dos tratamentos.”

A ação formativa terminou com uma discussão interativa de casos clínicos. A expectativa de Pedro Nunes é, assim, que os formandos levem para a prática clínica “uma sensibilidade para este tipo de patologia, sendo capazes de identificar precocemente os sinais das disfunções miccionais, estudar estas crianças e propor tratamentos ou referenciar, nos casos mais complexos”.

◀ **Pedro Bastos Reis**

## Cursos adiados

Por razões logísticas, os cursos “Imuno-oncologia e uro-oncologia sistémica” e “Modelos animais em Urologia”, previstos para ontem, não se realizaram. Contudo, a Associação Portuguesa de Urologia manifesta a intenção de os organizar em data que será oportunamente divulgada.

De acordo com Belmiro Parada, um dos formadores do curso “Imuno-oncologia e uro-oncologia sistémica”, esta formação tem como objetivo analisar o estado da arte no tratamento do carcinoma urotelial e do carcinoma renal metastizado. “Na Urologia, as doenças oncológicas assumem muita importância, até porque, nos últimos anos, surgiram novos fármacos, sobretudo no contexto da doença metastizada ou de alto risco, que trouxeram maior complexidade ao tratamento destes doentes”, contextualiza o urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC). Nesse

sentido, importa abordar as novas terapêuticas “consoante o risco dos doentes, tendo como orientação os resultados de eficácia, mas também a minimização dos efeitos adversos”.

Sobre o curso “Modelos animais em Urologia”, Edgar Tavares da Silva, um dos formadores, realça que se trata de uma área com pouca oferta de formação em Portugal. “Em Urologia, é frequente utilizarmos modelos animais como porcos, para treino cirúrgico. Contudo, várias doenças são investigadas em modelos mais pequenos, como ratos, que são muito utilizados, por exemplo, para testar fármacos destinados a doenças oncológicas, inclusive quimioterapia, bem como no estudo de patologias benignas, como a incontinência urinária”, explica o também urologista no CHUC. Portanto, o objetivo deste curso é que “os formandos aprendam a manusear apropriadamente os diferentes modelos animais”. ◀

### Ficha Técnica

Publicação isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 6 de junho, artigo 12.º, 1.ª alínea

#### Propriedade:

Rua Nova do Almada, n.º 95 - 3.º A  
1200-288 LISBOA  
Tel.: (+351) 213 243 590  
apu@apurologia.pt/www.apurologia.pt  
**Editor do jornal:** Isaac Braga



Depósito Legal: N.º 338826/12

#### Edição:



Rua Eng.º Fernando Vicente Mendes, n.º 3F (1.º andar), 1600-880 Lisboa  
Tlf.: (+351) 219 172 815 / (+351) 218 155 107 ■ geral@esferadasideias.pt  
www.esferadasideias.pt ■ @issuu.com/esferadasideias01  
**Direção:** Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt) e Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)  
**Textos:** Diana Vicente, Marta Carreiro e Pedro Bastos Reis  
**Fotografias:** Ricardo Almeida e Rui Santos Jorge  
**Design/Web:** Herberto Santos e Ricardo Pedro

Patrocinadores desta edição:

accord

DornierMedTech

MERCK

OLYMPUS

RECORDATI

tecnimed

# Diagnóstico no cancro da próstata

“**T**ransmitir conhecimentos e técnicas necessárias para diagnosticar, de forma eficaz, o cancro da próstata.” Foi este o objetivo do curso prático que, conforme explica Lorenzo Marconi, um dos formadores, focou-se “nos conceitos básicos de interpretação da RMMp [ressonância magnética multiparamétrica da próstata], nas estratégias para a seleção de doentes para biópsia da próstata e nas principais técnicas e abordagens na biópsia prostática”.

Numa primeira parte, foi discutida a utilização da RMMp. “A maioria dos doentes deveria realizar este exame antes de fazer a biópsia da próstata, com o objetivo de otimizar a informação obtida”, defende Lo-

renzo Marconi. Em seguida, os formandos contactaram com os novos métodos de imagem no diagnóstico de cancro da próstata, nomeadamente “a microecografia e a ecografia multiparamétrica”. “Estas técnicas podem ser complementares ou alternativas à RMMp, embora ainda não tenham indicação para utilização generalizada na prática clínica”, nota o urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

As diferentes técnicas de biópsia foram comparadas no módulo seguinte, com Lorenzo Marconi a evidenciar que, de acordo com as *guidelines* da European Association of Urology, “a biópsia prostática transperineal deve ser, por norma, a primeira escolha sempre que esteja ao alcance do urologista”. Neste âmbito, na última sessão do curso, foram apresentadas as vertentes *free-hand* e *template* desta técnica. “Na biópsia transperineal com *template*, é usada uma ‘grelha’ que guia a colocação da agulha de biópsia em regiões específicas da próstata e que envolve múltiplas punções no períneo. Por esse motivo, é geralmente realizada sob sedação anestésica”, explica o urologista.



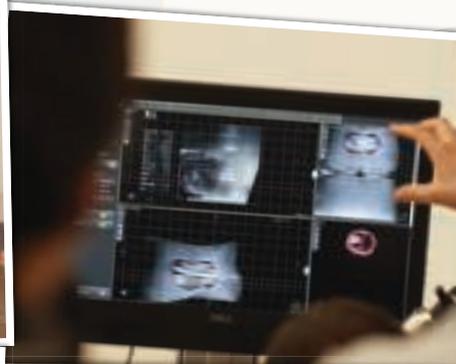
Paulo Jorge Dinis, João Magalhães Pina, Lorenzo Marconi e Pedro Pereira (da esq. para a dta.) foram os formadores do curso.



No final, foram analisadas imagens de ressonância magnética prostática multiparamétrica.

Já na vertente *free-hand*, “são realizadas apenas duas punções perineais para obter todos os fragmentos de biópsia necessários”. “A principal vantagem é a possibilidade de realizar o procedimento sob anestesia local e a maior liberdade no posicionamento da agulha e amostragem de diferentes zonas da próstata”, afiança Lorenzo Marconi. No final, importa ter em consideração “a escolha cada vez mais generalizada da biópsia da próstata por via transperineal”. “Esta escolha vai reduzir muito substancialmente o risco de complicações infecciosas do procedimento”, assegura o formador, que se fez acompanhar de João Magalhães Pina, Paulo Jorge Dinis e Pedro Pereira nos ensinamentos deste curso. ◀ **Pedro Bastos Reis**

## Instantes



Mais fotografias dos cursos “Urologia pediátrica: bexiga neurogénica, da infância à idade adulta” e “Diagnóstico no cancro próstata”

# Da disfunção erétil à nefrolitotomia percutânea



**Luís Bernardo Sousa, Paulo Temido e Pedro Simões foram os formadores do curso.**

O curso prático de cirurgia protésica e endourologia, ontem realizado, dividiu-se em dois módulos: o primeiro, sobre disfunção erétil e incontinência urinária do homem; e o segundo, sobre cirurgia renal percutânea e sobre cirurgia intrarrenal retrógrada a laser. De acordo com Paulo Temido, um dos formadores, este curso teve como objetivo “fazer o ponto de situação” nestas duas áreas, em particular nas indicações e seleção de doentes, nos truques e dicas sobre técnicas cirúrgicas e nas considerações pré e pós-operatórias.

Para o urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, o ponto alto do curso foram os

workshops práticos que decorreram no final de cada módulo. Durante estes momentos de treino, os participantes praticaram, em modelos, “as dicas e os truques necessários para realizarem estes procedimentos no dia a dia”. Para esta tarefa, “os inscritos foram rodando entre as várias estações”, tendo o apoio de cinco formadores experientes nestes campos.

O primeiro módulo da formação focou-se na cirurgia protésica, em particular na disfunção erétil e na incontinência urinária no homem. Como refere Paulo Temido, “a cirurgia protésica implica um conhecimento muito específico acerca das próteses, em concreto sobre a sua preparação e manipulação durante o procedimento”. “Este é um ponto crítico nesta área”, afirma o formador, uma vez que “sem treino e sem conhecimento das particularidades dos materiais, nomeadamente quanto à forma de os manusear e colocar nos doentes, a técnica pode fracassar”.

A componente prática deste módulo incidiu sobre a colocação de esfíncter urinário artificial e de prótese peniana insuflável. Neste âmbito, Paulo Temido destaca a importância da preparação dos materiais, que “precisam de ser preparados, com necessidade de remover o ar com uma técnica própria”. “As próteses são

depois preenchidas com soro fisiológico, calibradas e preparadas para o momento da cirurgia”, especifica.

No segundo módulo, estiveram em foco tanto a cirurgia intrarrenal retrógrada a laser como a nefrolitotomia percutânea, dois procedimentos mais diferenciados, uma vez que, “na maioria dos serviços de Urologia, nem todos os especialistas os realizam”. No caso da cirurgia percutânea, remata Paulo Temido, os participantes aprenderam “alguns truques para a manipulação dos materiais endourológicos no aparelho urinário e praticaram a realização dos acessos percutâneos”, sendo estes últimos um “elemento essencial da técnica”.

◀ **Diana Vicente**



**Os três workshops práticos incidiram na exploração de material endourológico (na fotografia), bem como no treino de colocação de esfíncter urinário artificial e de prótese peniana insuflável.**

## Instantes



**Mais fotografias dos cursos “Cirurgia protésica e endourologia” e “Suturas vasculares”**

# Aprendizagem sobre suturas vasculares

**L**imitado a dez participantes, devido à sua componente iminentemente prática, o curso de suturas vasculares, que ocorreu ontem, na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, começou com uma abordagem aos princípios das anastomoses vasculares. “Procurámos transmitir quais os tipos de materiais e técnicas que devem ser utilizadas e as diversas indicações para as quais estão disponíveis”, resume Miguel Eliseu, um dos formadores.

O curso prosseguiu com a simulação de casos clínicos sobre lesões iatrogénicas. “Em múltiplas cirurgias urológicas abertas são possíveis lesões de estruturas vasculares importantes. Hoje em dia, é cada vez mais frequente o recurso à cirurgia laparoscópica, técnica na qual algumas das complicações mais temidas são as que decorrem da criação do acesso à cavidade



Os formandos treinaram as suturas em modelos animais, nomeadamente de porco e cabrito.

abdominal. Nestas complicações, incluem-se as vasculares”, explica Miguel Eliseu. “É fundamental que qualquer urologista saiba resolver as complicações mais simples ao nível vascular”, defende o formador.

Segundo o urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, dada a experiência da sua instituição, a formação incidiu, principalmente, “na área da transplantação renal, na qual a componente vascular se apresenta como a parte mais nobre da intervenção”. “As técnicas aqui utilizadas trazem paralelismos muito úteis para a resolução de complicações”, sublinha.

A atividade formativa culminou num momento de *hands-on*, no qual todos os formandos tiveram oportunidade de “aplicar os conhecimentos adquiridos, ensaiando-os em peças frescas de vasos de dador



Miguel Eliseu (formador), Arnaldo Jorge Figueiredo, Edgar Tavares da Silva (formador), Miguel Lança, Edson Retroz (formador), Andreia Bilé, Salomé Pires e Arnaldo Figueiredo (formador).

cadáver e modelos animais, como porco e cabrito”. Com o intuito de criar uma relação de proximidade, o curso contou com participação de quatro formadores: Arnaldo Figueiredo, Edson Retroz, Edgar Tavares da Silva e Miguel Eliseu.

Na óptica de Miguel Eliseu, esta formação em suturas vasculares mostrou-se essencial, na medida em que “a Urologia é uma especialidade essencialmente cirúrgica, que envolve, com frequência, procedimentos na cavidade abdominal, com presença da componente vascular”. **◀ Marta Carreiro**

PUB.

## Dornier DELTA III PRO

> LIDER EM ESWL

Tecnologia eletromagnética  
Localização Dual ( US + RX )  
Arco em C Integrado

> NOVO FLAT PANEL

Alta resolução  
Nitidez  
Compacto

> CABEÇA DE TERAPIA

Total flexibilidade  
Acoplamento direto  
Controlo por vídeo



Dornier MedTech

O MELHOR ESTÁ AINDA MELHOR



DELTA III PRO VÍDEO

## Dornier THULIO



RealPulse® Tm:YAG > A maior potência de pico entre os lasers Thulium



Dusting superior ao Ho:YAG



Fragmentação mais eficaz com tecnologia RealPulse



Captive Mode reduz a retropulsação



Enucleação eficiente com alto efeito hemostático



6

19 OUTUBRO (5.<sup>a</sup> feira)

# Instantes



VER MAIS FOTOGRAFIAS COM INSTANTES DO DIA PRÉ-CONGRESSO

9h00 | 10h00

# Update em carcinoma do rim

A primeira mesa-redonda do congresso é dedicada ao carcinoma de células renais (CCR). Na primeira intervenção, será apresentada a evolução biológica deste tipo de tumor, seguindo-se duas palestras focadas na terapêutica, nomeadamente na radioterapia e nos tratamentos locais do CCR oligometastático.

**Pedro Bastos Reis**

A evolução biológica do CCR será abordada por Charlotte Spencer, baseando-se, sobretudo, no legado do TRACERx, um estudo prospetivo que pretende definir a evolução desde tumor no tempo e no espaço, através de amostragens multirregionais e longitudinais. “Ao analisarmos várias regiões do tumor, conseguimos captar a sua diversidade, o que permite perceber como vai progredir ao longo do tempo”, contextualiza a bolsista de Histopatologia Clínica do Francis Crick Institute, no Reino Unido.

De acordo com a preletora, “captar esta diversidade é particularmente importante”, tendo em consideração que o CCR afeta os doentes de formas bastante distintas, indo desde os que vivem com o tumor durante muitos anos, até aos que desenvolvem metástases muito rapidamente e acabam por morrer. “Queremos perceber como é que o tumor vai progredir, uma vez que isso vai decidir qual a terapêutica mais indicada para cada doente”, justifica Charlotte Spencer, notando que a investigação em curso ainda está numa fase pré-clínica. “Precisamos de validar biomarcadores em coortes de grande escala. Quando o conseguirmos, acredito que os podemos transladar para a clínica.”

Otimista quanto ao futuro, em especial no que se refere ao papel da genética na compreensão da evolução do CCR, Charlotte Spencer acredita que estas inovações serão úteis não só na individualização terapêutica, mas também para evitar o sobretratamento. “A toxicidade associada à imunoterapia é enorme, e muitos doentes não beneficiam dela. Portanto, os biomarcadores podem ajudar a indicar em que doentes é que a imunoterapia será eficaz”, explica a preletora. Ao que conclui: “Trata-se de um campo em mudança, que evolui rapidamente. Progressivamente, temos de olhar para a histopatologia, que permitirá obter mais prognósticos.”

## Radioterapia corporal estereotáxica

A utilização da radioterapia corporal estereotáxica (SBRT, na sigla em inglês) no CCR é o mote da apresentação de Paulo Costa, que começa por referir que, “historicamente, esta terapêutica era utilizada apenas em situações muito limitadas, dada a ideia de o CCR ser um tumor radorresistente”. “No entanto, chegámos à conclusão de que, quando se utilizam doses mais elevada por fração, conseguimos ultrapassar a radorresistência e obter taxas de controlo da doença extremamente interessantes, quer em contexto primário, quer metastático”, afirma o radio-oncologista e coordenador clínico da Júlio Teixeira, S.A, no Porto.

Deste modo, Paulo Costa defende que esta modalidade de radioterapia “pode ser utilizada em todas as fases da doença, particularmente nos casos em que as outras terapêuticas ablativas apresentam limitações relacionadas com o volume ou com a localização da lesão”. “Comparativamente a essas técnicas, a SBRT é mais abrangente e permissiva em termos de espectro de indicações”, completa.

Acresce que, segundo o radio-oncologista, a SBRT apresenta “taxas de controlo local significativas, superiores a 80%, com ausência de progressão da doença em alguns estudos superiores a 90%”. No mesmo sentido, tem “taxas de toxicidade muito baixas, especialmente no que diz respeito à preservação da função renal”, o que faz com que esta modalidade terapêutica de tratamento esteja contemplada nas *guidelines* internacionais. Por isso, remata Paulo Costa, “seja numa fase inicial, num contexto de oligometastização ou de disseminação múltipla, a SBRT pode e deve ser considerada como uma opção de tratamento válida, que cada vez mais se integra na estratégia multidisciplinar da abordagem terapêutica do CCR”.

## CCR oligometastático

A encerrar a mesa-redonda, Lorenzo Marconi vai fazer uma atualização sobre os tratamentos locais para o CCR oligometastático. “Os principais tratamentos locais para as metástases do CCR são a cirurgia, a SBRT e as terapêuticas ablativas. Estes tratamentos têm um intuito paliativo, no entanto, em alguns doentes bem selecionados poderão também prolongar a sobrevivência”, sublinha o urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Realçando que “o prognóstico destes doentes é muito variável, relacionando-se com o número de órgãos envolvidos pelas metástases e pela carga metastática”, Lorenzo Marconi alerta que “o CCR oligometastático representa uma doença muito heterogénea”. “O desafio passa por perceber quais os principais biomarcadores que podem ajudar a selecionar os doentes que vão beneficiar de tratamentos locais das metástases ou mesmo do tumor primário.”

Relativamente ao advento de novas terapêuticas nesta área, o preletor comenta que “existem múltiplos fármacos a serem testados em monoterapia ou em combinação, nomeadamente a imunoterapia, os inibidores da tirosina-cinase e os inibidores do fator induzível por hipóxia 2 alfa”. “Estes fármacos apresentaram resultados muito promissores, contudo, só uma minoria dos doentes obtém uma resposta completa”, lamenta. Em suma, Lorenzo Marconi defende que “a seleção de doentes com CCR



Charlotte Spencer



Paulo Costa



Lorenzo Marconi

metastático para terapêuticas locais é fundamental”. “É necessário um maior esforço da investigação científica para encontrar biomarcadores que permitam identificar os doentes com progressão mais lenta da doença e que poderão beneficiar mais com estes tratamentos.”

15h00 | 16h00

# Atualização em Andrologia

A mesa-redonda dedicada à Andrologia, começará com uma retrospectiva histórica do caminho percorrido nesta área. Seguem-se preleções sobre a terapêutica hormonal após carcinoma da próstata, a cirurgia com prótese para tratamento da doença de La Peyronie e o impacto das redes sociais nas disfunções sexuais.

**Pedro Bastos Reis**



O recurso à terapêutica hormonal após carcinoma da próstata (CP) é, segundo **Luiz Otávio Torres**, uma questão que “ainda causa alguma polémica”, importando, por isso, desmistificar certas ideias que lhe são inerentes. “Apesar de a testosterona não estar relacionada com o aparecimento do CP, muitos homens ainda têm receio de fazer tratamentos de reposição hormonal”, afirma o atual secretário e presidente eleito da Sociedade Brasileira de Urologia. Ao que acrescenta: “Os urologistas podem administrar a terapêutica hormonal aos doentes tratados que estão com um PSA [antígeno específico da próstata] indetetável e com sintomas de hipogonadismo.”

Para justificar esta posição, o também ex-presidente da International Society of Sexual Medicine realça o que considera ser um “efeito protetor” da testosterona. “Há estudos que demonstram que é possível reduzi-la a níveis muito baixos durante um tempo e depois aumentá-la a níveis muito altos, em ciclos, melhorando a resposta ao tratamento do CP! Contudo, antes da administração da terapêutica hormonal, “é necessário inativar o tumor”. “Se o doente tiver metástases ativas, devemos esperar. Se as conseguirmos controlar e o PSA estiver estabilizado, podemos avançar”, concretiza Luiz Otávio Torres, referindo que os doentes devem ser avaliados, pelo menos, a cada seis meses.



Já **Pedro Vendeira** vai incidir na utilização de próteses penianas na correção da doença de La Peyronie. “A intervenção cirúrgica para descurvar o pénis é também feita no sentido de corrigir a disfunção erétil, daí a utilização da prótese peniana. Essa é a recomendação principal”, introduz o responsável pelo Núcleo de Urologia da Clínica do Dragão, no Porto. De acordo com o preletor, “quando o doente tem uma boa função erétil, recorre-se a a corporoplastia de encurtamento ou de alongamento”.

Conforme explica Pedro Vendeira, habitualmente, “a simples colocação da prótese peniana com métodos clássicos é suficiente para corrigir a curvatura do pénis”. No entanto, há casos mais complexos – concretamente de curvaturas superiores a 30 graus – que exigem técnicas acessórias, nomeadamente “modelação manual, através da manobra de Wilson, ou incisões da túnica albugínea, que por vezes requerem o recurso a enxertos”. “Este tipo de cirurgia com inclusão de prótese deve ser feito por urologistas muito especializados em cirurgia reconstrutiva. Já a colocação de uma prótese peniana em contexto de disfunção erétil severa, sem necessidade de manobras complementares, está ao alcance de urologistas com treino cirúrgico nesta área”, conclui.



A encerrar a mesa-redonda, **Maria José Freire** vai falar sobre o impacto das redes sociais nas disfunções sexuais. “Existem muitos estudos sobre o impacto dos telemóveis e das redes sociais na saúde mental em geral que, estando afetada, obviamente terá também consequências ao nível das disfunções sexuais, tanto em homens como em mulheres”, contextualiza a urologista no Centro Hospitalar do Baixo Vouga, em Aveiro.

Destacando algumas das possíveis consequências, como “a diminuição da excitação, da lubrificação e dos orgasmos, maior dor nas relações sexuais nas mulheres, menor função erétil nos homens e maior insatisfação sexual”, Maria José Freire refere que o uso excessivo de redes sociais “pode levar a maior solidão e criar problemas com a imagem corporal e a autoestima”. Tendo em consideração os riscos, a preletora defende a necessidade de combater o desconhecimento e a desvalorização do problema, devendo os clínicos assumir um papel decisivo. “Perante doentes jovens com disfunções sexuais, poderá ser necessário explorar na anamnese a utilização excessiva de redes sociais e/ou conteúdo sexual *online*”, exemplifica, notando ainda que as redes sociais também podem trazer benefícios, em particular através da divulgação de informação e promoção da saúde sexual. ◀

## Uma “viagem” pela história da Andrologia

Na sua preleção, **Francisco Rolo** vai fazer uma “viagem” pela história da Andrologia, recuando até ao início da sua atividade profissional na área, em 1979. “Na altura, em termos terapêuticos, tínhamos muito pouco a oferecer. Essencialmente, estudávamos os doentes para analisar se eram casos de etiologia psicogénica ou orgânica, com muitos a serem encaminhados para a Sexologia e para a Psiquiatria”, recorda o ex-presidente da Associação Portuguesa de Urologia.

Anos mais tarde, continua Francisco Rolo, surgiram “inovações farmacológicas, essencialmente no tratamento da disfunção erétil, como o alprostadil e o sildenafil”. Ainda assim, o urologista alerta que as disfunções sexuais estão longe de estar resolvidas, até porque “muitos doentes não aderem à terapêutica, existindo também casos em que os comprimidos não são o tratamento adequado”. “A componente psicológica tem sido descurada em virtude do aparecimento destes fármacos”, lamenta, defendendo que estes doentes devem continuar a ser partilhados com a Sexologia, com a Psicologia e com a Psiquiatria. Para ilustrar esta tese, o preletor vai apresentar um caso clínico de “um doente jovem que não consegue ter uma vida sexual com a sua parceira”, numa situação em que “nada parece funcionar”.



12h15 | 12h45

# Protagonistas da Urologia em Portugal



Manuel Mendes Silva



Alfredo Mota

Para assinalar os 100 anos da mais antiga associação de especialidade médica em Portugal, a tertúlia histórica comemorativa do centenário reúne hoje alguns dos ex-presidentes da Associação Portuguesa de Urologia (APU) acima dos 80 anos de idade: Alexandre Linhares Furtado, José Campos Pinheiro e Joshua Ruah. Alberto Matos Ferreira e Adriano Pimenta não poderão comparecer. A sessão será moderada por Manuel Mendes Silva e Alfredo Mota.

Diana Vicente



Alexandre Linhares Furtado



Alberto Matos Ferreira



José Campos Pinheiro



Joshua Ruah



Adriano Pimenta

Começando por contextualizar a evolução da Urologia portuguesa ao longo dos anos, Manuel Mendes Silva explica que esta especialidade “tornou-se independente da Cirurgia Geral no final do século XIX e início do século XX, com a criação da primeira consulta urológica, em 1902, no Hospital do Desterro, em Lisboa”. Quatro anos depois, em 1906, era criado o “primeiro serviço independente no Hospital de São José, também em Lisboa, por iniciativa de Artur Ravara”. Contudo, “apenas em 1923 viria a ser criada, na capital, a APU, por 25 médicos fundadores de todo o país”, afirma o ex-presidente da associação.

Artur Ravara foi o primeiro presidente, tendo sido sucedido por Ângelo da Fonseca, Artur Furtado e Henrique Bastos. “A APU teve, nesses primeiros anos, uma atividade notável, com reuniões científicas e publicação das respetivas atas, juntamente com a realização de congressos hispano-portugueses”, descreve Manuel Mendes Silva.

Dos primeiros dirigentes da associação, o urologista destaca ainda a importância de Reynaldo dos Santos, quinto presidente (entre 1937 e 1949), descrevendo-o como “uma personalidade marcante na Urologia nacional e internacional, autor da primeira aortografia ao nível mundial e da primeira urografia em Portugal, sendo também pioneiro da urodinâmica no país”. Além disso, propôs a nefrectomia tardia para o tratamento da tuberculose renal”, evidencia o urologista em Lisboa.

Depois das guerras e convulsões político-sociais de meados do século XX e, em particular, após a Revolução de 25 de Abril de 1974, segue-se um período de grande

dinamismo da Urologia portuguesa. Nesse sentido, é de enaltecer a importância de Alexandre Linhares Furtado, que presidiu à APU entre 1980 e 1984. “Linhares Furtado introduziu muitas cirurgias da especialidade no país, como a prostatectomia radical, a linfadenectomia retroperitoneal nos tumores do testículo e diversas técnicas intestino-vesicais”, afirma Alfredo Mota, ex-diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, referindo-se ao ex-presidente como “mestre”. “Além disso, em 1969, Linhares Furtado realizou o primeiro transplante de dador vivo em Portugal. Em 1980, fez o primeiro transplante de rins de dadores cadáver”, acrescenta.

O período entre 1985 e 1988 corresponde ao da presidência de Alberto Matos Ferreira, “um urologista de referência em Portugal”, nas palavras de Manuel Mendes Silva, notando o contributo desta presidência para “o aprofundamento da Urologia nacional ao nível europeu e para a elaboração de novos e modernos estatutos”. Por seu turno, José Campos Pinheiro, presidente entre 1988 e 1992, contribuiu para “a implementação das relações urológicas ibéricas e luso-brasileiras”, ficando também na história por ter sido o presidente que assinou, em Coimbra, a escritura pública da APU, conferindo personalidade jurídica à associação.

Entre 1993 e 1996, foi Joshua Ruah quem esteve à frente da APU. “Foi um *expert* muito credenciado no país, principalmente na área da endoscopia, na qual soube equipar-se atempadamente com a mais moderna aparelhagem disponível na altura para aquele tipo de cirurgia”, sublinha Alfredo Mota. “Foi também um dos

urologistas mais conhecidos do público, por ter sido o líder da comunidade judaica em Portugal durante vários anos”, complementa.

No mandato seguinte, de 1996 a 2000, foi Adriano Pimenta o dirigente responsável pelo “aprofundamento das relações luso-francesas, ibéricas e ibero-americanas”, conta Manuel Mendes Silva. Também foi durante esta presidência que “foram criados os prémios e as bolsas APU e adquirida a sede, em Lisboa”.

Das várias personalidades da Urologia no país que precederam estes ex-presidentes, Manuel Mendes Silva recorda a presidência de “Arménio Pinto de Carvalho [1977-1979] na implementação das relações ibéricas e ibero-americanas”, enquanto Alfredo Mota destaca “Ângelo da Fonseca, que dirigiu a APU entre 1930 e 1931 e criou a primeira enfermaria de Urologia no país”. O especialista distingue também a presidência de Luiz Morais Zamith (1950 a 1951), definindo-o como “um pedagogo ilustre e o único urologista português que publicou um livro sobre a especialidade”, bem como João Costa, “que contribuiu para o desenvolvimento da Urologia e das suas técnicas”. Para Alfredo Mota, é o legado de todos estes urologistas que faz com que, atualmente, Portugal tenha “uma Urologia moderna, com perspetivas futuras muito otimistas”. ◀



Declarações em vídeo dos moderadores da sessão

## Exposição fotográfica

A tertúlia será complementada com a inauguração da exposição fotográfica intitulada “Evolução histórica/tecnológica da Urologia nas últimas décadas”, da autoria do Dr. Luís Pavão. A mostra inclui fotografias de todos os presidentes da APU, imagens do espólio de materiais urológicos utilizados ao longo dos anos, bem como de projetos e atividades da APU ao longo da sua história.



16h30 | 17h15

# Como evitar a litigância em Urologia

Num contexto marcado pelo aumento da litigância na área da Saúde em Portugal, esta mesa-redonda pretende chamar a atenção para as estratégias que os médicos podem adotar na sua prática de forma a diminuir a insatisfação dos doentes. Neste âmbito, serão apresentados casos clínicos realistas, que têm como objetivo incentivar a reflexão sobre esta realidade.

**Diana Vicente**



Natália Freitas



Miguel Guimarães



Belmiro Parada



Carlos Silva

Segundo Natália Freitas, advogada no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), “a litigância na área da Saúde varia ao longo do tempo e consoante os países, sendo que, em Portugal, é uma realidade que tem vindo a crescer”. “Há vários fatores que podem contribuir para este aumento, nomeadamente uma maior consciencialização dos doentes acerca dos seus direitos, um maior acesso às informações e uma maior facilidade na obtenção de apoios jurídicos e legais”, refere a moderadora da sessão. Ainda assim, acredita que “estes valores não correspondem a uma diminuição da qualidade na prestação dos cuidados de saúde”.

Na opinião de Natália Freitas, abordar esta temática num congresso dedicado a médicos “permite-lhes ter uma maior consciência sobre as áreas legais que se cruzam com a sua prática clínica e gerir o risco”. “Em suma, podem alterar o seu dia a dia para que a sua atuação seja mais eficaz”, concretiza. Alguns aspetos a considerar neste âmbito, esclarece a advogada, são, por exemplo, “fazer um processo clínico mais detalhado e estabelecer uma comunicação mais eficiente”.

A importância desta sessão também se relaciona com a natureza do exercício da Medicina, uma vez que “os médicos têm uma responsabilidade na sociedade, nomeadamente civil, disciplinar e criminal”, reforça Miguel Guimarães, ex-bastónario da Ordem dos Médicos e também moderador da sessão. Por isso, “é fundamental estar preparado para atuar da melhor forma possível, segundo as boas práticas e o código deontológico”.

De acordo com Miguel Guimarães, o principal modo de diminuir a litigância é “através de uma relação próxima entre o médico e o doente, dando mais atenção à pessoa, explicando-lhe o que se vai fazer a cada passo novo do acompanhamento e quais as suas implicações”. Além do consentimento informado, “também é importante registar no diário clínico os vários momentos do seguimento”. “É essencial ficar escrito que foi feita uma proposta de tratamento, que foram explicadas as suas potenciais complicações, bem como a eficácia

do procedimento, e que o doente aceita ser operado, dando o seu consentimento informado”, conclui.

## Discussão de casos

Com o intuito de estimular o debate, no decorrer da mesa-redonda serão apresentados dois casos clínicos realistas. Um deles ficará à responsabilidade de Belmiro Parada, urologista no CHUC, que falará de “um doente com um tumor complexo no rim, a quem tinha sido sugerida uma nefrectomia total e que procurou uma terceira opinião”. “Considerou-se que seria possível fazer uma nefrectomia parcial, preservando o órgão. Apesar de o procedimento ter decorrido sem problemas, houve depois complicações que levaram à necessidade de retirar o rim, através de uma abordagem cirúrgica mais agressiva”, resume o palestrante.

Com este caso, Belmiro Parada irá alertar para as queixas que o doente pode apresentar posteriormente a procedimentos que sofrem reveses. “O indivíduo afirmou não estar devidamente esclarecido quanto às possibilidades da intervenção, apresentando queixa nesse sentido”. Deste modo, o que se espera é que “o debate se centre no que poderia ser melhorado na comunicação com o doente”.

Outro caso, desta feita sobre incontinência urinária de esforço, será exposto por Carlos Silva, ex-presidente do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos. De acordo com o também diretor do Serviço de Urologia do CHUSJ, “esta é uma situação relativamente simples, que muitas vezes leva os médicos e os doentes a considerar o tratamento cirúrgico isento de riscos e complicações”, o que não é real. “Não nos podemos esquecer que o tratamento pode implicar obstrução urinária, dor pélvica e perineal e mesmo o reaparecimento dos sintomas”, explica, defendendo que os doentes devem ser informados de que a cura não é 100% garantida.

Carlos Silva salienta também para a possibilidade de “os doentes se lamentarem de que as suas queixas no pós-operatório não foram valorizadas” e, perante estes casos, reforça a importância de se “assumir as complicações e tratá-las”. “Vou destacar ainda que é fundamental apresentar todas as alternativas terapêuticas, mesmo as não cirúrgicas, como a fisioterapia, para que o doente esteja ciente de que foi informado de todas as opções.”



Trechos das entrevistas em vídeo com mais informações sobre a mesa-redonda

## Impacto da formação em litigância

Segundo Vítor Parola, diretor do Serviço Jurídico e de Contencioso do CHUC, durante décadas, “o doente era, no sistema de Saúde, um elemento passivo, comparativamente à realidade de hoje, em que, por ser detentor de maior conhecimento, graças ao aumento da literacia em Saúde, tornando-se um elemento ativo”. Nesse sentido, foi realizada, no CHUC, em 2022, uma formação para todos os médicos, “com o objetivo de fornecer mais informação que auxilie, na prática clínica, a cumprir a *leges artis*”. “Após a formação, as ações de pedidos de indemnização civil dirigidos aos médicos diminuíram, bem como os deferimentos das ações, porque os clínicos atuaram em conformidade com as boas práticas”, esclarece.



9h00 | 13h00, Sala B (20 e 21 de outubro)

# Primeiro exame E-BLUS com formadores portugueses certificados pela ESU

Começa esta manhã a realização do exame de European-Basic Laparoscopic Urological Skills (E-BLUS), que, pela primeira vez, contará apenas com formadores portugueses oficialmente certificados pela European School of Urology (ESU). A avaliação decorre hoje, entre as 9h00 e as 13h00, estando marcado um novo turno para amanhã, no mesmo horário.

Segundo Tiago Ribeiro de Oliveira, um dos formadores, o exame consiste na realização de “quatro exercícios cujo objetivo é

treinar e testar as competências técnicas básicas laparoscópicas, como a destreza manual, a coordenação entre os instrumentos, a sensação de profundidade e a capacidade de manipular a agulha e de efetuar suturas intracorpóreas”. “O E-BLUS está inserido nos currículos de formação prática desenvolvidos pela European Association of Urology [EAU] e pela ESU. Um deles é dedicado à laparoscopia e divide-se em três passos: um avançado,



Tiago Ribeiro Oliveira



Vasco Quaresma

um intermédio e um básico, sendo que o E-BLUS corresponde ao nível base”, refere o urologista no Hospital das Forças Armadas/Polo de Lisboa e no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria. Após concluírem este nível de formação, os formandos terão “acesso aos passos mais avançados da ESU dedicados à laparoscopia”. Além de Tiago Ribeiro de Oliveira, a equipa de formadores nacionais no Congresso

Centenário da Associação Portuguesa de Urologia (APU) é composta por Afonso Castro, Daniel Oliveira Reis, Luís Osório, Rodrigo Ramos, Sérgio Pereira e Tiago Mendonça.

Normalmente, o E-BLUS decorre nos congressos da EAU e no European Urology Residents Education Programme (EUREP). Por isso, para Vasco Quaresma, a realização deste exame no contexto nacional permite “torná-lo mais acessível” para os internos. Para o futuro, o presidente do Núcleo de Internos da APU ambiciona que este exame venha a ser anual, para que “todos os formandos tenham pelo menos o primeiro passo do treino em laparoscopia quando acabam o internato de Urologia”.

Desta forma, preconiza o interno do quinto ano da especialidade de Urologia no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, “quando se deslocarem ao estrangeiro, os formandos poderão completar os restantes níveis”. “O nosso objetivo é criar este modelo de formação para outras técnicas”, acrescenta Vasco Quaresma. E reforça: “Queremos uniformizar e elevar a qualidade dos internos portugueses.”

◀ Diana Vicente

19h15

## Programa social com corrida e degustação de cerveja artesanal



Ponte de Santa Clara

Acerrar o dia de hoje e antes do jantar de palestrantes, haverá uma corrida, na qual todos os congressistas poderão participar, ajudando a levar as celebrações do congresso centenário da Associação Portuguesa de Urologia (APU) para as ruas da cidade de Coimbra. O percurso terá início no Convento de São Francisco, terminando junto à margem sul do rio Mondego, na Ponte de Santa Clara. “No espírito deste ani-

versário, decidimos reforçar o programa social do congresso e promover a interação fora do âmbito profissional, motivo pelo qual surge a corrida”, explica Miguel Eliseu, um dos responsáveis pela dinamização da atividade.

Apesar de reconhecer que “a vertente científica é o foco do evento”, o urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra salienta a importância dos momentos de troca de ideias e experiências em contexto mais descontraído. “A comunidade urológica portuguesa é relativamente pequena, por isso, é sempre bom fomentarmos a continuidade da relação de amizade que deve existir entre todos os centros, particularmente com os mais jovens, que estão a integrar este universo.”

Assim, a comissão organizadora convida todos os inscritos no congresso a participarem, hoje, pelas 19h15, na corrida, “durante a qual poderão utilizar as t-shirts alusivas ao centenário da APU, elaboradas com esse propósito”. “Queremos que o mo-

mento fique devidamente registado”, afirma. Ainda sobre esta atividade, o urologista coimbreense informa que está planeada também uma modalidade de caminhada para quem assim o preferir.

No final da corrida, todos os congressistas, participantes e não participantes na corrida, estão ainda convidados para uma degustação de cerveja artesanal, que irá ocorrer nas instalações da EPICURA, uma cervejaria típica de Coimbra. “Todos os inscritos vão receber um voucher, que é válido durante todos os dias do congresso, para poderem experimentar um produto típico da nossa cidade”, refere Miguel Eliseu, que espera uma elevada adesão em ambas as iniciativas. ◀ Marta Carreiro



9h00 | 16h30, SALA C

# Simpósio de Enfermagem Urológica

O Congresso Centenário da APU inclui o Simpósio de Enfermagem Urológica, cujo programa científico está dividido em três mesas-redondas: reabilitação após cirurgia urológica, sexualidade comprometida e ostomias urinárias. No final, haverá ainda uma palestra sobre os aspetos práticos dos diferentes dispositivos de eliminação urinária.

 **Pedro Bastos Reis**



Enfermeiros Teresa Morais, Licínia Martins e António Janeiro

**D**e acordo com António Janeiro e Licínia Martins, enfermeiros-gestores do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), o programa do Simpósio de Enfermagem “visa não só acompanhar as temáticas do restante congresso, como também apresentar as perspetivas da Enfermagem e as novidades nesta área”.

A sinergia entre os vários profissionais de saúde que trabalham em Urologia é essencial, daí a importância de a Enfermagem estar representada no Congresso da APU. “O urologista acompanha o doente na consulta e no internamento, mas é com os enfermeiros que ele passa grande parte do tempo. Por isso, é essencial que a nossa atuação seja complementar, com a necessária multidisciplinaridade para prestar cuidados de excelência”, explica Licínia Martins.

## Reabilitação do doente após cirurgia

A primeira mesa-redonda será dedicada à reabilitação do doente após cirurgia urológica e vai abrir com a intervenção de Tiago Santos, que falará sobre as novas perspetivas introduzidas pela cirurgia robótica. “No contexto da consulta

externa, a intervenção da Enfermagem não difere entre os casos de cirurgia laparoscópica ou de cirurgia robótica. O que pode divergir é a recuperação do doente e o ónus que colocamos nesses *timings*”, afirma o enfermeiro responsável pela consulta externa de Urologia do Centro Clínico da Fundação Champalimaud, em Lisboa.

Na cirurgia robótica, o tempo intraoperatório é menor e também se tem vindo a verificar uma “diminuição do tempo de internamento dos doentes, que, em média, se situa entre as 24 e as 72 horas”. “Nesse tempo, assistimos a uma recuperação funcional do doente, em termos da sua aptidão para as atividades da vida diária após cirurgia. Posteriormente, verifica-se o mesmo, quer ao nível do controlo urinário quer da função sexual no homem”, nota **Tiago Santos**, salientando, no entanto, a necessidade de um *follow-up* adequado dos doentes para otimizar o processo de recuperação.

De seguida, a enfermeira Daniela Dias abordará o tema “Bexiga nova: autocontrolo na continência urinária”, ao passo que o enfermeiro Ricardo Figueira apresentará o projeto Uroreabilita, desenvolvido no CHUC. “Muitos doentes urológicos sofrem de patologia oncológica, que implica uma carga emocional muito grande e um acompanhamento dos doentes desde a primeira hora após a cirurgia. Assim sendo, faz sentido haver uma equipa de reabilitação própria, como é o caso da Uroreabilita”, explica António Janeiro.

## Desafios da sexualidade comprometida

A mesa-redonda seguinte será dedicada à sexualidade comprometida, que “ainda constitui um tema complexo e controverso”, lamenta Licínia Martins. “A possibilidade de perda da função sexual pode influenciar a adesão à terapêutica por parte dos doentes, que, muitas vezes, têm dificuldades em verbalizar as suas preocupações, daí necessitarmos de ferramentas e estratégias para abordar a sexualidade.”

Na primeira palestra da mesa-redonda, Catarina Ribeiro, enfermeira da Consulta de Onco-Sexologia do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, vai discorrer especificamente sobre as disfunções

sexuais masculinas, começando por destacar a consciencialização.

“Nós, profissionais de saúde, nem sempre mostramos recetividade para que este tema seja falado, mas é importante que as disfunções sexuais sejam abordadas, porque sem diagnóstico não podem ser tratadas”, alerta a preleitora.

Nesse sentido, **Catarina Ribeiro** sublinha que “é necessário dar oportunidade ao doente para que se expresse em relação às alterações que o esperam e aos medos que enfrenta”, procurando, neste processo, falar sobre a sexualidade de forma espontânea. “Se conseguirmos abordar a sexualidade da mesma forma que as outras necessidades humanas fun-



DR



DR

damentais, como a alimentação ou a higiene do sono, o doente percebe a importância do assunto e podemos informá-lo melhor”, realça a enfermeira.

Seguir-se-á a preleção de Teresa Morais, que vai partilhar estratégias adaptativas para enfrentar as disfunções sexuais. “A terapêutica oral é uma medida fácil e acessível, no entanto, nem sempre é a ideal, tendo em conta a situação clínica e as comorbilidades do doente”, começa por realçar a enfermeira no CHUC. Outras estratégias são a administração transuretral de um aplicador descartável, as injeções intracavernosas, os aparelhos de vácuo ou a colocação de próteses penianas.

Todas as opções têm as suas particularidades, pelo que é importante estabelecer uma relação de proximidade entre o enfermeiro e o doente, para ir ao encontro das suas necessidades. Acresce que “os doentes submetidos a uma cirurgia pélvica, por exemplo, podem desenvolver outro tipo de preocupações associadas ao desempenho sexual, o que pode levar a crises de ansiedade e até mesmo a depressões”, alerta Teresa Morais.

Por isso, defende a enfermeira, “é fundamental que as equipas de Enfermagem tenham disponibilidade e valorizem as preocupações do doente” ao nível da sexualidade. Nesta mesa-redonda, estarão ainda em discussão o acompanhamento após a alta hospitalar e a comunicação em

oncossexologia, temas que serão analisados pelos enfermeiros Mário Varandas e Maria Piedade Leão.



### Ostomias urinárias

A última mesa-redonda do Simpósio de Enfermagem Urológica terá as ostomias urinárias como tema central. Segundo Sílvia Vilela, moderadora da sessão e enfermeira no CHUC, “tem havido um grande aumento no número de doentes ostomizados em Portugal”, sendo que “as ostomias urinárias representam 22% dos casos, incluindo as urostomias, as nefrostomias e as cistostomias”.

Esta mesa-redonda terá duas preleções. Na primeira, Tânia Semeano vai falar sobre a gestão de cateteres nas ostomias urinárias, com enfoque na fase inicial de construção da ostomia, nomeadamente no internamento. “Nesta fase, o nosso principal objetivo é prevenir as complicações relacionadas com a obstrução do cateter”, explica **Sílvia Vilela**.

Na segunda apresentação, as enfermeiras Filipa Tavares e Ana Carolina Martins vão incidir sobre a gestão da pele periestomal. “A maior parte das complicações relacionadas com as ostomias urinárias são as lesões da pele, que podem ser iniciais ou tardias”, contextualiza Sílvia Vilela, sublinhando que estas complicações acarretam “implicações económicas e psicológicas”. ◀

## Dispositivos de eliminação urinária

**O** Simpósio de Enfermagem Urológica encerra com a apresentação das várias opções de dispositivos de eliminação urinária. Para Sílvia Vilela, preleitora desta sessão, “não existe um dispositivo ideal para todos os doentes”. “A última resposta é sempre do doente e do cuidador informal. Os critérios de escolha dependem dos gostos, sendo essencial que o dispositivo selecionado proporcione conforto e segurança”, defende a enfermeira do CHUC. Entre as características do doente que devem ser consideradas aquando da escolha do dispositivo de eliminação urinária “são de destacar a destreza manual, a motricidade fina e as condições do abdómen e do estoma”.



Excertos em vídeo das entrevistas com alguns dos organizadores e intervenientes no Simpósio de Enfermagem Urológica

# APU edita livro comemorativo do centenário

**D**esde a manhã de sexta-feira, todos os participantes neste Congresso Centenário estão a receber um exemplar do livro editado com o objetivo de assinalar os 100 anos desde a fundação da Associação Portuguesa de Urologia (APU). A oferta integra o kit de congressista, que também inclui uma t-shirt comemorativa do centenário e um voucher para utilizar, até domingo, na cervejaria EPI-CURA.

Com prefácio do atual bastonário da Ordem dos Médicos, Carlos Cortes, e nota de abertura de Miguel Silva Ramos, presidente da APU, o livro tem cinco capítulos. “História da especialidade de Urologia” é o primeiro, escrito por Alfredo Soares, que explana



as origens da Urologia portuguesa, muito antes da criação da APU. Segue-se o capítulo “História do ensino e da prática clínica de Urologia em Portugal”, no qual Mário Reis e Alfredo Mota apresentam a história do ensino desta área no Porto e em Coimbra, respetivamente, ao passo que Vítor Vaz Santos e Luís Campos Pinheiro partilham algumas das suas memórias sobre a evolução da Urologia em Lisboa.

O terceiro capítulo, intitulado “Galeria de honra dos presidentes da Associação Portuguesa de Urologia”, é composto por breves biografias de to-

dos os 23 presidentes da APU e foi escrito pela jornalista Rita Vassal, que também colaborou no quarto capítulo. Intitulado “História da Associação Portuguesa de Urologia - 1923-2023”, aborda o nascimento da APU e os principais marcos de cada conselho diretivo, desde o primeiro, presidido por Artur Ravara, até ao atual, presidido por Miguel Silva Ramos.

O livro termina com o capítulo “Relações internacionais da Associação Portuguesa de Urologia”, no qual Manuel Mendes Silva escreve sobre os factos, os acontecimentos e os protagonistas das relações ibéricas, lusófonas e ibero-americanas em Urologia. Por sua vez, Adriano Pimenta partilha um testemunho sobre as relações luso-francesas.

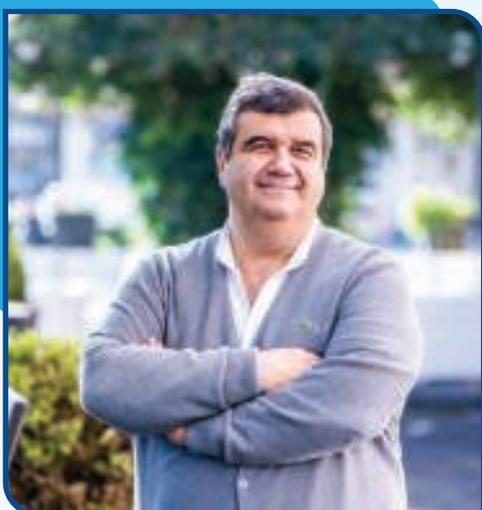
A edição do livro *100 Anos da Associação Portuguesa de Urologia* contou com o patrocínio da Recordati. Ao longo de 335 páginas, resume-se um século de atividades, conquistas, desafios e inovações no seio da APU, homenageando todos os que fizeram e continuam a fazer parte da sua história. ◀ **Marta Carreiro**

9h30 | 10h20

# Inovação em urologia funcional

A primeira mesa-redonda de hoje, dedicada à urologia funcional, arranca com uma preleção sobre novos biomarcadores e o papel que os mesmos poderão desempenhar na abordagem da bexiga hiperativa. Segue-se uma preleção centrada na colocação de esfíncter artificial para o tratamento da incontinência urinária de esforço na mulher, com a discussão em torno das vantagens e particularidades desta técnica. A sessão termina com um *update* sobre a neuromodulação sagrada, cuja evolução tecnológica tem permitido tratar cada vez mais doentes.

 Pedro Bastos Reis



A apresentação de **Rui Pinto** sobre biomarcadores na síndrome da bexiga hiperativa terá, segundo o próprio, dois objetivos: “Revisitar a sua evolução ao longo dos últimos anos e relevar a sua utilidade clínica”. “Na última década, estudámos biomarcadores com possível aplicação clínica no diagnóstico, no prognóstico e na resposta terapêutica. No entanto, nenhum se revelou consensual na comunidade urológica”, contextualiza o urologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto.

Ainda assim, e de acordo com o também presidente da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia, “a investigação evoluiu muito nos anos mais recentes”. “Há 10 anos, um parâmetro clínico poderia ser considerado um biomarcador. Hoje, o foco estará nos marcadores moleculares ou metabólicos”, explica. Rui Pinto destaca, por exemplo, “o papel das neurotrofinas urinárias, como o fator de crescimento nervoso e o fator neurotrófico derivado do cérebro”.

Contudo, conforme adverte o urologista, o recurso a um biomarcador ainda não está implementado na prática clínica de uma forma universal, “sendo necessários mais estudos randomizados que permitam a sua validação”. Nesse sentido, Rui Pinto revela-se otimista, antevendo que possam vir a ter um papel decisivo no futuro, sobretudo na previsão da resposta à terapêutica. “Neste cenário, os biomarcadores poderão ajudar-nos a escolher as terapêuticas mais eficazes”, antecipa.



## Esfíncter artificial

Em seguida, **Luis López-Fando** incidirá na colocação do esfíncter artificial no tratamento da incontinência urinária de esforço na mulher. “Recorremos a este procedimento em casos de incontinência urinária refratária após a utilização de *slings* ter falhado, em casos de doença complexa, em doentes com deficiência intrínseca do esfíncter e em casos neurogénicos com problemas no esfíncter”, resume o urologista no Hospital Universitário La Princesa e na Clínica UroLF, ambos em Madrid.

Notando que a utilização do esfíncter artificial “não é o primeiro passo para tratar a incontinência de esforço”, o especialista defende que esta técnica “também não deve ser a última opção”, uma vez que se tem revelado eficaz, inclusive em casos complexos da doença. Nesse sentido, defende “a individualização do tratamento das doentes”.

Alertando que a implementação de um esfíncter artificial “não é uma cirurgia para principiantes”, Luis López-Fando considera que é necessária “alguma experiência e ter atenção aos detalhes, uma vez que respeitar as etapas é muito importante”. Esta técnica é implementada, sobretudo, através de uma abordagem laparoscópica que, segundo o preletor, “é tão eficaz quanto a cirurgia robótica”. “Pela via laparoscópica, conseguimos desenvolver esta cirurgia com segurança e com os mesmos resultados que na robótica. Mas, é necessário ter experiência”, conclui.



## Neuromodulação

Por fim, **Ricardo Pereira e Silva** vai discorrer acerca da neuromodulação sagrada, “uma área muito dinâmica, que tem vindo a evoluir muito ao longo do tempo do ponto de vista tecnológico e da experiência das equipas de implantação”. “Tal, tem permitido expandir, largamente, os horizontes, as indicações e os limites da técnica”, afirma o urologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria.

Entre os avanços nesta área, Ricardo Pereira e Silva evidencia a possibilidade de recorrer tanto a dispositivos recarregáveis como não recarregáveis, que podem ser escolhidos mediante as necessidades de cada doente. “Neste momento, temos também possibilidade de efetuar a reprogramação do dispositivo durante a consulta, uma mudança drástica de paradigma, que permite uma maior proximidade com o doente e uma grande capacidade de intervenção no tratamento em curso”, acrescenta o preletor. Esta inovação tecnológica e a consequente experiência adquirida têm permitido também o aumento das indicações para a neuromodulação sagrada, que, “de um ponto de vista mais estrito, estava recomendada para a bexiga hiperativa refratária, para a retenção urinária crónica não obstrutiva e para a incontinência anal”. “As indicações têm vindo a aumentar e, atualmente, esta técnica já é implementada em doentes neurológicos, nomeadamente em casos de esclerose múltipla, de polineuropatia amiloidótica familiar e em doentes após acidente vascular cerebral”, concretiza o urologista. E conclui: “Os limites da neuromodulação são cada vez mais amplos. Conseguimos chegar a cada vez mais doentes, e com cada vez mais eficácia.” ◀

10h50 | 12h30

# Avanços na abordagem do carcinoma da próstata

Na mesa-redonda dedicada ao carcinoma da próstata serão discutidos vários aspetos da evolução dos cuidados prestados neste âmbito. Após a apresentação de um caso histórico, seguem-se intervenções sobre os limites da vigilância ativa, a importância do teste genético, a terapia de privação androgénica e os dez anos de experiência de tratamento com um antianandrogénio não esteroide.

**Marta Carreiro**

A apresentação do caso histórico ficará à responsabilidade de **Tito Leitão**, urologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria. “Vamos acompanhar um caso típico de carcinoma da próstata ao longo dos tempos, salientando a enorme evolução que houve no diagnóstico, no tratamento e no impacto da doença na sobrevida e na qualidade de vida doentes”, antecipa. O preletor salienta que “houve vários marcos no diagnóstico do cancro da próstata, que demarcam eras pré e pós-PSA [sigla em inglês para antígeno específico da próstata], que continua a ser o melhor marcador tumoral em toda a Oncologia, e uma era pré e pós-ressonância multiparamétrica da próstata”.

No que diz respeito à terapêutica, Tito Leitão destaca que houve também grandes mudanças de paradigma ao longo do tempo, “como o aparecimento da hormonoterapia num cenário em que não havia tratamento”. “Mais tarde, surgiu a prostatectomia radical, uma terapêutica já com intenção curativa, embora inicialmente associada a uma significativa morbilidade. Subsequentemente, o aparecimento da laparoscopia e, mais recentemente, da cirurgia robótica, a par do melhor conhecimento da própria anatomia da próstata, veio possibilitar tratar estes doentes com menor morbilidade e melhores resultados funcionais”, resume o urologista.

## Vigilância ativa

A sessão prosseguirá com a intervenção de **Nicolas Mottet**, que irá incidir nos limites da vigilância ativa, nomeadamente nos doentes com carcinoma da próstata de risco intermédio. Segundo o responsável pelo Departamento de Urologia do Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Étienne, em França, a sua preleção dividir-se-á em duas partes. “Vou começar por refletir sobre o conhecimento

do risco intermédio, em particular sobre o atual score, que pode estar a limitar os doentes aos quais oferecemos esta opção”, adianta.

Já a segunda parte da preleção será dedicada à análise dos resultados do ensaio PROTECT<sup>1</sup>, publicado este ano, que “envolveu mais de 1600 homens com diagnóstico de carcinoma da próstata de risco baixo [60%] e intermédio [40%], seguidos ao longo de 15 anos, com o objetivo de avaliar a eficácia dos tratamentos”. Entre estes, inclui-se a vigilância ativa. “Apesar de, no estudo, a vigilância ativa não ter sido feita da forma mais adequada, é interessante ver que, ao final de 15 anos, a sobrevivência específica foi igual à dos doentes que realizaram prostatectomia radical e aos que fizeram radioterapia externa”, conclui Nicolas Mottet.

## Testes genéticos

A importância do teste genético na gestão do carcinoma da próstata será alvo de análise por parte de **Enrique Grande**, responsável pelo Departamento de Oncologia do MD Anderson Cancer Center, em Madrid, Espanha. Considerando o teste genético “um avanço que está a mudar, de forma drástica e muito relevante, as opções de tratamento”, o preletor evidencia o facto de este permitir “selecionar os doentes mais sensíveis às novas terapêuticas”.

Nesse sentido, o especialista dá o exemplo dos novos fármacos orais para tratamento do carcinoma da próstata resistente à castração, concretamente os novos inibidores da poli(ADP-ribose) polimerase. “Este é um grupo de doentes que antes estava limitado à quimioterapia, tratamento com efeitos adversos significativos. Com estas novas opções, dirigidas a

alterações genéticas concretas, entre 8% a 30% dos doentes passaram a ter uma alternativa que aumenta a sobrevivência e a qualidade de vida, oferecendo a possibilidade de reduzir o tamanho dos tumores”, afirma.

Em seguida, Philip Cornford, urologista nos Royal Liverpool and Broadgreen University Hospitals, no Reino Unido, falará dos desafios e das perspetivas futuras da terapia de privação androgénica na prática clínica atual (ver página seguinte).

## Uma década de experiência

A sessão terminará com a apresentação de **Javier Burgos Revilla**, que partilhará a sua experiência de dez anos no tratamento de carcinoma da próstata com enzalutamida. “Nos últimos anos, surgiram uma série de moléculas que aumentaram a sobrevida dos doentes com carcinoma da próstata, mesmo em cenários mais adversos, como os casos de cancro da próstata metastático hormonosensível ou resistente à castração”, contextualiza o chefe do Serviço de Urologia do Hospital Universitario Ramón y Cajal, em Madrid.

Segundo o professor, a enzalutamida, em combinação com um análogo da hormona libertadora da hormona luteinizante (LHRH, na sigla em inglês), demonstrou “um impacto importante na sobrevivência e na sobrevivência livre de progressão nestes doentes, especialmente no carcinoma da próstata hormonosensível ainda não tratado com privação de androgénios”. “Os primeiros ensaios clínicos com a enzalutamida demonstram este efeito tanto em doentes polimetastáticos como oligometastáticos”, acrescenta, defendendo que o mais importante, face às opções existentes, “é selecionar a molécula cujo perfil de toxicidade melhor se adapte ao doente”. ◀



Referência: 1. Hamdy FC, et al. N Engl J Med. 2023;388(17):1547-1558.

# Desafios e perspectivas futuras da terapia de privação androgénica

Os desafios e as perspectivas futuras da terapia de privação androgénica na prática clínica atual serão abordados por **Philip Cornford** na mesa-redonda dedicada ao carcinoma da próstata, que se realiza entre as 11h00 e as 12h30. Em entrevista, o **urologista nos Royal Liverpool and Broadgreen University Hospitals, no Reino Unido**, destaca o papel do relugolix, em particular no tratamento da doença metastizada. A apresentação conta com o apoio da Accord Healthcare.

Marta Carreiro



a revelar-se como um tratamento sistémico eficaz, contribuindo para a atribuição do Prémio Nobel de Fisiologia ou Medicina a Charles Huggins, em 1966. Além disso, verificámos a mais-valia de adicionar a terapia de privação androgénica à radioterapia, em diferentes formas, o que também considero um passo importante na abordagem dos doentes com carcinoma da próstata.

## Apesar das comprovadas vantagens, existem desafios na utilização da terapia de privação androgénica?

Na minha opinião, o principal desafio é que este tratamento exige manutenção ao longo da vida, principalmente nos homens com doença metastática. Como estes doentes estão a viver durante mais tempo, temos constatado, cada vez mais, a ocorrência de eventos adversos relacionados com a utilização prolongada da terapia de privação androgénica, nomeadamente desmineralização óssea, aumento do

risco cardiovascular e risco acrescido de desenvolver síndrome metabólica. Assim, temos de estar alerta para prevenir ou gerir da melhor forma esses eventos adversos.

## Quais são as mais-valias do relugolix, comparativamente a outras opções da sua classe terapêutica?

O relugolix é o primeiro antagonista oral do recetor da hormona libertadora de gonadotrofina [GnRH] e atua de forma um pouco diferente da terapêutica tradicionalmente utilizada para gerir a privação androgénica, os agonistas da GnRH, que têm dois problemas. Primeiro, nos casos com metastização generalizada, a necessidade de um tratamento adicional para assegurar que a doença não evolui antes de ficar sob controlo, devido ao aumento dos níveis de testosterona provocado por estes fármacos, so-

bretudo no início do tratamento. O relugolix não tem este efeito, logo não implica tratamento adicional.

Depois, as outras terapias de privação androgénica são de administração injetável. Sendo um fármaco de administração oral, o relugolix oferece ao doente a simplicidade e o conforto de ser tratado no seu domicílio, ao invés de se deslocar ao hospital para ser submetido a injeções. É também de sublinhar o risco de irritações no local de injeção, efeito indesejável notificado por cerca de um terço dos doentes após a primeira injeção. Este efeito indesejável é, certamente, algo que os doentes desejam evitar.

## Vai sustentar a sua apresentação na evidência científica ou na experiência de vida real?

Vou apresentar dados de ambas. Quanto à evidência científica, vou centrar-me, sobretudo, nos resultados do estudo HERO<sup>2</sup>, que demonstrou o bom perfil de eficácia e segurança do relugolix nos doentes com carcinoma da próstata metastático [ver caixa].

## Que futuro vislumbra para as terapias de privação androgénica na gestão do carcinoma da próstata?

Considero que a tendência será intensificar a privação androgénica, colocando-se, depois, a questão se será possível parar esta terapia. Um dos efeitos mais entusiasmantes do relugolix é que consegue um retorno mais rápido da testosterona do que o tratamento convencional<sup>1</sup>. Então, através de um regime intensificado, mas com tratamento intermitente, os benefícios verificam-se mais rapidamente do que com a terapêutica convencional. Penso que este é o grande avanço proporcionado pelo relugolix. ◀

**Referências:** 1. Resumo das características do medicamento Orgovyx®. Data da última atualização: julho de 2023. 2. Shore ND, et al. N Engl J Med. 2020;382:2187-2196.



Excertos da entrevista em vídeo com Philip Cornford

## Qual é o panorama atual do tratamento do carcinoma da próstata?

Temos assistido a uma melhoria significativa das terapêuticas disponíveis para o carcinoma da próstata, nomeadamente nos últimos 50 anos. Consequentemente, a expectativa de vida dos homens com doença metastática duplicou, passando de quatro para sete a oito anos, sobretudo devido à introdução de regimes terapêuticos mais intensos, o que é verdadeiramente entusiasmante.

## Que lugar ocupa a terapia de privação androgénica e quais são as suas vantagens, comparativamente a outras opções de tratamento médico?

A terapia de privação androgénica tem sido "a espinha dorsal" do tratamento do carcinoma da próstata metastizado. Esta classe terapêutica foi a primeira

## Estudo HERO<sup>2</sup> – principal conclusão

**O perfil de eficácia e segurança do relugolix foi avaliado no estudo HERO, que incluiu homens que necessitam de, pelo menos, um ano de terapia de privação androgénica, com recorrência de carcinoma da próstata após radioterapia ou cirurgia, ou com diagnóstico recente de carcinoma da próstata avançado e sensível à castração. Neste estudo, o relugolix foi comparado com a leuprorrelina, tendo alcançado uma supressão mais rápida e prolongada dos níveis de testosterona, com redução de 54% no risco de eventos adversos cardiovasculares importantes.**

A presença de Philip Cornford no Congresso Centenário da APU, que originou esta entrevista, é patrocinada pela Accord Healthcare.

accord

14h30 | 15h15

# Desafios e oportunidades da inteligência artificial em Medicina

Na mesa-redonda "Inteligência artificial em Urologia", dois especialistas em Tecnologias da Informação discutem as mais-valias e os constrangimentos da aplicação da inteligência artificial (IA) no âmbito da Medicina, concretamente da Urologia. O convidado francês vai ainda apresentar um *software* desenvolvido a partir de um algoritmo de IA, que consegue criar um modelo 3D do doente, permitindo ao cirurgião definir, pré-operatoriamente, a melhor estratégia a aplicar.

**Diana Vicente**



Rogério Canhoto



Luc Soler

## Inteligência artificial como suporte cirúrgico

Na segunda preleção da mesa-redonda, Luc Soler, especialista em Ciências da Computação e docente na Faculdade de Medicina da Universidade de Estrasburgo, em França, vai apresentar um *software* desenvolvido pelo laboratório digital Visible Patient, ao qual preside, que permite criar um modelo 3D do doente a partir de um algoritmo de IA. Assim, "pré-operatoriamente, o cirurgião pode definir a melhor estratégia cirúrgica a aplicar de acordo com a cópia virtual do doente". O projeto consiste num "laboratório *online* para o qual os médicos enviam as imagens clínicas, recebendo uma cópia 3D do doente", explica o preletor.

Segundo Luc Soler, "é frequente esta ferramenta fazer alterar a estratégia inicial pensada a partir da imagem médica, permitindo chegar a um plano terapêutico mais adequado". A redução do tempo da cirurgia e, consequentemente, da isquemia é um dos benefícios deste *software* no contexto da Urologia. No entanto, a sua "maior vantagem é a diminuição da morbilidade pós-operatória, porque permite ver, atempadamente, as especificidades da anatomia do doente, o que é realmente benéfico, já que todos são diferentes", frisa o especialista.

Um exemplo do impacto positivo desta ferramenta baseada num algoritmo de IA foi uma cirurgia realizada numa criança de 5 anos, com um tumor nos rins, que necessitava de transplante. "Devido à reconstrução 3D, apenas se realizou uma nefrectomia parcial em cada rim", conta Luc Soler.

Em jeito de conclusão, o preletor afirma que "a IA pode ser uma ferramenta importante para o trabalho dos cirurgiões". Contudo, "é apenas uma ajuda e necessita do controlo humano, implicando que os cirurgiões acompanhem a evolução". Outra possível aplicação desta ferramenta de IA é no campo da educação, o que, na perspetiva de Luc Soler, "é muito importante para promover a atualização dos médicos e otimizar a prática clínica no futuro".

Na primeira intervenção, Rogério Canhoto, *chief business officer* na PHC Software, vai refletir sobre os desafios da inteligência artificial (IA) nos dias de hoje. "No contexto digital, surgem constantemente novas soluções e disrupções que alteram o nosso dia-a-dia. No setor da Saúde, a IA está a alterar práticas com dezenas de anos", introduz. Considerando este panorama, um dos objetivos da sessão é "descodificar conceitos muito utilizados" nesta área tecnológica para "capacitar a classe médica". Segundo o preletor, neste momento, "existem dois grandes tipos de IA que vão ter impacto no quotidiano dos médicos: a generativa, como é o caso do ChatGPT, e a funcional, relacionada com o *machine learning* e o *deep learning*".

Rogério Canhoto explica que as mais-valias da IA generativa no dia-a-dia dos médicos são, sobretudo, "a transcrição de conversas com os doentes, o auxílio à decisão terapêutica, o acompanhamento do doente à distância e até a preparação para uma conversa difícil". Com a IA funcional, por sua vez, "os médicos podem acelerar processos, ser mais eficazes nos diagnósticos e evitar erros".

Este especialista em Tecnologias da Informação admite que a IA "pode ser encarada como uma ameaça e uma oportunidade", embora dê ênfase à segunda

hipótese. Isto porque "a IA permite economizar recursos, uma vez que ajuda a obter melhores diagnósticos, com mais precisão e em menos tempo, ou seja, resulta numa maior eficiência e, consequentemente, numa melhoria da qualidade de vida dos doentes". Além disso, este recurso tecnológico "possibilita maior produtividade", ao libertar o ser humano de muitas tarefas repetitivas, considera o também docente no Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, em Lisboa.

Não obstante, no contexto da Medicina, a IA também apresenta desafios, nomeadamente ao nível ético, moral e legislativo. "Há o desafio de o regulador compreender as mais-valias dos novos recursos tecnológicos, mas, ao mesmo tempo, proteger os doentes. Perante situações de vida ou morte, de decidir administrar mais ou menos tratamento, é sempre necessário recorrer aos conselhos de ética", afirma Rogério Canhoto.



Declarações em vídeo dos dois oradores da mesa-redonda dedicada à inteligência artificial

## Conselhos para a aplicação da IA

**“As novidades surgem à velocidade da luz e, neste momento, as grandes marcas estão a investir na inteligência artificial [IA] funcional. É necessário que os profissionais de saúde experimentem as novas ferramentas no seu dia-a-dia, começando pela IA generativa, que é mais simples, a partir da qual podem repensar e otimizar a sua prática diária. O regulador, por sua vez, tem de estar envolvido na aplicação das ferramentas de IA.” Rogério Canhoto**



## O MUNDO É O NOSSO LABORATÓRIO

A Recordati é uma multinacional com presença em mais de 100 países no mundo inteiro, que aposta desde 1927 na investigação e no desenvolvimento de novos medicamentos e moléculas para o tratamento de patologias como a dislipidemia, a hipertensão, as doenças da próstata e as doenças orfãs. Com provas dadas de inovação científica, não vamos parar até alcançarmos o nosso maior desiderato: oferecer mais e melhor saúde a todas as pessoas.



**RECORDATI**

Avenida Jacques Delors,  
Ed. Inovação 1.2, Piso 0, Tagus Park, 2740-022 Póvoa do Varzim, Portugal  
Tel. (351) 21 432 85 00 Fax. (351) 21 915 19 30  
[www.piba-recordati.pt](http://www.piba-recordati.pt)

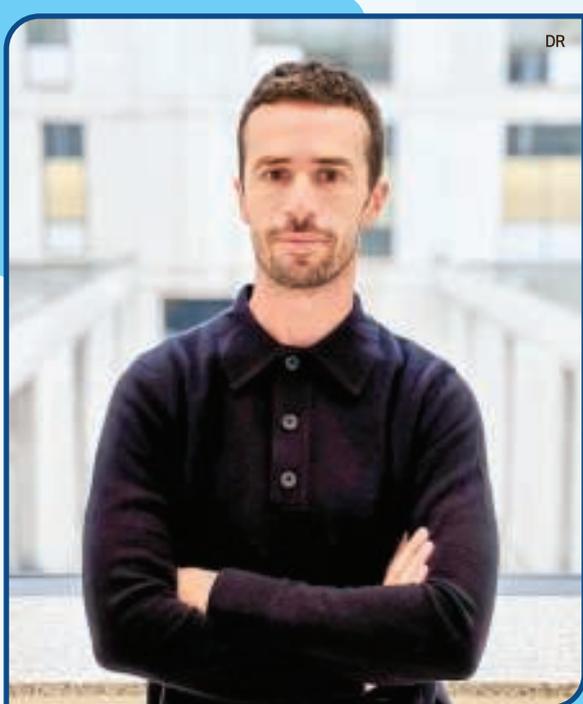
Capital Social de 2.000.000,00 (Euro) • Contribuinte nº 506492967 inscrita na Conservatória do Registo Comercial de Cascais sob o mesmo número

15h45 | 16h50

# Inovações para o carcinoma do urotélio

Apesar de, até há pouco tempo, as opções terapêuticas serem escassas, nos últimos anos, surgiram várias novas classes farmacológicas que prometem alterar o prognóstico dos doentes com carcinoma do urotélio metastizado. Essas novas respostas serão discutidas na mesa-redonda dedicada a esta neoplasia.

**Pedro Bastos Reis**



DR

O paradigma começou a mudar com o surgimento de novos fármacos, como o avelumab, um anticorpo anti-PDL1, que “foi o primeiro agente de imunoterapia a ser experimentado numa lógica de manutenção e não de progressão”. Tal abordagem sustenta-se, sobretudo, nos resultados do estudo JAVELIN Bladder 100<sup>1</sup>, um ensaio clínico de fase III, que analisou o desempenho do avelumab no tratamento dos doentes com carcinoma do urotélio metastático que não progrediram após quatro a seis ciclos de quimioterapia.

“O JAVELIN Bladder 100<sup>1</sup> demonstrou que, nos doentes que não progridem com a quimioterapia, iniciar imediatamente a imunoterapia de manutenção tem benefícios de sobrevida muito significativos, nomeadamente um aumento de quase nove meses na sobrevivência global”, sublinha Jorge Dias (ver caixa). Ao que acrescenta: “Um terço dos doentes tratados com avelumab durante mais de um ano ainda não atingiu a sobrevivência mediana. Este é o grande benefício

da imunoterapia: entre os doentes que respondem ao tratamento, é possível obter respostas cinco ou seis vezes superiores às que se verificam nos braços de controlo com quimioterapia<sup>1,2</sup>”

## Avelumab nas guidelines

Perante os resultados significativos da evidência científica<sup>1</sup>, as principais *guidelines* internacionais, nomeadamente da European Association of Urology<sup>3</sup>, da National Comprehensive Cancer Network<sup>4</sup> e da European Society for Medical Oncology<sup>5</sup>, “definiram o tratamento de manutenção com avelumab como o *gold standard* nos doentes elegíveis para quimioterapia com platina que não progridam sob esta terapêutica”, afirma Jorge Dias.



**Destaques em vídeo da entrevista com Jorge Dias**

Segundo o urologista, até há pouco tempo, “existiam dúvidas quanto à aplicabilidade da quimioterapia paliativa com platina em doentes que realizaram quimioterapia perioperatória com o mesmo agente”. Contudo, “se o doente foi tratado há mais de um ano através de quimioterapia neoadjuvante com platina, é seguro e recomendado repeti-la, porque só assim se consegue passar para a terapêutica de manutenção, a que prolonga mais a sobrevida de todos os fármacos estudados no contexto do cancro urotelial”. Se a progressão acontecer antes dos seis ou 12 meses, “deve-se avançar para a imunoterapia em segunda linha, porque a probabilidade de haver resistência à platina é significativa”, recomenda o preletor.

Entretanto, “novas classes farmacológicas têm sido estudadas, nomeadamente os conjugados anticorpo-fármaco e os inibidores dos recetores do fator de crescimento de fibroblastos [FGFR, na sigla em inglês]”, destaca Jorge Dias. E conclui: “Da conjugação destes agentes, vamos conseguir prolongar significativamente a vida dos doentes. O segredo está em saber sequenciar a terapêutica da melhor forma.” ◀

## JAVELIN Bladder 100: principais resultados<sup>1,2</sup>

**23,8 meses** de sobrevivência global com avelumab, versus 15 meses no grupo de controlo com quimioterapia.

**5,7 meses** de sobrevivência livre de progressão nos doentes com PDL-1 positivo tratados com avelumab, versus 2,1 meses no grupo de controlo com quimioterapia.

**Referências:** 1. Powles T, et al. *N Engl J Med*. 2020;383(13):1218-1230. 2. Powles T, et al. *J Clin Oncol*. 2023;41(19):3486-3492. 3. Cathomas R, et al. *Eur Urol*. 2022;81(1):95-103. doi: 10.1016/j.eururo.2021.09.026. 4. Flaig TW, et al. *J Natl Compr Canc Netw*. 2022;20(8):866-878. doi: 10.6004/jnccn.2022.0041. 5. Powles T, et al. *Ann Oncol*. 2022;33(3):244-258. doi: 10.1016/j.annonc.2021.11.012.

PUB.

PT-MULO-00041 Data de aprovação: 10/2023

**VIBRANT TALKS**  
ON ONCOLOGY

powered by  
**MERCK**

27' JAN '24

'PORTO DE LEIXÕES' PORTO

**SAVETHEDATE**



### Melhorar o acompanhamento

Em seguida, **Juan Luis Vasquez** irá mostrar como melhorar o diagnóstico, o estadiamento e o tratamento do carcinoma do urotélio alto. “O objetivo passa por mostrar quais são os principais desafios, pois não é fácil identificar a estratégia correta para estes doentes”, afirma o preletor. E adianta: “Por um lado, existem dificuldades associadas ao material histológico que recolhemos, que complicam a seleção do tratamento adequado, seja local ou radical”. Tal deve-se ao facto de, conforme explica o urologista no Zealand University Hospital, em Roskilde, na Dinamarca, “estes tumores serem muito heterogêneos e de os fragmentos das biópsias serem muito pequenos, dificultando a sua análise”. “Além disso, muitas vezes, estas amostras são retiradas da parte boa do tumor, sendo que, no momento da cirurgia, verificamos que cerca de 40% dos casos apresentam uma doença mais avançada”, acrescenta.

Mas, como frisa Juan Luis Vasquez, existem algumas ferramentas que podem ajudar no processo de diagnóstico e, consequentemente, na escolha do tratamento. “Uma delas é saber diferenciar os tumores de alto risco dos de baixo risco”, refere. Neste âmbito, nota que “as *guidelines* europeias distinguem os dois grupos consoante o tamanho do tumor e a multifocalidade”. “Se tiver

menos de dois centímetros, é de baixo risco; se for superior, é de alto risco.” Neste processo de caracterização dos tumores, o preletor destaca “a importância da tomografia de coerência óptica [OCT] e da microscopia confocal, que permitem verificar diretamente se um tumor é de alto ou baixo risco, bem como a sua profundidade”.

No que concerne ao tratamento, Juan Luis Vasquez lamenta “a escassez de evidência científica, por se tratar de uma patologia rara”. No entanto, aponta o recurso à ressecção transuretral como método preferencial, sendo que “nos tumores de alto risco podem-se utilizar outras técnicas, nomeadamente o tratamento *laser* ou uma abordagem percutânea”, defendendo, assim, a adoção de estratégias de tratamento locais que possibilitem a preservação do órgão. “Se fizermos uma cirurgia radical num doente com um tumor de baixo risco, não iremos obter resultados melhores, estaremos apenas a sobtratá-lo, desnecessariamente”, concretiza.

### Novidades no tratamento

Por sua vez, **Manuel Castanheira de Oliveira** irá abordar as novas opções de tratamento no carcinoma urotelial metastizado. Segundo o urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Santo António, no Porto, “a quimioterapia melhorou o

prognóstico destes doentes, mas, ainda assim, os resultados são muito limitados, com impacto reduzido na sobrevida”. “Por outro lado, por serem normalmente doentes mais debilitados, grande parte não tem sequer condições para fazer o tratamento”, esclarece.

Nesse sentido, Manuel Castanheira de Oliveira realça as opções terapêuticas que têm surgido nos últimos seis anos, em particular a imunoterapia, considerada “a grande inovação nesta área a partir de 2016”. “Apesar de os resultados iniciais terem sido muito animadores, é um tratamento que, hoje em dia, só está aprovado para os doentes que apresentam progressão após quimioterapia ou que não tenham condições para a fazer”, explica.

Mais recentemente, apareceram as combinações entre anticorpos monoclonais e fármacos, das quais o preletor destaca o enfortumab vedotina, que surgiu em 2019. “Neste momento, já está aprovado em terceira linha após quimioterapia e imunoterapia, apresentando muito bons resultados”, nota Manuel Castanheira de Oliveira. Além disso, chama a atenção para “o número crescente de estudos de avaliação da sua eficácia em primeira linha nos doentes metastizados, em detrimento da quimioterapia, assim como os que estão a surgir em contexto pré-operatório para a doença localizada”.

Por outro lado, o urologista destaca os primeiros resultados dos estudos de vida real com estes combinados anticorpo-fármaco, divulgados no final de 2022. “De facto, os resultados comprovaram os efeitos dos estudos de fases 2 e 3. Ainda que exista um longo caminho por percorrer no tratamento do carcinoma do urotélio, estes dados representam mais um passo neste percurso”, conclui.

No que diz respeito ao futuro, Manuel Castanheira de Oliveira refere que estão em curso estudos de fase III que avaliam a utilização de enfortumab vedotina em combinação com imunoterapia em primeira linha terapêutica. “Esperamos resultados nos próximos dois a três anos. Se este tratamento for aprovado e demonstrar ser melhor do que a quimioterapia, será uma quebra de barreiras de anos numa doença que, em termos de novidades terapêuticas, tem sido o parente pobre da Urologia.” ◀

## Instantes



VER MAIS FOTOGRAFIAS COM INSTANTES DO DIA PRÉ-CONGRESSO

15h15 | 15h45

# Desafios e complicações no transplante renal

A mesa-redonda de transplantação renal dividir-se-á em dois momentos. No primeiro, serão focadas as particularidades da doença renal poliquística autossómica dominante, com espaço para refletir sobre o recurso à nefrectomia pré-transplante. O segundo momento centrar-se-á nas complicações após o transplante e nas soluções existentes para as mesmas, sendo de realçar os casos que podem levar à falência do enxerto, como as trombozes arteriovenosas.

**Pedro Bastos Reis**



**C**aberá a **Pedro Nunes** falar da abordagem à doença renal poliquística autossómica dominante, uma patologia que, segundo o urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), “os especialistas devem conhecer e estar à vontade para manejar”. “Esta população pode representar 20% a 30% dos candidatos a transplante renal, o que coloca desafios à equipa de transplantação, que muitas vezes pede ao urologista para se manifestar sobre esta patologia”, adverte o preletor.

Nesse sentido, o também vice-presidente da Associação Portuguesa de Urologia vai explicar como estudar estes doentes e refletir sobre as indicações para fazer nefrectomia pré-transplante.

“Tradicionalmente, a nefrectomia só era realizada em casos de hemorragia, infeção dos quistos ou conflito de espaço. Hoje em dia, pensa-se que alguns doentes podem beneficiar dela no pré-transplante”, afirma Pedro Nunes, salientando a importância crescente da abordagem laparoscópica. “É um desafio cirúrgico, mas achamos que tem vantagens, não só pela via de abordagem, com uma recuperação mais fácil, mas também para não comprometer o território em que se vai fazer o implante do enxerto.”

Pedro Nunes nota ainda que a doença renal poliquística autossómica dominante afeta uma população que “mantém diurese até tarde, pelo que a nefrectomia, por vezes, também tem inconvenientes, uma vez que são doentes que mantêm alguma função renal, que lhes confere uma melhor qualidade de vida”. “Contudo, também se pensa que a nefrectomia profilática melhora a capacidade de controlo de algumas complicações decorrentes da doença renal crónica, como a hipertensão arterial”, remata o urologista no CHUC.

## Complicações urológicas

Em seguida, **Javier Burgos Revilla** incidirá nas complicações urológicas após transplante renal, um procedimento cirúrgico que, atualmente, “faz-se em doentes cada vez mais complexos, com mais comorbilidades vasculares”. Segundo o chefe do Serviço de Urologia do Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, em Espanha, “estas complicações podem afetar cerca de 30% dos casos”, pelo que não devem ser descuradas.

“Algumas delas são muito graves, nomeadamente as trombozes arteriovenosas, que podem levar à perda do enxerto”, alerta o especialista, realçando que estes casos podem abranger até 4% dos doentes.

No entanto, e de acordo com Javier Burgos Revilla, a grande maioria das complicações têm solução: “Por exemplo, a estenose do ureter pode ser solucionada com mecanismos percutâneos endourológicos ou com cirurgia laparoscópica. Já os linfocelos podem ser tratados com drenagem percutânea.”

Além das potenciais complicações cirúrgicas após o transplante, o urologista chama a atenção para as particularidades dos doentes, que, devido à sua idade avançada, acarretam mais comorbilidades. “Por vezes, temos de lidar com doentes idosos, com diabetes, com obesidade ou com colesterol elevado, ao qual acresce o próprio

tratamento imunossupressor, que tem impacto nestas complicações. Portanto, não é uma análise simples relacionada com complicações da técnica cirúrgica; são doentes complexos, tanto do ponto de vista médico como cirúrgico”, resume Javier Burgos Revilla. E conclui: “Se por um lado, a

imunossupressão permite que não haja rejeição do enxerto, por outro, pode ter efeitos secundários com impacto no âmbito das complicações cirúrgicas.” ◀



## Assembleia-geral e eleitoral

**N**este sábado, com início marcado para as 19h05, decorre a Assembleia-geral e Eleitoral da Associação Portuguesa de Urologia (APU), na qual serão eleitos os corpos sociais para o próximo biénio (2024-2025). A votação estará a lista que é constituída pelos mesmos membros dos atuais corpos sociais da APU. A recordar:

**- Conselho Diretivo:** Miguel Silva Ramos (presidente), Pedro Nunes (vice-presidente), Isaac Braga (secretário-geral), Frederico Furriel (tesoureiro), Ricardo Pereira e Silva, João Magalhães Pina e Raquel João (vogais), Rui Lúcio, Lilian Campos e Tiago Antunes-Lopes (suplentes).



**- Assembleia-geral:** Luís Abranches Monteiro (presidente), Rui Pinto e Pedro Bargão (vogais), Soraia Rodrigues e Paulo Mota (suplentes).

**- Conselho Fiscal:** Joaquim Lindoro (presidente), Paulo Rebelo e José Dias (vogais), Renato Mota e Rui Versos (suplentes).

**- Conselho Consultivo:** Miguel Silva Ramos (presidente), Luís Abranches Monteiro, Arnaldo Figueiredo, Tomé Lopes e Francisco Rolo (vogais).

**- Comissão Científica:** Arnaldo Figueiredo (presidente), Estevão Lima, Pedro Vendeira, Carlos Silva, Belmiro Parada, José Palma dos Reis, Avelino Fraga e Luís Campos Pinheiro. ◀

20h30 | Igreja do Convento de São Francisco

# Jantar recheado de momentos marcantes



Diogo Landô

Amã, após a assembleia-geral e eleitoral, decorrerá o jantar do congresso, um momento que ficará marcado por diversas surpresas. Uma delas, e porventura a mais importante, de acordo com Arnaldo Figueiredo, presidente da Comissão Organizadora do Congresso Centenário da Associação Portuguesa de Urologia (APU), será a atribuição do prémio Artur Ravara, reativado volvidos 14 anos da sua criação. "Este prémio distingue uma personalidade da Urologia portuguesa pelo seu percurso profissional e associativo. É um prémio de carreira que toma o nome do primeiro presidente da APU", afirma.

Ainda no âmbito das celebrações dos 100 anos da Associação, o também diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hos-

pitalar e Universitário de Coimbra revela que será transmitido "um filme histórico, de 15 minutos, que conta, através de testemunhos de ex-presidentes da APU, a evolução que houve na Urologia e na própria associação". **Destaca-se também a apresentação de uma obra criada pelo artista visual Diogo Landô, para assinalar o centenário da APU, que será depois entregue, em formato serigrafia assinada, a todos os associados.**

À semelhança de outros anos, este será o momento durante o qual serão anunciados os vencedores dos prémios do congresso e da Bolsa de Investigação em Urologia, que conta com o patrocínio da Recordati. O premiado receberá um apoio pecuniário no valor de 8500 euros.

No que diz respeito à distinção dos três melhores comunicações orais e dos três melhores vídeos apresentados no congresso, Arnaldo Figueiredo refere que "são o reconhecimento do valor científico de cada um dos trabalhos". "Este ano, foram submetidos mais de 200 pedidos, tendo sido selecionados 20 vídeos, 43 comunicações orais e 64 cartazes para apresentação", informa, evidenciando a importância do número de participações. "Para permitir um maior número de aceitações, optámos por reduzir o tempo de apresentação dos vídeos para quatro minutos."



Grupo CORDIS: Bruno Costa e Paulo Figueiredo

Para Arnaldo Figueiredo, é também relevante relembrar que todos os trabalhos foram avaliados por uma equipa de 19 revisores, de 14 instituições, de norte a sul do país. "Foi feita uma avaliação ponderada e independente, uma vez que todos os trabalhos foram analisados, no mínimo, por dois revisores, que não tinham conhecimento do colega que estava a fazer par consigo na revisão."

Durante o jantar, todas estas atividades serão intercaladas com atuações do grupo CORDIS, um conjunto conimbricense reconhecido pelo encontro entre o piano e a guitarra nas suas músicas.

◀ Marta Carreiro

PUB.

## OLYMPUS



## SOLTIVE™ Premium

- Sistema versátil desenhado para Litotricia, HBP e Tecidos Moles.
- Praticamente sem retropulção.
- Gama Completa de fibras a partir de 150 µm.
- Compatível com tomadas elétricas Standard
- Pedal Wireless.
- Alta Eficiência Energética.

Para mais informação: [www.olympus.pt/soltive](https://www.olympus.pt/soltive)



Stone Management



Fibras de laser

18h05 | 19h05

# Robótica em Urologia

O programa científico de amanhã encerrará com a mesa-redonda que marca o início das atividades do recém-criado Grupo de Robótica da Associação Portuguesa de Urologia. Nesta sessão, começar-se-á por refletir sobre o processo de introdução de um programa de cirurgia robótica em Portugal, seguindo-se o debate em torno de várias técnicas robóticas, em particular a prostatectomia radical, a cistectomia radical com criação de neobexiga intracorpórea e a nefrectomia parcial.

**Marta Carreiro**

A primeira intervenção será a de **Avelino Fraga**, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA), no Porto, que incidirá sobre como introduzir um programa de cirurgia robótica em Portugal. Com base na sua experiência, o preletor defende que, durante o processo, a inclusão “é fundamental”. “Após uma reunião preparatória com todos os diretores dos serviços que querem estar envolvidos, com os responsáveis de enfermagem e com o próprio conselho de administração, deve ser nomeado um responsável, por cada serviço, pela escolha das equipas para a cirurgia robótica”, explica, dando como exemplo o procedimento adotado na sua instituição, onde o programa de cirurgia robótica está em funcionamento desde março passado.

Para Avelino Fraga, em Portugal, “só faz sentido existir programa de cirurgia robótica nos hospitais que assegurem, no mínimo, 200 cirurgias por ano”. “Não podemos comprar um equipamento de milhões de euros para ser utilizado uma vez por semana”, alerta, concluindo que o primeiro passo, antes de adquirir um robô, é “fazer um levantamento do número de potenciais cirurgias robóticas para confirmar se será um bom investimento”.

## Prostatectomia radical

Em seguida, **Roni de Carvalho Fernandes** irá partilhar algumas dicas e truques provenientes da sua experiência na realização de prostatectomia radical robótica. Nesse sentido, o responsável pelo Serviço de Uro-oncologia do Hospital Central Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, no Brasil, destaca “a importância de uma boa seleção do acesso, da via, do lado de intervenção e da abordagem”. “Já contamos com 15 anos de experiência na realização de prostatectomia radical robótica, que é bastante apelativa, não só por ser uma tecnologia nova, com menos

tempo de cirurgia e menor sangramento durante o procedimento, mas porque permite uma recuperação mais rápida”, esclarece. No que diz respeito à cura do tumor, os resultados “são semelhantes aos da cirurgia aberta”.

Contudo, lamenta o preletor, apesar de o Sistema Único de Saúde – setor público de prestação de cuidados de saúde no Brasil – dar cobertura a 75% da população do país, “detém apenas 10% dos robôs disponíveis”. Uma limitação significativa, uma vez que, segundo Roni de Carvalho Fernandes, no Brasil, “um em cada seis homens, a partir dos 50 anos, é diagnosticado com cancro da próstata”.

## Cistectomia radical

Por sua vez, **Alejandro Rodriguez**, secretário-geral da Confederação Americana de Urologia, irá discorrer sobre os desafios da cistectomia radical com criação de neobexiga intracorpórea. “Desde 2010 que realizo cistectomias radicais assistidas por robô em doentes com derivações urinárias intracorpóreas”, contextualiza. Segundo o também diretor do programa de Cirurgia Minimamente Invasiva do Departamento de Urologia no Atrium Health Wake Forest Baptist Medical Center, nos Estados Unidos da América, “a cistectomia radical é um procedimento com elevada morbilidade”. “Mais de 50% dos doentes apresentam complicações após a cirurgia, tanto na abordagem aberta como por via laparoscópica”, concretiza.

Nesse âmbito, Alejandro Rodriguez enaltece as vantagens da tecnologia robótica comparativamente à cirurgia aberta ou laparoscópica: “Usando protocolos de avaliação de recuperação

aprimorados, conseguimos que o doente recupere mais precocemente a ingestão de alimentos por via oral, a deambulação e a evacuação, com menor dor e perda de sangue e menos taxas de transfusões.”

## Nefrectomia parcial

Por fim, os limites da nefrectomia parcial robótica serão abordados por **Kris Maes**. Com cerca de 18 anos de experiência nesta técnica, o diretor do Serviço de Urologia e coordenador do Centro de Cirurgia Robótica e Minimamente Invasiva no Hospital da Luz Lisboa enaltece a evolução dos últimos anos. “No começo, fazíamos a cirurgia com três braços, ao invés de quatro. Um panorama que se alterou com o desenvolvimento dos sistemas robóticos Hugo™ RAS, CMR [Cambridge Medical Robotics] e da Vinci X® e Xi®, com braços mais finos, cuja constituição dá-nos mais espaço, possibilitando a utilização com menos risco de colisão dos braços, que por sua vez proporciona maior facilidade na realização das cirurgias, com maior qualidade”.

De acordo com Kris Maes, esta evolução tem também criado a oportunidade de “fazer cirurgias mais complexas, que permitem preservar o rim”, uma possibilidade que com a cirurgia aberta ou por via laparoscópica “era extremamente difícil ou até mesmo impossível”. Assim, na sua apresentação, o especialista terá como principal objetivo, além de falar da complexidade do próprio tumor, “chamar a atenção para o perfil do doente indicado para o procedimento robótico, atendo à sua cognição, às comorbilidades, ao regime de anticoagulação e antiagregação”. Aspetos que, “com a cirurgia robótica, tornam-se possíveis de ultrapassar”.



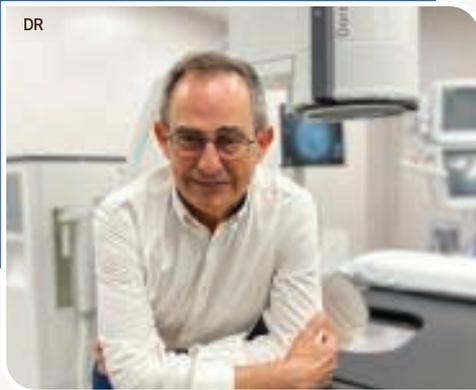
Comentários, em vídeo, dos preletores

9h30 | 10h30

# Passado, presente e futuro da litíase

A evolução histórica do tratamento dos cálculos renais e da terapêutica com ondas de choque, a abordagem farmacológica à litíase renal e os benefícios da cirurgia percutânea e da ureterorrenoscopia flexível são os temas em foco na mesa-redonda dedicada a esta patologia.

Pedro Bastos Reis



O passado, o presente e o futuro da utilização de litotricia extracorporeal por ondas de choque (LEOC) será abordado por **José Miguel Jiménez**, urologista no Hospital Geral Universitário Reina Sofia e no Hospital Mesa del Castillo, ambos em Múrcia, Espanha. De acordo com o preletor, esta é uma técnica que, apesar de “não estar na moda entre a comunidade urológica, continua a ser um procedimento muito eficaz no tratamento dos cálculos da via urinária”. “Nos cálculos renais com menos de dois centímetros, assim como nos cálculos ureterais com menos de um centímetro, prevalece como a primeira opção terapêutica”, destaca.

Entre as principais vantagens da LEOC, José Miguel Jiménez salienta “as complicações praticamente inexistentes e a eficácia, com possibilidade de expulsão”, tal como acontece com a cirurgia endoscópica, com o benefício acrescido de “não ser uma técnica invasiva, o que aumenta a preferência dos doentes”. Em suma, para o especialista, que contabiliza “27 anos de experiência em LEOC, com mais de 13 mil procedimentos realizados”, esta continua a ser uma opção válida, com boas perspetivas futuras, em particular “melhorias associadas à evolução tecnológica dos aparelhos de litotricia”.

## Tratamentos médicos e cirúrgicos

Por sua vez, **Pedro Moreira** irá refletir sobre o tratamento médico da litíase. Começando por advertir que a abordagem farmacológica “é muito limitada”, o urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra refere que “estão disponíveis fármacos para a expulsão de cálculos, nomeadamente em episódios agudos de cólica renal e para a litíase de ácido úrico”. “Temos também novos fármacos para a hiperossalúria, uma situação rara”, acrescenta. Para o preletor, a grande novidade nesta área é o advento do lumasiran, “que consegue prevenir a progressão da doença litiásica nos doentes com hiperossalúria”.

Outro ponto em análise na preleção de Pedro Moreira será o recurso a tiazidas na prevenção da litíase. “Utilizamos estes fármacos nos indivíduos com aumento da excreção de cálcio, mas, para iniciarmos uma terapêutica destas, é necessário estudar muito bem o doente”, explica, vincando que as tiazidas “não têm grandes vantagens na litíase cálcica”. Considerando que o tratamento médico da litíase deve passar por “uma abordagem essencialmente profilática”, o urologista nota que “até ao surgimento de medicamentos melhores, a cirurgia vai continuar a resolver a maior parte dos problemas”.

Caberá a **Pedro Monteiro** comparar a cirurgia percutânea com a ureterorrenoscopia e a cirurgia intra-renal retrógrada. “São técnicas que se distinguem mais pelo seu perfil de risco e pela sua abordagem do que propriamente pelos resultados, que em mãos experientes não são assim tão diferentes”. “A abordagem percutânea, desde que possível, resolve casos em que a ureterorrenoscopia flexível se pode revelar insuficiente. No entanto, é um procedimento mais invasivo, com um perfil de risco diferente”, exemplifica o urologista no Hospital das Forças Armadas, em Lisboa.

Apesar de ambas serem “técnicas cirúrgicas cada vez menos invasivas”, Pedro Monteiro alerta para a necessidade de “conhecer as suas limitações e possíveis complicações, principalmente do ponto de vista infeccioso”. Além disso, “deve-se ter em consideração que muitos destes doentes são formadores repetitivos de cálculos, pelo que é preciso ponderar, em cada momento, sobre quais as opções mais recomendáveis”, acrescenta o preletor, defendendo que “é essencial envolver o doente no processo de decisão terapêutica”. “Um doente bem informado ficará mais satisfeito com o resultado, independentemente do procedimento escolhido.” ◀

## Retrospectiva histórica do tratamento da litíase

No arranque da mesa-redonda, **Vítor Cavadas**, coordenador do Grupo de Trabalho de Litíase da Associação Portuguesa de Urologia, vai descrever a evolução do tratamento desta patologia nas últimas décadas, traçando alguns marcos históricos que coincidiram com as inovações que foram surgindo ao longo dos anos. Segundo o urologista no Centro Hospitalar Universitário de Santo António, no Porto, “a pré-história do tratamento da litíase decorreu até meados da década de 1970, quando a opção mais comum era o recurso a cirurgia aberta para extração de cálculos”. “Era necessário fazer grandes incisões, com cirurgias que tinham muita morbilidade e internamentos prolongados”, recorda.

A partir da segunda metade de 1970, dá-se o advento de tratamentos cirúrgicos menos invasivos, evidenciando-se “o aparecimento da ureterorrenoscopia e da cirurgia percutânea”, conforme informa Vítor Cavadas. A estas inovações seguiram-se, nas décadas seguintes, a possibilidade de recorrer à LEOC, os mais recentes avanços endoscópicos e o surgimento da terapêutica laser. Relativamente ao futuro, o urologista antevê que o tratamento da litíase continuará a ser sobretudo cirúrgico. “Até termos capacidade de dissolver cálculos com fármacos, acho que o tratamento cirúrgico será cada vez menos invasivo, com a ureterorrenoscopia e os novos lasers que vão surgir”, comenta.

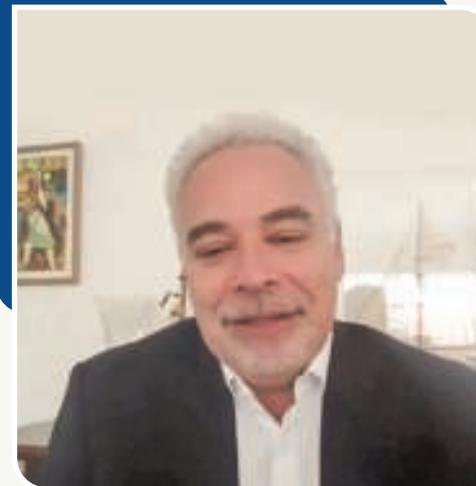


11h45 | 12h40

# Abordagens terapêuticas em HBP e LUTS

A mesa-redonda dedicada à hiperplasia benigna da próstata (HBP) e aos sintomas do trato urinário inferior (LUTS, na sigla em inglês), moderada por Estêvão Lima e Francisco Cruz, irá incidir sobre a evolução das terapêuticas para a HBP, a preservação da função sexual após cirurgia e ainda o tratamento de próstatas volumosas por cirurgia robótica.

**Diana Vicente**



A sessão começará com a apresentação de um caso histórico na HBP, em que **José Dias** irá mostrar “as diferentes formas de tratamento existentes ao longo do tempo para tratar esta patologia, nomeadamente aquando da fundação da Associação Portuguesa de Urologia (criada em 1923), depois da Segunda Guerra Mundial, nos anos de 1980 e 1990 e na atualidade”. Segundo o diretor clínico do Instituto da Próstata e Incontinência Urinária, em Lisboa, “na década de 1920, não tinham ainda sido descritas as cirurgias mais frequentemente utilizadas para tratar a doença, como a prostatectomia retropúbica”. “Estas só viriam a ser registadas nos anos de 1950, seguindo-se a generalização das cirurgias endoscópicas, bem como as múltiplas evoluções tecnológicas de equipamentos e dispositivos utilizados nestes procedimentos, aparentemente tão simples atualmente que nem pensamos nos mesmos.”

Refletindo sobre o caminho traçado até hoje, José Dias refere que, por exemplo, as algalias “são algo tão básico e essencial na atualidade que é quase impossível ter a perceção das dificuldades, dos riscos e das complicações que os procedimentos acarretavam no passado”. Entre os anos de 1980 e 1990, surgiram os alfabloqueantes e os inibidores da 5 alfarredutase, que, de acordo com o especialista, “vieram revolucionar a abordagem aos doentes com HBP”. “Desde então, foi possível chegar ao paradigma atual através das evoluções tecnológicas, nomeadamente no campo da monitorização, do vídeo e da imagem, permitindo fazer as atuais cirurgias por via endoscópica e laparoscópica”, comenta. E acrescenta: “Outros avanços mais recentes são as técnicas minimamente invasivas e as tecnologias que utilizam diversas formas de energia.”

## Preservação da função sexual

Por sua vez, **Jean de la Rosette** abordará a preservação da função sexual após a cirurgia para a HBP. Segundo o preletor, a pertinência desta discussão deve-se ao facto de, “atualmente, a noção de prestação de cuidados de saúde incluir aspetos referentes à qualidade de vida e à durabilidade dos tratamentos”, sendo um desses aspetos a preservação da função sexual. “Este é um conceito que engloba não só as ereções, mas também a ejaculação”, clarifica o docente de Urologia na Istanbul Medipol University, na Turquia.

Nesse sentido, Jean de la Rosette alerta que, após a cirurgia para tratamento da HBP, “entre 90% a 95% dos homens perde a ejaculação”. “Podem continuar a ter orgasmos, mas o facto de não conseguirem ejacular deixa-os um pouco insatisfeitos. E, segundo os estudos que analisam a perspetiva feminina, cerca de 25% das parceiras afirmam que a atividade sexual já não é tão agradável”, o que, para o especialista, são números significativos.

Assim, o também vice-presidente da Société Internationale d’Urologie defende que, para não existir um grande impacto na qualidade de vida dos doentes, “é preciso perceber o que é importante para cada um, através de uma abordagem individualizada”. “Hoje em dia, já existem várias opções, o que é bom para os médicos e para os doentes. Por outro lado, se durante o procedimento cirúrgico for possível pouparmos uma determinada parte no final da próstata, conseguimos preservar a ejaculação e, em simultâneo, melhorar os sintomas urinários”, conclui.

## Cirurgia robótica

A mesa-redonda terminará com a intervenção de **Hamilton Zampolli**, que irá incidir no tratamento de próstatas volumosas por cirurgia robótica. De acordo com o chefe da Divisão de Urologia do Instituto do Câncer Dr. Arnaldo Vieira de Carvalho, no Brasil, “teoricamente, a cirurgia robótica pode ser utilizada para qualquer tipo de adenoma e para próstatas de qualquer tamanho”. Sobretudo nas próstatas de grande volume, acima de 150/180 gramas, o especialista considera o procedimento “uma excelente sugestão de tratamento”.

Comparativamente à cirurgia aberta, explica Hamilton Zampolli, “tem a vantagem de ser minimamente invasiva, resultando numa menor agressão cirúrgica, em menos tempo de internamento e de sonda e permitindo realizar suturas de altíssima complexidade com uma facilidade extrema”. “Acresce o facto de ser mais rápida, eficiente e com uma taxa de complicações muito baixa”, evidencia. Além disso, o preletor refere que “a cirurgia robótica é uma técnica mais fácil de aprender”.

Das restantes vantagens da sua utilização, o urologista destaca o facto de “possibilitar o tratamento de outras patologias concomitantes, como divertículos vesicais, hérnias inguinais, cálculos na bexiga, num único procedimento”. Neste contexto, Hamilton Zampolli irá apresentar casos, em vídeo, para demonstrar como se podem fazer estas cirurgias: “Podem ser feitas por via transperitoneal ou extraperitoneal, bem como através do espaço retropúbico ou baixando a bexiga e dissecando-a, como numa cirurgia aberta. Também se pode aceder diretamente à bexiga, o que facilita um pouco em algumas situações.” ◀

12h40 | 13h10

# Medicina e outras ciências em 1923

É este o título da conferência de encerramento do Congresso Centenário, que será proferida por **Carlos Fiolhais, cientista, professor de Física aposentado da Universidade de Coimbra e reconhecido comunicador de Ciência em Portugal**. Partindo dos Prémios Nobel de diferentes áreas atribuídos em 1923, ano em que foi fundada, a 15 de novembro, a Associação Portuguesa de Urologia (APU), o físico vai comentar alguns avanços dessa época no âmbito da Medicina e de outras áreas científicas, mas também da Política, da Educação e da Cultura, traçando uma comparação com a atualidade.

**Pedro Bastos Reis**

**N**a sua conferência, Carlos Fiolhais pretende apresentar “um balanço do século”. Para dar conta dos “progressos extraordinários” desde a fundação da APU até aos dias de hoje, vai pôr em retrospectiva a atribuição do Prémio Nobel em diversas áreas. “Em 1923, o Nobel da Física foi atribuído a Robert Andrews Millikan, por ter medido a carga do eletrão e por ter realizado experiências do efeito fotoelétrico”, recorda o físico.

“Em 2023, este prémio foi atribuído a três físicos [Pierre Agostini, Ferenc Krausz e Anne L’Huillier] que apuraram uma técnica para ver os movimentos de um eletrão quando se separa do átomo. Vejam bem a diferença: há um século, falávamos da ionização em bruto. Agora, estamos no pormenor de ‘fotografar’ a evolução dos eletrões”, sublinha Carlos Fiolhais. Foi também em 1923 que faleceu Wilhelm Röntgen, o primeiro vencedor do Prémio Nobel da Física, em 1901. “Ele descobriu os raios-X e, para mim, é o físico que maior contributo deu ao desenvolvimento da Medicina, incluindo, claro, a Urologia”, comenta o conferencista.

No âmbito da Medicina, há 100 anos, o Prémio Nobel foi entregue a Frederick Banting, que “conseguiu o feito, na época extraordinário, de isolar a insulina”. “Em 2023, este prémio foi atribuído a Katalin Karikó e Drew Weissman pelo desenvolvimento da técnica das vacinas de ARN mensageiro utilizadas contra a Covid-19 e que têm outras aplicações na Medicina. É impressionante a evolução registada nos últimos 100 anos! Para a perceber, basta olhar para os prémios Nobel de 1923 e da atualidade”, reitera o professor de Física.



## Política, Educação e Ciência

Na sua palestra, Carlos Fiolhais pretende ir além da Medicina e da Ciência, não deixando de lado as questões políticas. Nesse sentido, começa por notar que, em 1923, o Prémio Nobel da Paz não foi atribuído. “A Primeira Guerra Mundial tinha acabado há poucos anos e o mundo atravessava um período de grande instabilidade, com graves problemas económicos e assomos de autoritarismo”, explica. E acrescenta: “Foi em 1923 que se deu um golpe de Estado em Espanha, com Miguel Primo de Rivera, e que se começou a ouvir

falar de Adolf Hitler, que, nesse ano, tentou um golpe em Munique, contra o governo da Baviera, pelo qual foi preso, mas não cumpriu a pena na totalidade”. Além disso, em 1923, Benito Mussolini tinha acabado de subir ao poder em Itália.

Em Portugal, com a República implantada há 13 anos, “vivia-se uma grande instabilidade governativa”. “Em 1923, o presidente do Conselho de Ministros era António Maria da Silva, que liderou vários governos, tendo um terminado a 15 de novembro desse ano. Ou seja, no dia em que nasceu a APU, caiu o governo”, ironiza Carlos Fiolhais.

á no campo da Educação, “em 1923, existiam 33 liceus em Portugal, com cerca de 10 000 alunos”. Atualmente, “nos 2.º e 3.º ciclos do ensino básico e no ensino secundário, contam-se mais de 900 000 alunos”. Além disso, “há 100 anos, só havia três universidades, em Lisboa, Coimbra e Porto, com um total de 3400 alunos; hoje em dia, cerca de 450 000 alunos frequentam o ensino superior”, compara o conferencista.

Quanto à produção científica, Carlos Fiolhais enaltece que, atualmente, Portugal tem cerca de 50 000 cientistas e investigadores, sendo publicados “mais ou menos 30 000 artigos científicos por ano”. “Entre 1915 e 1924, só foram publicados 11 artigos científicos, um exemplo claro da debilidade da Ciência entre nós, na altura”, esclarece.

Colocando várias dimensões em perspetiva, o cientista não tem dúvidas de que o ano de 1923 constituiu um marco para a evolução médica e científica no mundo e no nosso país. “Foi um grande ano para a Medicina nacional, desde logo porque nasceu a nossa primeira associação médica de especialidade, à qual se seguiram outras, imitando o exemplo da APU”, remata Carlos Fiolhais. ◀

## Elogio aos precursores da Urologia



Alguns dos precursores da Urologia em Portugal merecerão particular análise na conferência de Carlos Fiolhais. Desde logo, **Artur Ravara**, que, além de primeiro presidente da APU, “em 1902, inaugurou a primeira consulta de Urologia, no antigo Hospital do Desterro”. Anos depois, “criou o Serviço de Urologia do Hospital de São José”, destaca o conferencista.

Carlos Fiolhais também evidencia o papel do segundo presidente da APU. “O ensino da Urologia em Coimbra começou em 1909, impulsionado por **Ângelo da Fonseca**, que tem a particularidade de ter sido um dos responsáveis pela criação, em Coimbra, da Faculdade de Letras e pela sua reintegração nessa cidade depois de ter sido transferida para o Porto”, sublinha.



Por fim, o físico enaltece o legado de **Reynaldo dos Santos**, quarto presidente da APU: “Na Medicina, foi um grande professor e cirurgião, que desenvolveu várias técnicas inovadoras. No entanto, o mais notável é que foi também um homem da Arte e da Cultura, um dos maiores críticos de arte portugueses. Era uma mente excepcional.”



**TECNIMEDE**  
GROUP



Looking  
to the **FUTURE**