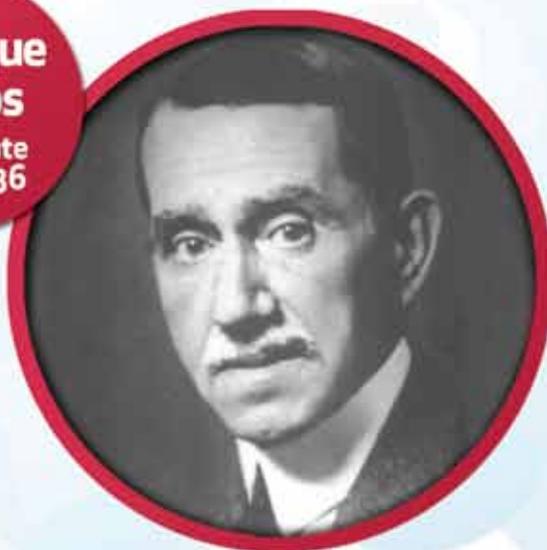




**Artur
Ravara**
Presidente
1923-1929

HISTÓRIA E ATUALIDADE NO CONGRESSO DA APU

**Henrique
Bastos**
Presidente
1934-1936



Os momentos mais marcantes dos 90 anos da Associação Portuguesa de Urologia (APU) vão ser recordados no Congresso deste ano, que decorre entre 10 e 13 de outubro, em Vilamoura. Inspirados pelo exemplo dos pioneiros na especialidade, os urologistas vão discutir as últimas novidades em áreas como o carcinoma da próstata ou o tratamento da litíase. **P.12**



**Reynaldo
dos Santos**
Presidente
1937-1949

Entrevista a Fernando Sollari Allegro, presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto P.6

Alberto Matos-Ferreira comenta o bom desempenho dos portugueses no exame do European Board of Urology P. 24

04 ATUALIDADES

Semana Europeia de Prevenção das Doenças da Próstata assinala-se entre 23 e 27 de setembro



06 DISCURSO DIRETO

Entrevista a Fernando Sollari Allegro, presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto



08 IN LOCO

Visita ao Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria



10 MEDICINA FAMILIAR

Algoritmo de diagnóstico e tratamento dos tumores do testículo, por Belmiro Parada



12

Destaques do Congresso APU 2013, por Francisco Carrasquinho Gomes, diretor do Serviço de Urologia organizador



14

Coordenadores dos cursos pré-congresso resumem objetivos destas formações



16

Alfredo Mota profere a conferência de abertura sobre os 90 anos da APU



18

UROEVENTOS

Curso de Tumores do Testículo, que decorreu a 29 de junho, em balanço



20

Ecos da reunião que abordou o esquema posológico da mitomicina, por Manuel Oliveira e Jorge Oliveira



21

Principais tópicos do próximo Congresso da APNUG, em maio de 2014



22

José Palma dos Reis comenta a formação e a avaliação dos candidatos a especialistas em Urologia



24 ESPAÇO JOVEM

Entrevista a Alberto Matos-Ferreira sobre a prestação dos portugueses no exame do European Board of Urology



26

Peter Kronenberg distinguido com prémio de melhor vídeo na reunião deste ano da American Urological Association



28 (INTER) NACIONAIS

O contributo de Manuel Mendes Silva para o desenvolvimento da Urologia nos países lusófonos



30 VIVÊNCIAS

Perfil de Paulo Guimarães, urologista que se dedica à produção vinícola



Órgãos da Associação Portuguesa de Urologia 2011/2013

CONSELHO DIRETIVO:

Presidente: Tomé Lopes (Lisboa)
Vice-presidente: Arnaldo Figueiredo (Coimbra)
Secretário-geral: Luís Abranches Monteiro (Lisboa)
Tesoureiro: Carlos Silva (Porto)
Vogais: Miguel Ramos (Porto), Paulo Temido (Coimbra) e João Varregoso (Lisboa)
Vogais suplentes: Fortunato Barros (Lisboa), Mário Cerqueira (Porto) e Belmiro Parada (Coimbra)

ASSEMBLEIA-GERAL:

Presidente: Francisco Rolo (Coimbra)
Vogais: Francisco Carrasquinho (Lisboa) e Avelino Fraga (Porto)
Vogais suplentes: José Carlos Amaral (Vila Nova de Gaia) e Rui Prisco (Matosinhos)

CONSELHO FISCAL:

Presidente: Victor Vaz Santos (Lisboa)
Vogais: Quíndio Correia (Funchal) e Amílcar Sismeiro (Coimbra)
Vogais suplentes: Carlos Jesus (Barreiro) e Pedro Soares (Almada)

CONSELHO CONSULTIVO:

Presidente: Tomé Lopes (atual presidente da APU)
Vogais: Francisco Rolo (presidente da APU 2005-2008); Manuel Mendes Silva (presidente da APU 2001-2004); Adriano Pimenta (presidente da APU 1997-2000) e Joshua Ruah (presidente da APU 1993-1996).

Ficha Técnica

Propriedade:



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

Edição:



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

Impressão:
 Projecção - Arte Gráfica, S.A.
 Parque Industrial da Abrunheira, Quinta do Lavi, Armazém 1, Bloco A, 2710 - 089 Sintra

Depósito Legal:
 N.º 338826/12

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

Aproxima-se o momento da renovação

Dentro de pouco tempo, teremos outra direcção na Associação Portuguesa de Urologia (APU) e o destino do *Urologia Actual*, o seu formato e os conteúdos, dependerão do novo executivo.

Será este o último número? Penso que não! Este jornal tem agradado aos associados e é um veículo noticioso e lúdico com diversas vertentes possíveis. Será, isso sim, a altura para repensar e actualizar a sua forma, renovando rubricas. Este jornal será o espelho de novas gentes e de novas vontades. Está na hora.

Estamos a comemorar os 90 anos da APU. Parece que é a mais antiga associação médica portuguesa. Devemos dar a conhecer os documentos, as actas de reuniões e as iconografias que estão na nossa sede e que são a prova

viva da actividade deste quase século. Penso que será uma tarefa adequada ao *Urologia Actual*.

Esta comemoração terá o ponto de partida no Congresso que se avizinha. É importante que os nomes e os feitos não fiquem esquecidos ou apenas acessíveis a um ou outro olhar curioso de quem se desloque à nossa sede. Outras fontes de história estarão em posse de colegas que assim as poderão divulgar. ■

«Devemos dar a conhecer os documentos que estão na nossa sede e que são a prova viva da actividade da APU neste quase século»



Luís Abranches Monteiro
Secretário-geral da APU

Luís Abranches Monteiro escreve segundo as regras do antigo Acordo Ortográfico

Recentes apoios científicos concedidos pela APU

Reuniões que contam com o apoio científico da Associação Portuguesa de Urologia (APU):

5.^{as} Jornadas Urológicas do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

4 de outubro

Penafiel Park Hotel

Organização: Joaquim Lindoro e José Ribeiro

Jornadas «Próstata e Sexualidade»

18 de outubro

Hotel Golf Mar, Vimeiro

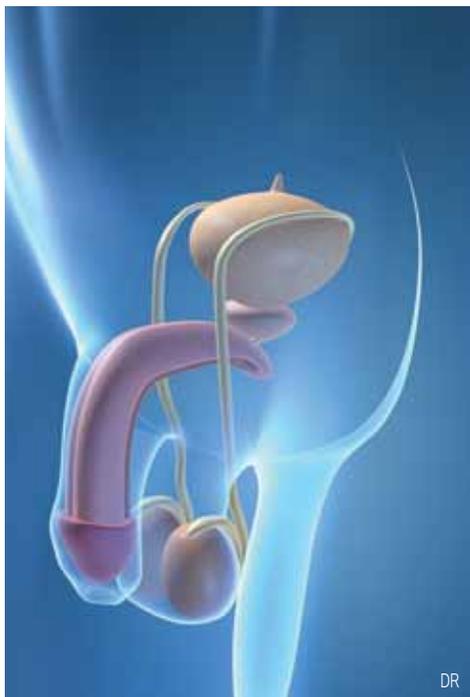
Organização: Sociedade Portuguesa de Andrologia e Clínica CUF de Torres Vedras

2014

Curso «Minimally Invasive Prostate Surgery»

24 e 25 de janeiro, Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António

Organização: Dr. Luís Osório e Dr. Jean de la Rosette



DR

Deteção precoce em foco na Semana Europeia de Prevenção das Doenças da Próstata

Alertar a população masculina com mais de 45 anos para a necessidade de consultar anualmente o médico de família ou o especialista é um dos objetivos da Semana Europeia de Prevenção das Doenças da Próstata (entre 23 e 27 deste mês de setembro). Em Portugal, a iniciativa é assinalada com a presença de urologistas em espaços noticiosos de televisão, rádio e imprensa escrita, com o objetivo de sensibilizar a população para a importância da prevenção e da deteção precoce das doenças que afetam a próstata.

Segundo Tomé Lopes, presidente da Associação Portuguesa de Urologia (APU), «a partir dos 45 anos, todos os homens deverão consultar o seu médico para saber se o PSA [em português,

antígeno específico próstata] é suspeito, sobretudo se existir história de cancro da próstata na família próxima».

Prostatites, cancro e hiperplasia benigna da próstata (HBP) são algumas doenças que mais afetam o homem adulto. O cancro da próstata não apresenta habitualmente quaisquer sintomas, numa fase inicial, mas é detetável através de um despiste regular. Segundo Tomé Lopes, o cancro da próstata atinge anualmente cerca de quatro mil portugueses, levando à morte de cerca de 1 800 homens por ano. A HBP é a patologia prostática mais frequente e origina cerca de 10 mil cirurgias por ano. Como evitar este cenário? Só com prevenção e diagnóstico precoce.

CONVOCATÓRIA



Assembleia Geral e Eleitoral

A Associação Portuguesa de Urologia (APU) convoca todos os seus associados para a Assembleia Geral e Eleitoral que se realizará no dia 12 de outubro, às 18h00, no âmbito do Congresso Nacional da APU, no Hotel Tivoli Marina Vilamoura. Segundo a convocatória assinada pelo presidente da Assembleia Geral, Francisco Rolo, a reunião terá a seguinte ordem de trabalhos:

1. Leitura e aprovação da ata da Assembleia Geral anterior;
2. Leitura e aprovação dos relatórios de atividades e contas;
3. Aprovação de novos associados e associados institucionais;
4. Outros assuntos;
5. Assembleia Eleitoral – eleição dos Corpos Gerentes para o biénio 2013-2015.

Se, à hora marcada, não se verificar a presença do número mínimo de associados estipulado por lei, a Assembleia reunirá meia hora mais tarde, independentemente do número de associados presentes ou representados.

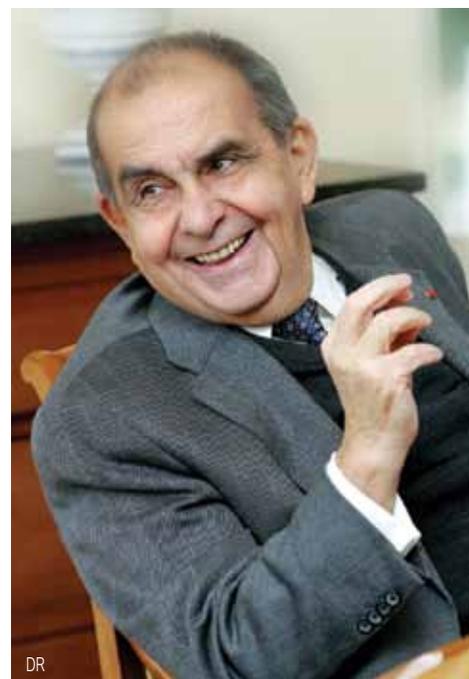
Faleceu fundador dos Laboratórios Pierre Fabre

Foi com «grande tristeza» que os Laboratórios Pierre Fabre anunciaram o falecimento do seu fundador, no passado dia 20 de julho. Criada em 1961, a empresa teve origem numa farmácia de Castres, no sudoeste da França.

Desde o início da sua carreira como farmacêutico até aos seus últimos dias, Pierre Fabre dedicou «toda a sua energia e empenho» na construção daquela que é hoje a terceira maior empresa farmacêutica em França. O grupo Pierre Fabre está presente em mais de 190 países e emprega cerca de 10 mil pessoas.

«Internacionalmente reconhecido como um empresário visionário, dotado de uma intuição excepcional, Pierre Fabre projetou o grupo ao longo dos anos, sempre de forma ética, sem nunca comprometer os seus valores fundamentais: independência da empresa, fidelidade e desenvolvimento consciente da sua região de nascença, primazia na continuidade do grupo, através de todos os investimentos necessários», refere o comunicado divulgado pela empresa.

Em 1999, foi criada a Fundação Pierre Fabre com o intuito de apoiar e melhorar o acesso a medicamentos em alguns países menos desenvolvidos e mais vulneráveis, como Camboja, Guiné, Laos, Líbano, Madagáscar, Mali, Senegal e Congo, entre



DR

outros. Posteriormente, Pierre Fabre doou a esta Fundação a sua participação maioritária, garantindo a sua independência e protegendo o futuro e a identidade do grupo e dos seus funcionários.

Segundo a empresa, apesar da dimensão da sua obra, Pierre Fabre era «um homem humilde, discreto e altruísta, que privilegiava as relações humanas». «Este valioso legado na área da Saúde leva-nos a querer honrar com dignidade e orgulho o seu trabalho, dando continuidade aos valores que nos fizeram crescer e evoluir como pessoas e como profissionais», lê-se no comunicado da empresa.

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

baixa
a testosterona

e mantém-na baixa



«A margem para cortes é cada vez mais limitada»

Como manter a qualidade assistencial quando um hospital sofre um corte orçamental de 20% em apenas quatro anos? Em entrevista, **Fernando Sollari Allegro, presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Porto**, avalia o impacto da crise económica na área da Saúde e explica o trabalho de racionalização que está em curso na instituição que dirige.

Luis Garcia

De que forma a atual crise económica tem influenciado a gestão hospitalar?

A crise económica tem um enorme impacto. Desde 2009, o orçamento do Centro Hospitalar do Porto foi reduzido em 50 milhões de euros (cerca de 20%). Além disso, a Lei dos Compromissos veio complicar muito a gestão, obrigando a um enorme esforço de redução da despesa para tentar manter o que os doentes precisam, gastando menos dinheiro.

Como se ultrapassam as dificuldades decorrentes da Lei dos Compromissos?

Não se consegue contornar esta lei. Isso só seria possível se tivéssemos o passado resolvido ou se o acionista cobrisse todas as dívidas acumuladas ao longo de vários anos, permitindo que partíssemos do zero, com um orçamento que correspondesse aproximadamente à nossa despesa. Como essa não é a realidade, esta

lei é completamente impossível de cumprir para nós, apesar de nos esforçarmos nesse sentido.

Que impacto teve o corte de 20% no orçamento do Centro Hospitalar do Porto (CHP)? E como foi possível atingir essa redução nos gastos?

No ano passado, fomos muito auxiliados pela redução dos salários, através dos cortes do 13.º e do 14.º meses. Como essa situação acabou por não se verificar, passámos de contas positivas para negativas. Temos procurado fazer uma gestão dos recursos humanos muito mais rigorosa, substituindo apenas as pessoas que são indispensáveis. Além disso, temos negociado com a indústria farmacêutica para conseguir redução nos preços. Com uma negociação muito dura, conseguimos gastar menos em fármacos em 2012 do que gastámos em 2009.

Estes cortes têm-se refletido na qualidade dos cuidados de saúde?

Penso que não, embora isso seja difícil de aferir. As limitações na ajuda dos transportes e o aumento das taxas moderadoras, por exemplo, perturbam muito o cidadão e podem impedi-lo de aceder aos cuidados de saúde, mas não se refletem na qualidade dos nossos serviços.

Como é que os profissionais têm recebido estas restrições?

Como a generalidade dos portugueses: muito insatisfeitos. O nosso desafio é tentar convencer as pessoas de que esta situação é transitória e que o futuro será melhor.

Ainda há mais margem para cortes?

A margem é cada vez mais limitada. De 11 milhões de euros gastos em horas extraordinárias, passámos para sete milhões, em 2012. Este

ano, prevemos que esse valor fique pelos cinco milhões. Não temos grande margem para mais cortes, uma vez que as horas extraordinárias existem porque os profissionais têm um número limitado de horas semanais para trabalhar e, ou se contratam mais pessoas, ou se pagam horas extraordinárias.

Está satisfeito com a produtividade dos profissionais do CHP?

Estamos a falar de um universo de cerca de 3 500 profissionais, entre eles 625 médicos. É sempre possível melhorar e faremos um esforço para que isso aconteça, mas a produtividade não é baixa. Não tenho qualquer razão de queixa nesse aspeto. Brevemente, entraremos em acordo com a empresa que fez o ajustamento dos horários do Hospital de São João, no sentido de ajustarmos ainda melhor os nossos horários, mas creio que as alterações não serão muito significativas.

Têm surgido várias vozes a defender as vantagens de passar todos os médicos para o regime de exclusividade. O que pensa sobre isso?

Sou muito suspeito para falar nesse assunto, porque estou em exclusividade desde 1996 e não estou nada arrependido da decisão que tomei. Não passa pela cabeça de ninguém que um funcionário de um banco, a partir das 16h00, vá trabalhar para a concorrência. Mas é isso que se passa na área da Saúde. Pessoalmente, esta situação custa-me muitíssimo e penso que as pessoas ficariam mais concentradas se trabalhassem num único hospital, mas é o sistema que herdámos e vai ser difícil mudá-lo.

Muitos médicos defendem a necessidade de aumentar os salários no Serviço Nacional de Saúde, para fazer face à perda do rendimento que advém do seu trabalho ao nível privado...

Mas é preciso ver qual o salário médio dos médicos. Esse argumento não faz qualquer sentido. Por essa ordem de ideias, todos os licenciados deveriam ganhar tanto como os médicos, o que não é verdade – alguns ganham, outros não. Que a carreira médica tenha compensação em função daquilo que se produz, premiando a competência e o trabalho, como a do economista e a do advogado, isso estou completamente de acordo.

O que é necessário melhorar no CHP?

O CHP nasceu da fusão de quatro instituições muito desiguais entre si. Embora a maior – o Hospital de Santo António [HSA] – estivesse equilibrada, as três restantes, que representavam cerca de 30% do movimento, estavam desorganizadas, atrasadas tecnologicamente e em muito má situação financeira. Isso perturbou muito o funcionamento do HSA. Já melhorámos

muito nesse aspeto, mas ainda temos de nos aperfeiçoar mais e uniformizar o funcionamento das instituições.

O que melhorou na gestão do CHP, nos últimos anos?

O movimento cresceu: neste momento, fazemos cerca de 600 mil consultas, operamos quase 40 mil doentes e internamos 35 mil. O nosso universo tornou-se muito maior e oferecemos mais serviços. A instituição melhorou muito a nível tecnológico, o que é importante para atrair os profissionais mais diferenciados, dado que o nível salarial e a incomodidade dos horários não são muito atrativos. Por outro lado, temos tentado «arrumar» o hospital, através de uma série de movimentos de concentração e melhoria.

Considera que o atual contexto económico está a ter impacto no equilíbrio de forças entre os prestadores de cuidados de saúde públicos e os privados, face ao aumento das taxas moderadoras, por exemplo?

As taxas moderadoras tiveram impacto sobretudo ao nível dos doentes da ADSE [Direção-Geral da Proteção Social aos Trabalhadores em Funções Públicas], porque, para este grande grupo, as taxas moderadoras numa unidade de saúde privada são agora mais baixas do que numa pública. Até os nossos funcionários vão ao privado fazer exames complementares, porque são mais baratos. Assim, não é possível que haja concorrência.

Esse fenómeno prejudicou as contas do CHP?

Não, porque acaba por não ter grande expressão nas contas finais. As taxas moderadoras perturbam-nos mais do que geram receita, porque implicam demasiada atividade buro-

CIRURGIA ROBOTIZADA É UMA ASPIRAÇÃO DO SERVIÇO DE UROLOGIA

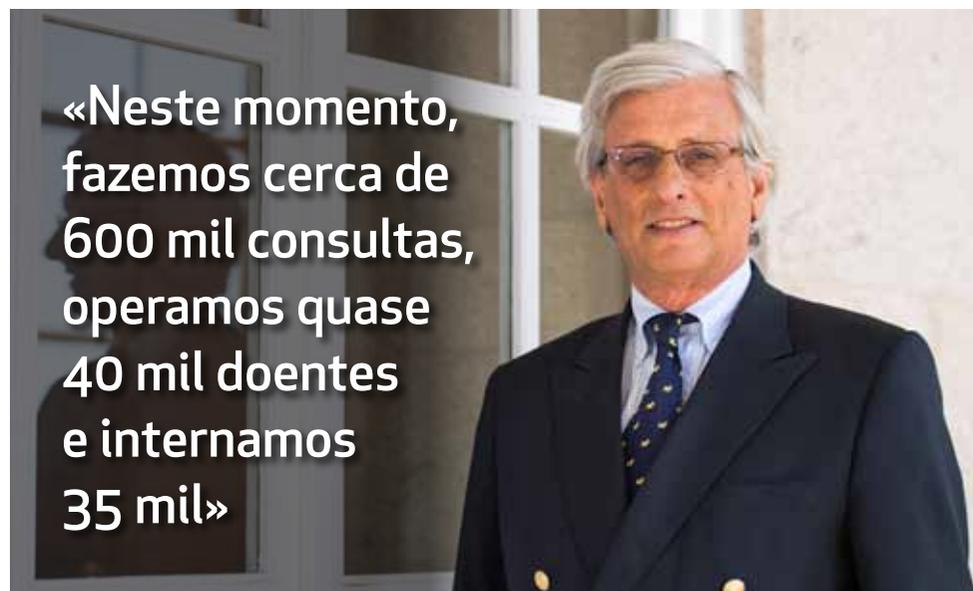


«Um Serviço bastante diferenciado, que funciona bem, com capacidade de resposta às necessidades da instituição e da comunidade que serve.» É desta forma que Fernando Sollari Allegro descreve o Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António. Destacando a colaboração ativa na área da transplantação, o presidente do Conselho de Administração sublinha a qualidade dos profissionais e do equipamento técnico. «A única técnica que falta no Serviço de Urologia é o robô para a cirurgia da próstata», refere Sollari Allegro, realçando a utilidade desta aquisição para a diminuição de acidentes. «Trata-se de um equipamento muito caro, cuja compra requer muita ponderação, mas penso que, no futuro, iremos dispor desta técnica.»

crática para o seu valor. No entanto, esta é uma decisão do Governo, que é o acionista.

Os cortes podem pôr em causa o Serviço Nacional de Saúde (SNS)?

Pelo contrário, podem levar à sua sobrevivência. Se o SNS continuasse a apresentar défices de 700 ou 800 milhões de euros por ano, aí sim, estaria em causa. Pode é haver redução da oferta, o que é completamente diferente. ■



«Neste momento, fazemos cerca de 600 mil consultas, operamos quase 40 mil doentes e internamos 35 mil»

Equipamento de ponta e aposta na formação

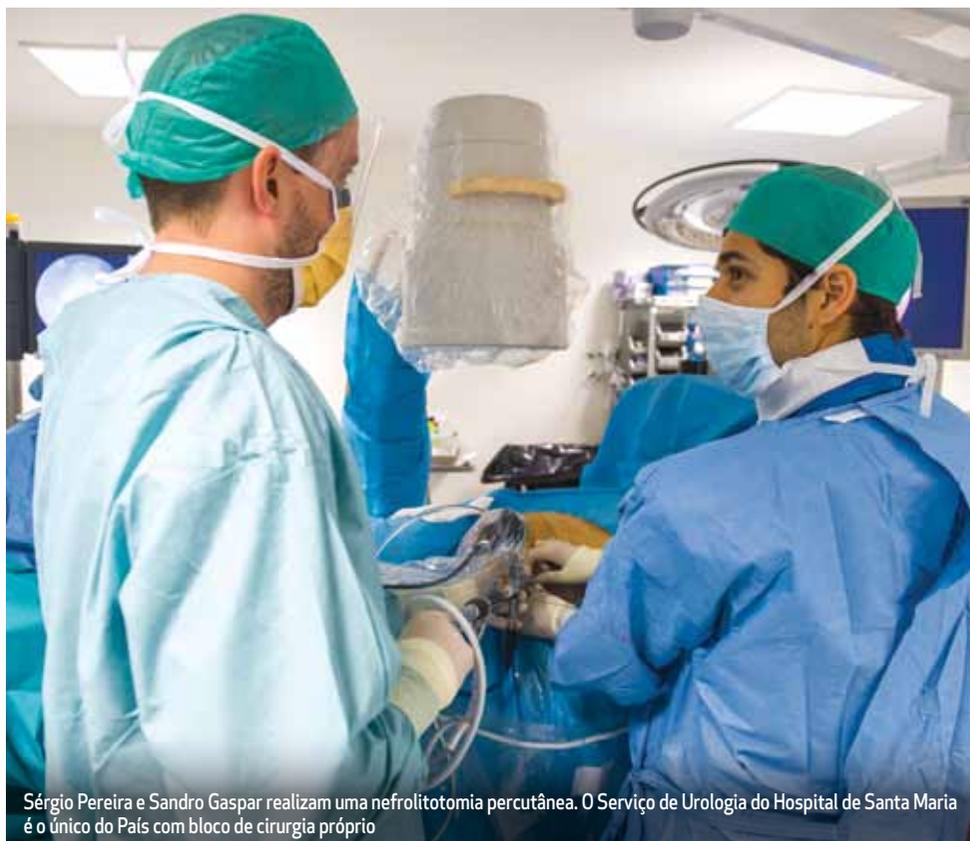
Com uma atividade assistencial quase sem paralelo em Portugal, o Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria é o único do País que tem um bloco de cirurgia de ambulatorio próprio. *O Urologia Actual* foi conhecer este Serviço de excelência, que sofreu uma «revolução» em 2008, quando se deu a fusão com o Hospital Pulido Valente.

Luís Garcia

O relógio ainda não marca 8h30 e já o Serviço de Urologia do Hospital de Santa Maria (HSM) se agita. Um após outro, os médicos passam pelo vestiário e, já devidamente equipados, dirigem-se para o pequeno auditório do Serviço. É ali que, de segunda a sexta-feira, decorre uma reunião matinal na qual os urologistas podem apresentar casos clínicos, discutir questões administrativas e assistir a palestras. «Como somos muitos e temos horários distintos, optámos por fazer reuniões diárias, para que todos se possam manter atualizados», refere Tomé Lopes, diretor do Serviço de Urologia do HSM.

Quinzenalmente, este Serviço promove uma reunião multidisciplinar, com a participação de oncologistas, radioterapeutas e anatomopatologistas, para discutir os casos oncológicos mais complexos. «A introdução desta reunião foi uma grande mais-valia. Com a dinâmica e a casuística que este Serviço tem, podemos dizer que dispomos de formação contínua», sublinha Tomé Lopes.

A formação é, aliás, um dos aspetos mais importantes deste Serviço que tem responsabilidades de formação pré e pós-graduada. Por um lado, assume a regência da disciplina de Urologia da Faculdade de Medicina da Universidade de



Sérgio Pereira e Sandro Gaspar realizam uma nefrolitotomia percutânea. O Serviço de Urologia do Hospital de Santa Maria é o único do País com bloco de cirurgia próprio

Lisboa, com ensino teórico e prático. Por outro lado, ano após ano, recebe vários internos, sendo que muitos dos urologistas que aqui se formaram ocupam hoje lugares de destaque em diversas instituições nacionais.

A isso aspira também Ricardo Pereira e Silva, interno de Urologia no HSM há dois anos e meio. Encontrámo-lo acompanhado por um estudante da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, procurando tranquilizar, com palavras simpáticas, uma doente especialmente apreensi-

va antes da realização de um estudo urodinâmico.

Findo o exame, o jovem voltou à conversa com a equipa do *Urologia Actual*, destacando as vantagens da aprendizagem num dos maiores serviços de Urologia do País. «O grande afluxo de doentes, por vezes vindos de longe e com patologias complicadas, permite-nos aprender a gerir situações muito diversificadas. A nossa formação é também valorizada pela aprendizagem com um corpo clínico composto por profissionais competentes nas várias subespecialidades da Urologia», destaca Ricardo Pereira e Silva.

O MOMENTO DA MUDANÇA

Oficializada em abril de 2008, a fusão do Hospital Pulido Valente (HPV) com o Hospital de Santa Maria (HSM), dando origem ao Centro Hospitalar de Lisboa Norte, foi um ponto de viragem. Na altura, o Serviço de Urologia do HSM debatia-se com a falta de recursos humanos e a degradação das instalações. Pelo seu lado, o Serviço de Urologia do HPV, embora dispusesse de mais recursos humanos, tinha poucas possibilidades de crescimento devido ao limitado espaço físico de que dispunha. Resolvendo dois problemas e evitando a duplicação de recursos materiais e humanos, optou-se pela criação de um único e grande Serviço de Urologia no HSM.

«Estivemos nove meses a trabalhar num pavilhão pré-fabricado, porque o Serviço foi reconstruído de raiz. O Dr. Adalberto Campos Fernandes, na altura presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Norte, deu-me carta-branca para “imaginar” um Serviço de Urologia ultramoderno», recorda Tomé Lopes.

Atualmente, este Serviço divide-se em dois andares. No piso 7, além do internamento, existem salas de aulas e de reuniões, gabinetes médicos, vestiários e quartos para os clínicos que estão de urgência. Além do bloco de cirurgia ambulatoria, o piso 6 é ocupado pelas salas técnicas, como as unidades de urodinâmica, ecografia e litotricia extracorporal por ondas de choque.

Oportunidades para os mais jovens

Tiago Mendonça é outra das muitas caras jovens que compõem o corpo clínico do Serviço. Assistente hospitalar desde 2011, após a conclusão do internato no HSM, este urologista também destaca a importância da elevada casuística do Serviço para a aprendizagem dos mais jovens, sobretudo ao nível das patologias de urgência. «As pessoas estão habituadas a um contexto de elevada exigência e de trabalho multidisciplinar, com capacidade para tratar doentes com problemas complexos», refere. Por outro lado, o facto de o HSM ser um hospital universitário obriga



ALGUNS ELEMENTOS DA EQUIPA (da esq. para a dta.). Na foto da esquerda: Tito Leitão, Francisco Martins, David Martinho, Álvaro Nunes, António Pedro Carvalho, Sandro Gaspar, Tomé Lopes (diretor do Serviço), Amâncio Oliveira, Sérgio Pereira, Filipe Velosa (enfermeiro), João Varela, José Palma dos Reis e Ricardo Pereira e Silva. Na foto da direita: Rodrigo Ramos, Rodrigo Garcia, Tomé Lopes, Helena Correia e Tiago Mendonça

os profissionais a manterem-se atualizados, enquanto formadores, e estimula a componente científica do seu trabalho.

À semelhança de outros urologistas do HSM, Tiago Mendonça teve a oportunidade de fazer formação no estrangeiro. Neste caso, tratou-se de um estágio de seis meses numa clínica francesa especializada em cirurgia laparoscópica. Na ótica deste urologista, a possibilidade de estagiar em outro centro de excelência é uma mais-valia, quer para o formando quer para o Serviço onde trabalha, que beneficia com a experiência dos seus profissionais.

A aposta na formação dos mais jovens tem sido um dos principais desígnios de Tomé Lopes, desde que assumiu a direção do Serviço de Urologia do HSM, em 2008. «Houve uma renovação muito grande dos recursos humanos nestes cinco anos. Hoje, 75% dos nossos especialistas são muito jovens, o que dá “sangue novo” à equipa», refere o diretor, destacando a importância que a transmissão da experiência dos colegas mais experientes assume neste contexto.

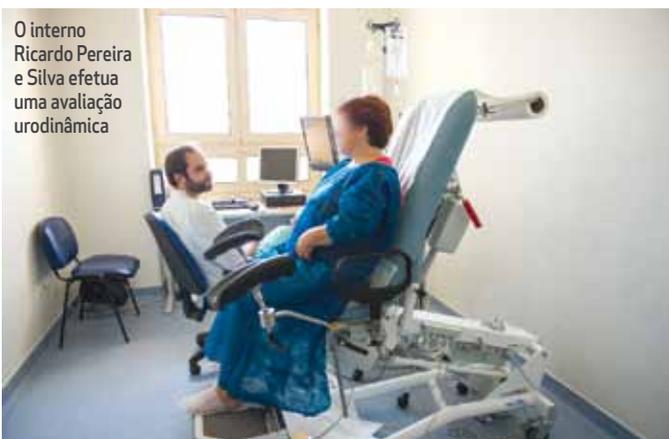
Certificado de qualidade

Trabalho não falta aos 14 especialistas e cinco internos do Serviço. Além de assegurar, 24 horas por dia, 365 dias por ano, a urgência externa de Urologia na urgência central do hospital, a equipa dispõe de um bloco de cirurgia ambulatória dentro do próprio Serviço, que funciona todos os dias. «Temos enfermagem e recobro próprios e o nosso bloco está muito bem equipado, permitindo efetuar as cirurgias mais complexas. Em Portugal, não há outro serviço de Urologia com bloco de ambulatório próprio e, mesmo no resto da

Europa, não existem muitos», sublinha Tomé Lopes.

A qualidade do trabalho no Serviço de Urologia do HSM foi recentemente comprovada com a atribuição da certificação pela Norma Portuguesa (NP) e Europeia (EN) da Internacional Organization for Standardization (ISO) 9001:2008, pelas atividades de prestação de serviços de cirurgia ambulatória e de litotricia extracorporeal por ondas de choque. Atribuída a 9 de maio de 2013, esta certificação resultou de um longo processo de auditorias que durou cerca de um ano e meio.

No futuro, Tomé Lopes pretende aprofundar a aposta na formação e na investigação, através da organização de reuniões e de *workshops* no Serviço, bem como de um maior incentivo à publicação de artigos em revistas científicas nacionais e internacionais. Outra aspiração do diretor passa pela aquisição daquele que seria o primeiro equipamento de cirurgia robótica num hospital público português. «Temos os recursos humanos e o número adequado de doentes para rentabilizar um equipamento deste género, mas estamos a aguardar uma decisão», conclui, com esperança, Tomé Lopes. ■



O interno Ricardo Pereira e Silva efetua uma avaliação urodinâmica



António Pedro Carvalho observa uma criança submetida a litotricia extracorporeal por ondas de choque

Diagnóstico precoce e tratamento dos tumores do testículo

Embora relativamente raros, os tumores do testículo constituem a doença maligna mais comum nos homens entre os 15 e os 35 anos. O tipo histológico varia, embora haja um claro predomínio dos tumores de células germinativas (90 a 95%). Estes tumores – aos quais nos referimos neste texto – são um exemplo paradigmático da evolução da Medicina, tendo-se verificado uma diminuição muito acentuada da mortalidade nas últimas décadas, devido a vários factores:

- Diagnóstico mais precoce e eficaz. A Medicina Geral e Familiar tem aqui um papel fulcral, não só no estudo adequado e na referência precoce dos casos suspeitos, como também na formação/informação dos seus utentes;
- Melhoria dos resultados terapêuticos decorrente de opções multimodais mais eficientes, equipas multidisciplinares e centros de referência;
- Monitorização rigorosa da evolução dos doentes e adaptada ao risco.

Apesar deste sucesso, em Portugal, são diagnosticados muitos tumores em estádios avançados, com uma mortalidade mais significativa, sendo decisiva a contribuição da Medicina Geral e Familiar para corrigir este facto.

1. Globalmente, a maioria das neoplasias do testículo surge em jovens adultos, embora haja excepções, sendo o tumor sólido mais comum entre os 20 e os 34 anos e o segundo mais comum entre os 35 e os 40. Em 2 a 3% dos casos, os tumores são bilaterais, podendo surgir simultaneamente ou não.

Foram identificados alguns factores de risco para esta neoplasia, dos quais se destacam:

- Causas congénitas como a criptorquidia ou a síndrome de Klinefelter;
- História de tumor do testículo em familiares de primeiro grau;
- Presença de tumor testicular contralateral;
- A administração exógena de estrogénios a grávidas foi associada a um risco aumentado de criptorquidia e neoplasias do testículo nos filhos.

Estes tumores são habitualmente diagnosticados por alterações testiculares: nódulos duros, aumentos de volume ou tumefacções, que são frequentemente indolores. Em 30 a 40% dos casos, os doentes referem uma sensação de desconforto local, uma dor ligeira ou uma sensação de peso. A dor aguda e intensa é pouco frequente. Ocasionalmente, estes tumores são diagnosticados de forma incidental. Em aproximadamente 10% dos doentes, as manifestações iniciais podem dever-se a metastização da doença e, em cerca de 5% dos casos, pode surgir ginecomastia. Em situações raras, os doentes podem apresentar patologia disseminada, sem evidência de lesão testicular.

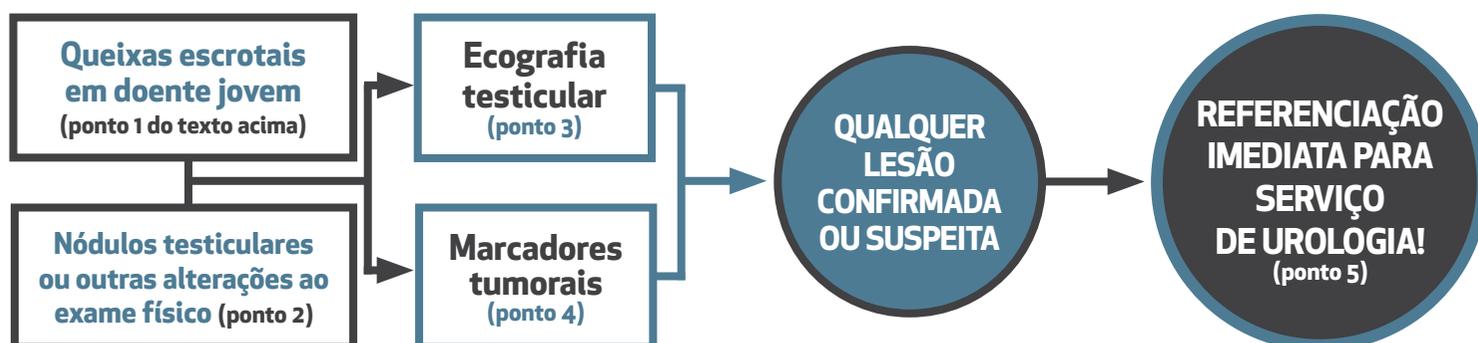
2. O exame objectivo é fundamental para o diagnóstico do tumor. Deve fazer-se uma correcta palpação escrotal bilateral, incluindo testículos e anexos. De referir que pode estar associado um hidrocelo, o que dificulta a avaliação adequada. O exame físico deve ser completo. Uma palpação testicular sem alterações não exclui o diagnóstico e, perante a existência de queixas locais, deve ser solicitada uma ecografia escrotal.



O diagnóstico diferencial da massa testicular inclui, além do tumor, a torção aguda do cordão espermático, orquite ou orquiepididimite, hidrocelo, hérnia inguinal e situações menos comuns, como quistos do epidídimo, hematocele ou espermatocele. Em qualquer jovem adulto com massa testicular sólida e dura, devemos considerar um diagnóstico de tumor até prova em contrário.

3. Exames imagiológicos. A ecografia escrotal é o meio complementar de diagnóstico mais importante na avaliação inicial, devendo ser considerado um exame indispensável. Idealmente, o doente deve ser portador deste exame aquando da referência hospitalar, mas a sua realização não deve ser motivo de atraso no diagnóstico.

ABORDAGEM INICIAL



Os restantes exames imagiológicos – como o raio-x, a tomografia axial computadorizada (TAC) torácica ou abdominal, para estadiamento inicial ou seguimento – são habitualmente realizados em meio hospitalar.

4. Marcadores tumorais. Os tumores de células germinativas produzem marcadores tumorais que permitem detectar tumores pequenos (10⁵ células), não detectáveis por imagiologia. São úteis no diagnóstico, estadiamento, decisão terapêutica e monitorização da resposta ao tratamento. A primeira avaliação deve ocorrer, de preferência, antes da orquidectomia. Marcadores persistentemente elevados após a orquidectomia reflectem doença disseminada:

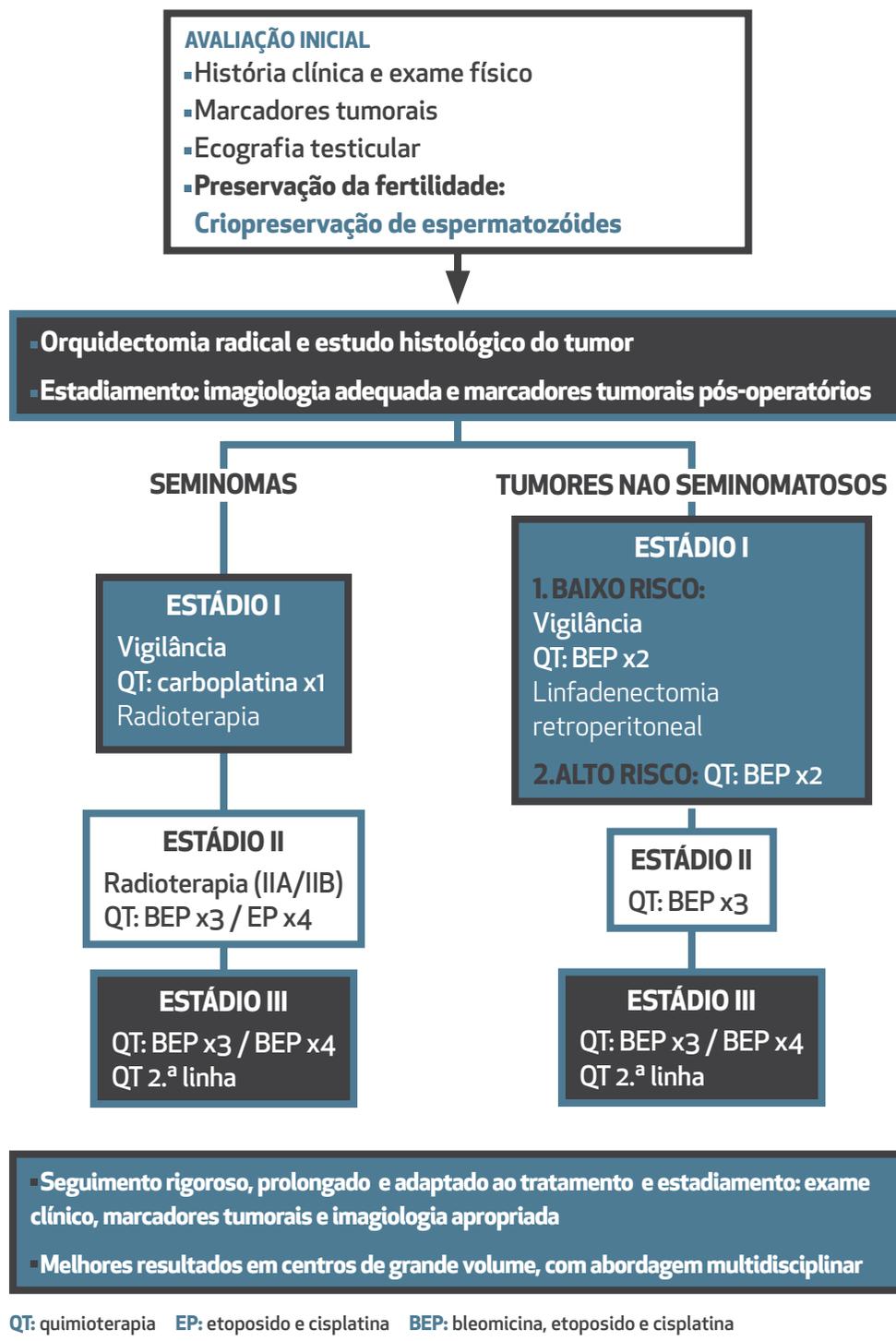
- α -fetoproteína: após as seis semanas de vida pós-natal, além dos tumores do testículo, o seu aumento pode estar associado, embora raramente, a outros tumores malignos (fígado, pâncreas, estômago, pulmão), a hepatopatias ou gravidez normal;
- β -hCG (gonadotrofina coriônica humana, na sigla inglesa): o seu aumento pode associar-se a neoplasias do testículo, mas também a outros tumores malignos do fígado, pâncreas, estômago, pulmão ou mama.

5. Referenciação imediata para a Urologia. Perante a suspeita de tumor do testículo num jovem, nomeadamente por massa testicular, alterações ecográficas ou elevação de um dos marcadores tumorais, deve haver uma referenciação imediata para a consulta de Urologia, idealmente com contacto directo com o Serviço de Urologia do hospital de referência. Dada a elevada velocidade de replicação celular destes tumores, a rapidez no tratamento é fulcral para a obtenção de bons resultados.

Tratamento e seguimento. O tratamento inicial consiste na orquidectomia radical. O tumor é enviado para estudo histológico e o resultado, em conjunto com os dados obtidos pelo estadiamento, vai orientar as terapêuticas subsequentes. ■

Nota: Belmiro Parada escreve segundo as regras do antigo Acordo Ortográfico.

SERVIÇO DE UROLOGIA



PUB.



GlaxoSmithKline

GlaxoSmithKline, Farmacêutica Lda
R. Dr. António Loureiro Borges, n.º3
Arquiparque-Miraflores 1495-131
Tel.: 214129500 Fax: 214120438

GSK comprometida com a investigação Urológica em Portugal

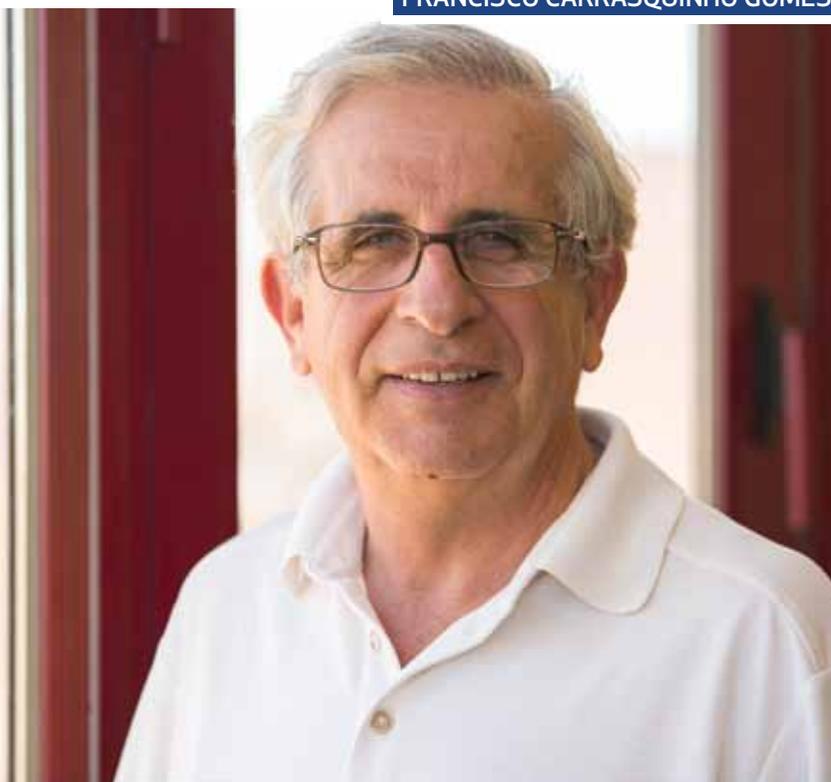
Os nossos estudos com a nossa população.

A GSK agradece a contribuição dos urologistas portugueses pela participação nos ensaios clínicos em urologia, desde 2004, com a inclusão de 267 doentes portugueses.

Estudos NCT00090103; NCT00056407 - ClinicalTrials.gov

PRT/BPH/0013/13
validade: 04/09/2014

« Pretendemos fomentar a colaboração entre os urologistas »»



O diretor do Serviço de Urologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, responsável pela organização do Congresso da Associação Portuguesa de Urologia 2013, Francisco Carrasquinho Gomes, enumera as razões pelas quais não deve faltar a este encontro, que decorre entre os dias 10 e 13 de outubro, em Vilamoura.

Vanessa Pais

Quais as principais preocupações que pautam a organização do Congresso da Associação Portuguesa de Urologia (APU) 2013?

Além da qualidade científica, procurámos encontrar um equilíbrio entre os convidados estrangeiros e os portugueses. Por outro lado, pretendemos cumprir o grande objetivo dos congressos da APU, que é o de fomentar a colaboração entre os urologistas.

É fundamental a partilha da nossa prática diária. Por isso, quisemos dar destaque às sessões destinadas para o efeito e atribuir prémios às melhores comunicações orais, pósteres e vídeos. Do mesmo modo, não poderíamos deixar passar em branco a comemoração dos 90 anos da nossa Associação, pelo que convidámos o Prof. Alfredo Mota para

proferir a conferência de abertura dedicada a este tema.

O que motivou a escolha dos temas principais deste Congresso (avanços em Oncologia Urológica, complicações em cirurgia urológica e prática médica em Urologia)?

A Urologia é uma das especialidades que mais tem progredido do ponto de vista técnico e científico, pelo que sentimos necessidade de dar ênfase a esses progressos, especialmente nas patologias mais frequentes ou que possam suscitar mais dúvidas, como o carcinoma da próstata (pela sua frequência e pelas novidades no tratamento médico da doença avançada) ou os tumores da bexiga.

Em relação às complicações em cirurgia uroló-

gica, o objetivo é munir os médicos de ferramentas práticas. Há novas técnicas, nomeadamente no tratamento da incontinência urinária e dos prolapsos, que devem ser revistas para as podermos potenciar. Os tratamentos da litíase e as suas indicações têm variado ao longo do tempo. Vamos ainda dedicar espaço à laparoscopia.

Para este Congresso, tivemos também a preocupação de dedicar algum tempo à parte profissional e à integração da formação nas necessidades atuais ou futuras dos urologistas. Tendo em conta a situação da Saúde em Portugal, é importante que o urologista saiba qual o seu papel, daí a sessão sobre o enquadramento legal, os condicionalismos e as perspetivas futuras quanto à prática da Urologia. ■

« É com muito gosto que o Serviço de Urologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca está a organizar este Congresso da APU. Esperamos ter o máximo de urologistas presentes e que, no final, todos se sintam mais enriquecidos aos níveis técnico, científico e humano »»

Associação de Esclerose Tuberosa presente no Congresso



Criada em 2011, a Associação de Esclerose Tuberosa em Portugal (AETN) tem vindo a desenvolver um trabalho de consciencialização, prestando apoio às famílias e sensibilizando os médicos para as novas abordagens a esta patologia – que afeta múltiplos órgãos e tem uma especial incidência, de cerca de 80%, no rim. Este ano, o Congresso da Associação Portuguesa de Urologia (APU) 2013 reservou um espaço para esta associação desenvolver a sua atividade de sensibilização junto da comunidade urológica.

Como explica a AETN, a esclerose tuberosa ainda está pouco divulgada em Portugal, inclusive entre a comunidade médica. «Considerando que o rim é um dos principais órgãos afetados e que, no nosso País, ainda não se utilizam novas abordagens para a remoção ou diminuição dos tumores, como a embolização, e são poucos os doentes a poder usufruir de terapêutica não invasiva, como os inibidores da mTOR, é fundamental que a associação consiga despertar o interesse dos urologistas e nefrologistas para esta patologia.»

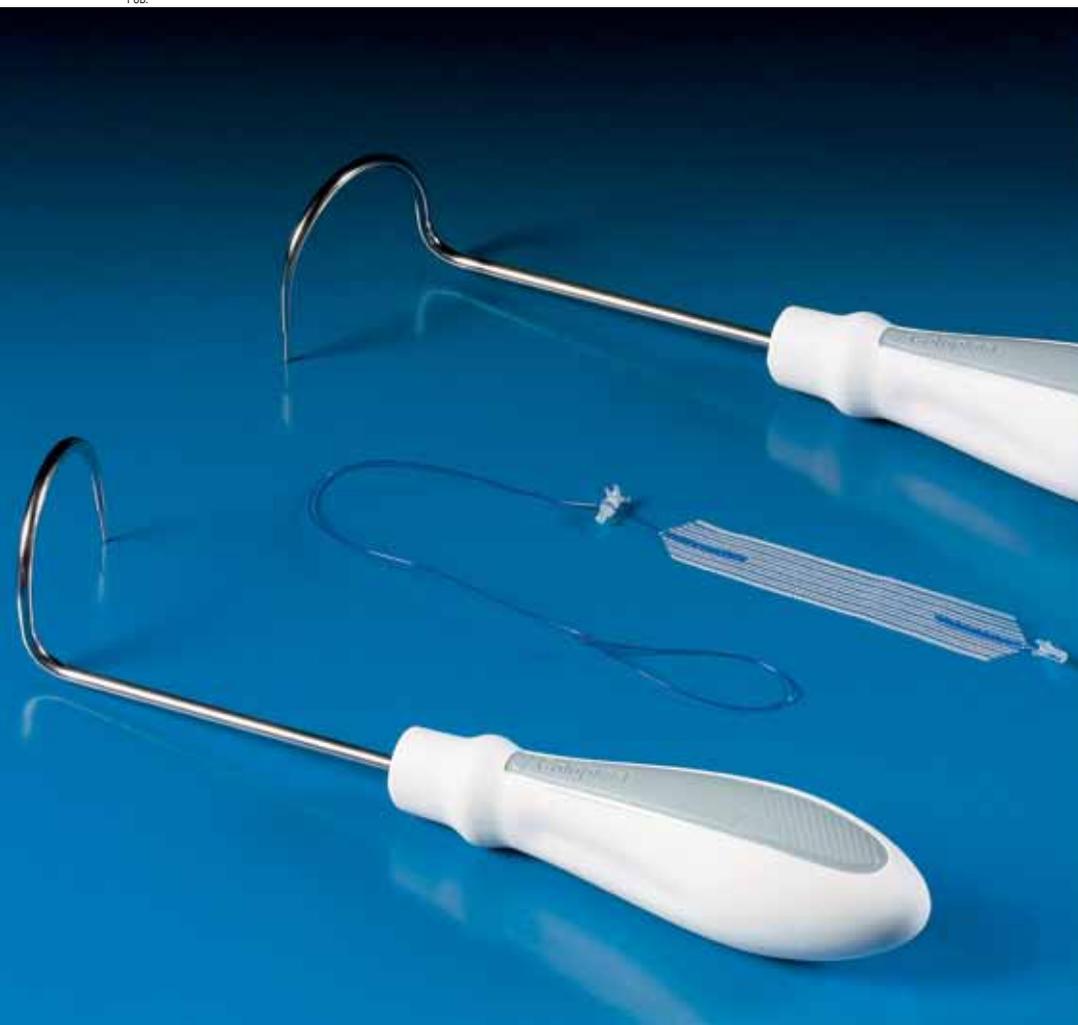
No Congresso da APU, a AETN vai divulgar as atividades que tem desenvolvido, entre as quais o projeto «Avaliar para cuidar», que apoia as famílias na gestão da doença; ou o *roadshow* lançado a 15 de maio passado, dia internacional para a consciencialização da esclerose tuberosa, que tem percorrido os hospitais do País para informar e apoiar as famílias afetadas por esta patologia. Os próximos *roadshows* decorrem a 17 de setembro, no Hospital Garcia de Orta, em

Almada, e em outubro, no Hospital de Santa Maria, em Lisboa.

Esta associação também convida os urologistas a marcarem presença no seu terceiro Congresso, que se realiza nos dias 17 e 18 de novembro próximo, na Fundação Champalimaud, em Lisboa. «Vamos receber três especialistas internacionais – o Dr. John Bissler e o Prof. Darcy Krueger, respetivamente nefrologista e neurologista no Hospital Pediátrico do Cincinnati, nos EUA, um dos maiores centros de tratamento da esclerose tuberosa; e o Prof. Petrus de Vries, pedopsiquiatra na Universidade da Cidade do Cabo, na África do Sul.»

É de destacar ainda a participação de Hugo Rio Tinto, radiologista de intervenção no Hospital Curry Cabral, em Lisboa, que irá relatar a experiência com a técnica de embolização renal que adquiriu no Hospital Pediátrico do Cincinnati, apoiado pela AETN. Saiba mais sobre esta associação em www.esclerose tuberosa.org.pt. ■

PUB.



Mesmo menos é mais

Sistema de fita de incisão única

Altis®

PORGES
Coloplast division

Coloplast Portugal
Avenida José Gomes Ferreira, n.º 15 Edifício Atlas IV - 4.º Piso - Fração 0
Miraflores, 1495 - 139 Algés, Portugal
Tel.: (+351) 214 985 400 Fax: (+351) 214 985 409
www.coloplast.com

Cursos teórico-práticos no arranque do Congresso

São seis os cursos que inauguram o Congresso da Associação Portuguesa de Urologia (APU) 2013, no dia 10 de outubro, e que abrangem as mais diversas áreas da especialidade numa perspetiva teórico-prática. Os seus coordenadores fazem um resumo do que proporcionarão estas formações.



URODINÂMICA

Formadores: Luís Abranches Monteiro (coordenador), Rui Sousa, Paulo Príncipe, Avelino Fraga e Miguel Ramos

«Este curso não terá um pendor completamente básico, portanto, pressupõe que os formandos já tenham algum conhecimento na área, para que, recorrendo a modelos físicos (balões de pressão), se consiga mimetizar situações da prática clínica.

Ao mesmo tempo, o curso incluirá também uma parte mais teórica constituída por conferências sobre temas específicos da urodinâmica, tais como os

doentes obstruídos ou com doenças neurogénicas. Após as conferências, serão apresentados casos clínicos para, mais uma vez, dar oportunidade à assistência de participar ativamente na formação e imprimir dinamismo à mesma. Pela experiência dos anos anteriores, temos a certeza de que este curso será bastante participado e frutífero.» **Luís Abranches Monteiro, urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, presidente da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia e secretário-geral da APU**

NOÇÕES BÁSICAS DE CIRURGIA LAPAROSCÓPICA

Formadores: Fernando Ferrito (coordenador), João Varela e Rui Santos

«A laparoscopia na cirurgia urológica é hoje uma realidade incontornável – diria mesmo irreversível. A sua especificidade técnica leva, no entanto, a uma longa curva de aprendizagem, o que implica dedicação, paciência e treino. Tratando-se de um curso de iniciação, esta sessão compõe-se de uma parte teórica e de outra prática. Na primeira, serão abordados temas básicos – mas não menos importantes – como a anatomia e a fisiologia em laparoscopia, seguindo-se as indicações, as limitações, o instrumental, os aspetos particulares e ainda as principais complicações e como evitá-las. Na segunda parte do curso, queremos proporcionar um momento de formação prática, durante o qual os formandos

podem aferir a sua destreza e praticar em *endotrainers* com modelos sintéticos. Pretende-se também que este curso alerte todos os responsáveis, independentemente do nível a que atuam, para a necessidade de implementação nos Serviços de Urologia de um programa de treino consistente e duradouro, à semelhança do que é feito em centros de referência, com o fim de tornar mais célere a curva de aprendizagem e, consequentemente, a diminuição do tempo operatório associado a esta técnica.» **Fernando Ferrito, urologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF), na Amadora**



NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA

Formadores: Manuel Ferreira Coelho (coordenador), Jorge Fonseca e José Dias

«O objetivo deste curso é abordar os pontos-chave da cirurgia percutânea e da sua implementação. Assim, será dada uma visão global, passo a passo, das técnicas de acesso, para ensinar os detalhes técnicos. Além disso, será criado um debate em torno do posicionamento ótimo do doente nas posições de pronação e supinação. Serão ainda revistos casos de complicações imediatas e tardias, focando as formas de as evitar e de as tratar. Preparámos também a apresentação de casos difíceis, com o objetivo de discutir os limites da técnica para urologistas experientes. Finalmente, vamos abordar de modo prático as dicas e os truques da nefrolitotomia percutânea.» **Manuel Ferreira Coelho, urologista no HFF**





DR

URETERORRENOSCOPIA – DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

Formadores: Fernando Ribeiro (coordenador), Pedro Monteiro, Peter Kronenberg e Palle Oster

«O curso começará com uma introdução teórica, em que se fará um resumo histórico da ureterorenoscopia e se abordará as *guidelines* de utilização da técnica. Depois, falar-se-á sobre o material necessário, os tipos de ureterorenoscópios (semirrígidos e flexíveis, óticos *versus* digitais), a NBI (*narrow-band imaging*), as fontes e cabos de luz, os litotritores e lasers e o intensificador de imagem. O material descartável de cirurgia, como os ca-

teteres uretrais, as bainhas de acesso e irrigação, a extração e a antimigração de cálculos e as fibras laser também serão questões a abordar. A parte teórica deste curso terminará com o foco na técnica, incluindo o estudo e preparação pré-operatória do doente, as condições do bloco operatório, a equipa cirúrgica e a técnica passo a passo. Segue-se uma parte prática, com várias bancadas de treino. É de destacar a presença do Prof. Palle Oster, da University of Southern Denmark e *chairman* da Section of Urolithiasis da European Association of Urology.» **Fernando Ribeiro, urologista no HFF**

BASES ANATÓMICAS DA CIRURGIA DO PAVIMENTO PÉLVICO

Formadores: João Varregoso (coordenador), Vincent Delmas e Paulo Temido



DR

«Este é um curso sobre a anatomia do pavimento pélvico na ótica do cirurgião. O Prof. Vincent Delmas, do La Pitié Hospital, em França, irá falar sobre a anatomia propriamente dita. O Dr. Paulo Temido, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, vai falar sobre a avaliação do pavimento pélvico e a Teoria Integral – que descreve como o pavimento pélvico funciona e como é que os seus defeitos podem levar às patologias que lhe estão associadas, nomeadamente a incontinência urinária e os prolapso dos órgãos pélvicos. No final, irei apresentar algumas imagens ilustrativas do pavimento pélvico normal e com patologia. Esta é uma área que, pela sua complexidade, interessa muito aos médicos das especialidades que com ela lidam (Urologia e Ginecologia), dado que a patologia se manifesta de forma diferente em cada doente. Assim, penso que este curso despertará o interesse não só dos internos, como também dos especialistas.» **João Varregoso, urologista no HFF**



PRÓTESES PENIANAS

Formadores: Augusto Pepe Cardoso (coordenador), Pedro Vendeira e Joaquim Sarquella Geli

«O curso sobre próteses penianas é organizado em parceria com a Sociedade Portuguesa de Andrologia e trará a Portugal Joaquim Sarquella Geli, da Fundação Puigvert, em Barcelona. Pretende-se focar todos os aspetos ligados à técnica cirúrgica de colocação de próteses penianas, sejam elas hidráulicas, mecânicas ou maleáveis, nomeadamente: a informação que deve ser prestada ao doente; o tipo de próteses existentes no mercado; o material cirúrgico necessário; os aspetos da técnica cirúrgica e as complicações. Portanto, pretendemos abranger todas as fases do processo da prótese peniana, contando com a participação da assistência na discussão destas questões. No final, será distribuído material didático em formato digital, nomeadamente os últimos artigos científicos de qualidade publicados nesta área e dois vídeos que demonstram a técnica cirúrgica para colocação de próteses penianas hidráulicas e maleáveis.» **Augusto Pepe Cardoso, urologista no HFF e presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia**



DR

Associação Portuguesa de Urologia: 90 anos de história

A Associação Portuguesa de Urologia (APU) nasceu em novembro de 1923 pela iniciativa do urologista lisbonense Henrique Bastos, que logo chamou para o acompanhar Artur Ravara e João Pinheiro (também de Lisboa), Ângelo da Fonseca (de Coimbra) e Óscar Moreno (do Porto). Na época, eram poucos os urologistas portugueses porque a própria especialidade tinha nascido poucos anos antes, no início do século XX.

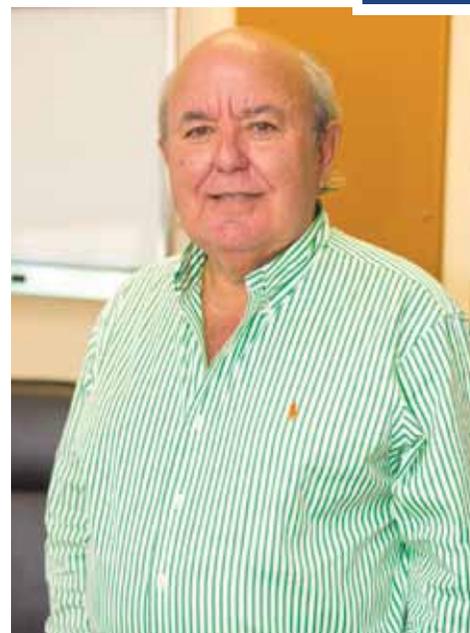
Desde essa altura até aos dias de hoje, a APU assumiu-se como a «casa» de todos os urologistas nacionais, uma referência no desenvolvimento científico da Urologia portuguesa e um centro promotor do conhecimento e convívio entre os seus pares. As diversas reuniões e congressos permitiram aos urologistas nacionais afirmarem-se junto dos seus pares estrangeiros, que nos visitaram, e aos jovens internos iniciarem-se num fórum científico de reconhecido prestígio.

A história da nossa Associação teve momentos marcantes (como os Congressos Hispano-Portugueses, na sua fase inicial), dirigentes notáveis e personalidades de eleição. Naturalmente que deve ser dado o devido destaque aos sucessivos presidentes da APU, sempre urologistas nacionais de reconhecidos méritos, que de

diversas formas contribuíram para o progresso da Urologia nacional. Entre eles, lembro alguns nomes marcantes como Artur Ravara, Ângelo da Fonseca, Henrique Bastos, Reynaldo dos Santos, Carneiro de Moura, João Costa, Linhares Furtado e Alberto Matos-Ferreira, universitários que fizeram escola e deixaram continuadores. De entre estes, permito-me destacar dois que, pela sua ação e inovação, deram um contributo especial para o desenvolvimento e prestígio da nossa Urologia: Reynaldo dos Santos e Linhares Furtado.

Reynaldo dos Santos foi criador e pioneiro da aortografia lombar, que a Urologia mundial adotou e que lhe valeu o reconhecimento generalizado dos seus pares na Europa e nos principais centros médicos americanos. Linhares Furtado foi o introdutor de diversas inovações cirúrgicas no nosso País, como a transplantação renal e a prostatectomia radical no tratamento do cancro da próstata, patologia pela qual se interessou particularmente, levando-o ao desenvolvimento do conceito da prostatectomia radical diferida – cirurgia radical após *downstaging* com hormonoterapia.

Outros, pela sua ação e pelo que fizeram pela Urologia portuguesa, mereceriam, com certeza, figurar nesta pequena galeria, limitada pelo espa-



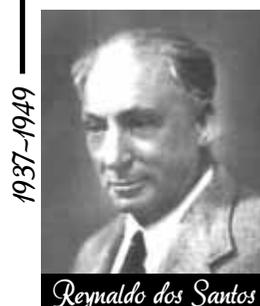
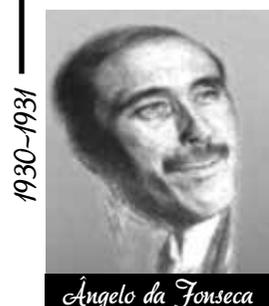
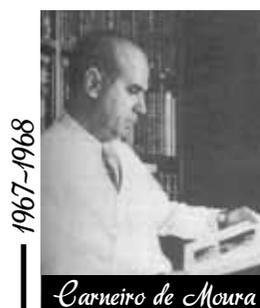
ALFREDO MOTA

Diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

ço e pelo tempo. Graças à contribuição de muitos dos «históricos», à continuidade assegurada pelos atuais membros da APU e à nova «vaga», que já é uma certeza da Urologia nacional, podemos afirmar, sem qualquer receio, que a Urologia portuguesa está preparada para um futuro de progresso científico e tecnológico, não temendo comparações com os melhores centros mundiais. ■

NOTA: Alfredo Mota será o preletor da Conferência de Abertura Oficial do Congresso, intitulada «Os 90 anos da APU», que decorre no dia 10 de outubro, às 18h45

Presidentes «notáveis»



PARA AS AFLIÇÕES DA HBP

FREQUÊNCIA

NOCTÚRIA

ESVAZIAMENTO
INCOMPLETO

BEM-ESTAR



JABA RECORDATI

Lagoa Park, Edif. Torre C, Plac. 3 + 2740-298 Porto Salvo, Portugal
Tel.: 21 432 95 00 Fax: 21 925 19 30
www.jaba-recordati.pt

Capital Social de 2.000.000,00 Euros • Contribuinte nº 500492867, matriculada
na Conservatória do Registo Comercial de Cascais sob o mesmo número.

Estado da arte no diagnóstico e no tratamento dos tumores do testículo

Foto: Sérgio Azemba



Pedro Nunes foi um dos oradores do curso, com uma intervenção dedicada à atitude face às massas residuais

O último curso organizado pela Associação Portuguesa de Urologia (APU), que decorreu em Coimbra, no dia 29 de junho passado, foi dedicado aos tumores do testículo. Das fases precoces às mais avançadas, esteve em destaque o estado da arte ao nível do diagnóstico e do tratamento da neoplasia mais comum em faixas etárias jovens.

Vanessa Pais

A pesar de os tumores do testículo não serem uma das patologias oncológicas mais prevalentes, são a neoplasia mais comum nas faixas etárias jovens, nomeadamente entre os 20 e os 40 anos, com potenciais consequências devastadoras em termos de perda de anos e qualidade de vida.

A boa notícia é que os tumores do testículo conheceram avanços recentes em termos de diagnóstico e terapêutica, o que colocou a sua taxa de cura e de sobrevivência a longo prazo em valores superiores a 90%. Esses avanços foram discutidos ao pormenor no Curso de Tumores do Testículo organizado pela Associação Portuguesa de Urologia, que decorreu em Coimbra, em junho passado, com a coordenação de Belmiro Parada e Arnaldo Figueiredo, urologistas no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

«O objetivo deste curso foi proporcionar uma visão global, mas aprofundada, sobre o diagnóstico e o tratamento dos tumores do testículo. Considerando que a sua abordagem tem de ser

multidisciplinar, procurámos convidar peritos das várias áreas, nomeadamente da clínica (urologistas), da anatomia patológica e da imagiologia», indicou Belmiro Parada.

O curso começou por abordar a epidemiologia, a etiopatogenia e o diagnóstico dos tumores do testículo, através da comunicação de Paulo Azinhais, urologista no CHUC. Seguiram-se as apresentações de Vítor Sousa, anatomopatologista no CHUC, que falou sobre o contributo da anatomia patológica, e de Rui Pinto, urologista no mesmo centro hospitalar, que abordou o estadiamento e a estratificação de risco.

O contributo da imagiologia foi dado por Maria Antónia Portilha, radiologista no CHUC, e Paula Lapa, especialista em Medicina Nuclear também no CHUC, que falaram sobre ecografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e tomografia por emissão de positrões.

No que diz respeito ao tratamento, Belmiro Parada começou por falar sobre a «estratégia terapêutica nos tumores em estágio precoce», destacando a vigilância ativa. Ou seja, «a vigilância

apertada no pós-orquidectomia nos doentes que não têm fatores de mau prognóstico, em alternativa a um tratamento excessivo que perturbe a qualidade de vida, sobretudo ao nível da reprodução», defendeu Belmiro Parada.

Já a estratégia terapêutica nos casos avançados e a atitude face às massas residuais foram questões abordadas, respetivamente, por Joaquina Maurício, oncologista no Instituto Português de Oncologia do Porto, e Pedro Nunes, urologista no CHUC. António Canelas, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Setúbal, fechou o painel de conferências com o tema «Complicações tardias e seguimento de longo prazo».

Seguiu-se uma sessão de discussão de casos clínicos coordenada por Arnaldo Figueiredo e Vítor Dias, também urologista no CHUC. Em jeito de balanço, Belmiro Parada afirmou: «Este curso foi marcado por conferências cientificamente muito interessantes, rigorosas e interativas, com extensão do debate à assistência e com a discussão de casos clínicos reais.» ■



Uma questão de sobrevivência.

AstraZeneca 

AstraZeneca Produtos Farmacêuticos, Lda - Rua Humberto Madeira nº 7 Queuz de Baixo | 2730-097 Barcarena
Contribuinte N.º PT 502 942 240 | Capital Social 1.500.000 € | Mat. Cons. Reg. Com. Cascais sob o N.º 502942240

www.astrazeneca.pt

Importância da uniformização terapêutica nos tumores superficiais da bexiga

Utilizada há vários anos, a terapêutica adjuvante dos tumores superficiais da bexiga continua a não ser seguida da mesma forma em todo o País. Em entrevista, Jorge Oliveira, diretor do Serviço de Urologia do Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto, e Manuel Oliveira, urologista no Centro Hospitalar do Porto/ Hospital de Santo António (HSA), partilham a experiência dos seus serviços e destacam a importância de uniformizar critérios, nomeadamente na posologia da mitomicina.

Lúis Garcia



Manuel Oliveira (à esquerda) recebeu Jorge Oliveira no Hospital de Santo António, para a entrevista conjunta

Existem muitas disparidades na utilização da mitomicina?

Manuel Oliveira (MO): Embora o tratamento adjuvante do tumor não músculo-invasivo da bexiga esteja assente há décadas, nunca houve uma verdadeira uniformização de critérios. Como se trata de uma doença com potencial de recidiva e progressão muito variáveis, importa estratificar esse risco. Assim, seguimos as normas da European Association of Urology e, nos doentes de baixo risco, administramos apenas uma dose inicial de mitomicina C, até às 24 horas após ressecção transuretral (RTU), mas preferencialmente nas primeiras seis horas. Nos doentes de alto risco, fazemos uma instilação semanal de BCG [bacilo Calmette-Guérin] durante seis semanas, na fase de indução. No esquema de manutenção, não há grande consenso, mas está estabelecido que o tratamento deve continuar durante pelo menos um ano.

Jorge Oliveira (JO): É essencial que se faça manutenção durante um ano, no mínimo, mas a for-

ma de a fazer é altamente variável. Também não há grandes consensos em torno do tratamento dos tumores de risco intermédio, mesmo na European Association of Urology e na American Urological Association.

Que diretrizes existem para esses casos?

MO: Está estabelecido que, além do esquema de indução normal, deve ser seguido um esquema de manutenção. A grande questão é se devemos optar por mitomicina ou BCG. Nas meta-análises feitas, o BCG mostrou ser superior em termos

de prevenção da recidiva e da progressão. No entanto, apenas um terço dos doentes completa este tratamento, por não tolerar a sua toxicidade. Portanto, quando se trata de tumores de risco intermédio, optamos pela utilização da mitomicina, dada a sua maior tolerabilidade.

Como têm procedido no caso dos tumores de risco intermédio, quer no IPO do Porto quer no HSA?

JO: A nossa prática, no IPO do Porto, tem sido fazer uma única instilação no bloco e, se o caso for de baixo risco, ficamos por aí, apenas com vigilância. Em casos de risco intermédio, optamos inicialmente pela mitomicina e apenas passamos para o BCG em caso de falência desta terapêutica.

MO: No HSA, temos procedido do mesmo modo. Gostaria de salientar a importância da primeira instilação, sobretudo nos doentes de baixo risco. Há quem questione o seu valor em casos de risco intermédio ou alto, mas os estudos mostram que apenas é viável fazer um esquema de

UTILIZAÇÃO DA MITOMICINA FOI DEBATIDA NO PORTO

A uniformização de atitudes relativas ao esquema posológico da mitomicina foi o tema central de uma reunião que decorreu no dia 3 de julho passado, no Porto, juntando urologistas de vários hospitais da região Norte. Nesta reunião, Manuel Oliveira apresentou uma atualização das indicações da mitomicina e do BCG no tumor superficial da bexiga. Seguiu-se uma palestra de Jorge Oliveira sobre a experiência do Serviço de Urologia do IPO do Porto na terapêutica adjuvante do tumor da bexiga. A reunião terminou com uma discussão sobre as disparidades existentes na administração deste tipo de fármacos.

PROTOCOLO DO HOSPITAL DE SANTO ANTÓNIO...

...para a terapêutica adjuvante do tumor não músculo-invasivo da bexiga, de acordo com o grupo de risco de recidiva e progressão:

GRUPO DE BAIXO RISCO

■ Apenas é necessária uma instilação intravesical com mitomicina C 40 mg, preferencialmente nas primeiras seis horas após cirurgia.

GRUPO DE RISCO INTERMÉDIO

■ Quimioterapia intravesical com mitomicina C 40mg, segundo este esquema:

- ▶ Uma instilação semanal durante cinco semanas;
- ▶ Uma instilação quinzenal durante dois meses;
- ▶ Uma instilação mensal durante oito meses.

OU

■ Imunoterapia intravesical com BCG 81 mg, segundo este esquema:

- ▶ Indução: uma instilação semanal durante seis semanas;
- ▶ Manutenção: uma instilação mensal durante um ano.

GRUPO DE ALTO RISCO

■ Imunoterapia intravesical com BCG 81 mg, segundo este esquema:

- ▶ Indução: uma instilação semanal durante seis semanas;
- ▶ Manutenção: uma instilação mensal durante pelo menos um ano, até um máximo de três anos.

GRUPO DE MAIS ALTO RISCO

■ Considerar cistectomia imediata.

manutenção mais curto, de seis meses, se for dada a primeira instilação no pós-operatório. Caso contrário, o esquema de manutenção deve ser prolongado pelo menos até um ano.

Que outros cuidados devem ser tidos em conta na administração da mitomicina?

MO: O mais importante é que a primeira instilação ocorra nas primeiras 24 horas após a RTU. Preferencialmente, devem ser utilizadas doses de 40 mg, diluídas em 20 ml de solvente (para aumentar a sua concentração) e deve ser feita a alcalinização prévia da urina, com bicarbonato de sódio, por exemplo. Previamente, também há que esvaziar a bexiga e evitar a ingestão hídrica, para aumentar o tempo de estadia e a concentração do fármaco na bexiga. ■

IX Congresso da APNUG em maio de 2014

O próximo Congresso Nacional da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (APNUG) decorrerá em Coimbra, nos dias 9 e 10 de maio de 2014.

Em entrevista, Lília Martins, presidente do Conselho Fiscal da APNUG, diretora do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar de Leiria-Pombal e membro da Comissão Organizadora deste Congresso, revela que, este ano, estarão em destaque os consensos em Neurourologia e Uroginecologia.

Vanessa Pais

Quais as principais preocupações da organização do IX Congresso da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (APNUG)?

Cumprindo o propósito da criação da APNUG, estamos a trabalhar para que o próximo Congresso espelhe a multidisciplinaridade e a procura constante de consensos entre especialidades que tratam as mesmas patologias. Por isso, foi decidido que a nossa reunião de 2014 teria como principal foco os consensos na terminologia, na interpretação de exames e nas propostas terapêuticas. Além disso, há também uma preocupação de aproximação à Medicina Geral e Familiar.

De que modo pretendem atrair os especialistas de Medicina Geral e Familiar (MGF) para o Congresso da APNUG?

A MGF está na primeira linha na deteção da maioria das patologias a que nos dedicamos. São os especialistas de MGF que, na maior parte das vezes, fazem a primeira triagem dos doentes e os encaminham para as diferentes especialidades; no entanto, verificamos que ainda têm muitas dúvidas. Assim, iremos dedicar um dos *workshops* do programa científico à incontinência urinária, num contexto mais voltado para a MGF.

LÍLIA MARTINS



O programa científico incluirá outros workshops?

Sim. À semelhança do que temos feito nos congressos anteriores, haverá uma parte teórico-prática no programa, que incidirá sobre temáticas como a urodinâmica e a reabilitação do pavimento pélvico.

Que outros assuntos estarão em destaque no próximo Congresso da APNUG?

Além dos consensos na terminologia e nos protocolos, iremos também abordar as vantagens e os inconvenientes do tratamento médico e cirúrgico nas diversas áreas. Neste contexto, falaremos, por exemplo, sobre a terminologia na urodinâmica, o estado da arte no tratamento da incontinência urinária de esforço, a utilização de redes na cirurgia do pavimento pélvico e da incontinência urinária feminina, as atualizações e consensos em Neurourologia, coloproctologia, incontinência fecal e disfunções sexuais. ■

«Portugal tem uma das melhores formações pós-graduadas da Europa»



Assegurar uma avaliação cada vez mais justa e equitativa dos candidatos a especialistas tem sido um dos desígnios do Colégio de Urologia da Ordem dos Médicos. Em entrevista, o presidente deste Colégio, José Palma dos Reis, faz um balanço das últimas alterações ao modelo de classificação e avança com algumas ideias para o futuro.

Luís Garcia

Que impacto está a ter nos resultados dos exames a introdução da grelha de avaliação final do Internato Complementar de Urologia, agora adaptada para cumprir a Portaria 251, de 2011?

Até há pouco tempo, havia uma certa tendência para inflacionar as notas. A introdução de uma grelha de avaliação com critérios objetivos vai, forçosamente, fazer com que as notas desçam um pouco. Isto não é sinal de que os internos são hoje menos capazes, mas antes uma forma de comparar os candidatos com mais justiça e rigor.

De um modo geral, os candidatos a urologistas chegam bem preparados ao exame?

Sim, de uma forma geral, os candidatos a especialistas têm chegado muito bem preparados. Isto mostra que a nossa luta para manter o número de internos a admitir dentro de valores controlados tem dado frutos. Não podemos permitir que haja uma entrada desmedida de internos na especialidade, fazendo com que saiam com uma formação deficitária. Portugal tem, sem dúvida,

uma das melhores formações pós-graduadas da Europa e urge continuar neste caminho.

Tem havido pressões para alargar o número de vagas no internato?

Há sempre pressões nesse sentido, embora tenhamos ter uma atitude pedagógica. Eram muito frequentes as solicitações de diretores de serviço para receber mais internos, com o argumento de que eles eram necessários para assegurar o serviço de urgência ou determinadas atividades de rotina. Porém, as vagas não devem ser abertas em função das necessidades dos serviços, mas sim da sua capacidade para proporcionar formação de qualidade aos internos.

O que pode ainda ser melhorado no que respeita à formação dos internos?

Em geral, os candidatos estão bem preparados e apresentam bons currículos cirúrgicos. No entanto, de acordo com a grelha de avaliação, temos notado algumas deficiências ao nível

da publicação e apresentação de trabalhos, embora a situação esteja a melhorar.

Essa falta de publicação científica é já um défice crónico da prática clínica portuguesa?

Sim, tem a ver com a nossa prática e a nossa maneira de estar. Além disso, reconheço que os internos são peças fundamentais dos serviços e, muitas vezes, estão sobrecarregados com outras tarefas assistenciais, pelo que não lhes sobra muito tempo para investigação e publicação.

Tem havido, a nível internacional, algum esforço de uniformização dos exames finais do Internato Complementar. Portugal pretende seguir essa tendência?

Um dos planos da direção do Colégio de Urologia é tentar conciliar a prova teórica do exame nacional com a prova teórica do European Board of Urology [EBU]. Teríamos assim um duplo benefício. Por um lado, haveria um exame absolutamente equitativo para todos os candidatos, uma vez que não está ao alcance do Colégio fazer, todos os anos, várias provas deste tipo com tanta qualidade. Em simultâneo, os nossos internos ficariam automaticamente habilitados com o grau da prova teórica do EBU. O ideal seria que também as provas práticas coincidissem. Mas, mesmo que isso não seja possível, caso as provas teóricas fossem comuns, os nossos internos já só precisariam de fazer o exame prático para obter o título de *fellow* do EBU.

O que tem impedido a adoção do exame do EBU?

É uma questão de calendários e de pagamentos. A prova prática do EBU é realizada bastante mais tarde do que a teórica e isso não é coadunável com o nosso calendário de prestação de provas de exame final do internato. Por outro lado, a prova do EBU está sujeita a um pagamento e não podemos exigir aos candidatos que paguem o exame. Teríamos de conseguir um acordo com o EBU e estamos em negociações nesse sentido, através do nosso representante neste organismo, mas é um processo moroso. Este modelo já existe em outros países europeus e penso que seria um importante passo em frente.

Que outras medidas se podem tomar para melhorar ainda mais os exames?

A melhoria tem sido contínua. Para garantir justiça e igualdade entre as provas, o ideal seria que o júri fosse sempre o mesmo, mas isso não é viável devido ao grande número de candidatos. Temos tentado ter sempre um elemento da direção do Colégio de Urologia nos júris que, além de ser o portador da proposta de grelha de avaliação, procura homogeneizar os critérios de classificação de prova para prova. Nesse sentido, seria desejável organizar reuniões entre os presidentes do júri. ■

O primeiro e único comprimido orodispersível no tratamento da disfunção erétil, colocado na boca, sobre a língua, onde se dissolverá em segundos



A qualquer momento, em qualquer lugar...



«Os portugueses preocupam-se em ter um conhecimento global»



Os urologistas portugueses têm-se destacado na avaliação realizada pelo European Board of Urology (EBU). Várias vezes, nomeadamente nos últimos dois anos, obtiveram, no conjunto, a melhor classificação da Europa neste exame, composto por uma prova escrita e outra oral, que se realizou em junho passado. O fundador, ex-presidente e atual membro do *Examination Committee* do EBU, Alberto Matos-Ferreira, comenta estes resultados.

Vanessa Pais

O European Board of Urology (EBU) foi fundado em 1989 como uma secção da European Union of Medical Specialists/Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), com o propósito de promover e homogeneizar a formação em Urologia na Europa. De que modo a atividade portuguesa neste organismo tem contribuído para cumprir estes objetivos?

A primeira vez que se falou na criação do EBU foi em Portugal, em 1986, numa reunião da UEMS que decorreu em paralelo com um evento designado UroCEE, organizado por mim, que contou com um grande número de participantes estrangeiros. Depois de ter sido oficialmente fundado, o *board* teve sempre dois representantes nacionais, tal como dos outros países-membros. Apesar de inicialmente ter havido alguma renitência por parte de vários países, incluindo Portugal, no envio de candidatos ao exame do EBU, hoje já são quase 300 participantes de toda a Europa, mas também de outros países, como a China. O número de candidatos portugueses representa a quase totalidade dos internos que fazem o exame de acesso à especialidade.

Como caracteriza a prestação dos candidatos nacionais ao longo do tempo?

Os portugueses são tradicionalmente muito estudiosos e preocupam-se em ter um conhecimento

global, em vez de se focarem apenas em parcelas, como faz a maioria dos candidatos. Numa avaliação como a realizada pelo EBU esta característica é muito importante e tem-se refletido nos resultados obtidos em grupo e individualmente, que têm sido muito comentados e elogiados nas reuniões do *board*. Em grupo, os portugueses já ficaram várias vezes classificados em primeiro lugar. Recordo-me também de candidatos portugueses, como o Prof. Arnaldo Figueiredo, o Prof. Francisco Cruz ou o Dr. Joaquim Lindoro que, individualmente, tiveram a melhor classificação de toda a Europa. Por outro lado, é também de destacar que não houve um português que não tivesse passado no exame.

A que se devem os bons resultados dos portugueses nos exames do EBU?

Em grande parte, devem-se ao estudo, mas também à forma como o nosso internato está organizado e como os serviços de Urologia funcionam. Os internos portugueses são muito mais autónomos na prática clínica, inclusive a nível cirúrgico, do que os internos dos restantes países europeus, o que os coloca em vantagem não só nas avaliações do EBU, mas também nos estágios realizados no estrangeiro. Por exemplo, na Alemanha, os internos, mesmo diferenciados, limitam-se a assistir,

O QUE OS CANDIDATOS PRECISAM DE SABER

■ Para receberem o título de *Fellow of the European Board of Urology* os candidatos têm de obter avaliação positiva no exame escrito e no exame oral;

■ O exame escrito contempla mais de 100 perguntas em inglês, avaliadas e validadas cientificamente pelo júri do *European Board Examinations in Urology*. Este ano, o exame passa a realizar-se através do *website* do European Board of Urology (www.ebu.com), onde estará disponível no dia 5 de outubro próximo, entre as 14h30 e as 17h00;

■ O exame oral consiste na discussão, durante 55 minutos, de três casos clínicos, na língua materna do candidato, podendo este colocar questões ao júri, como se do doente se tratasse. O próximo exame oral decorre no dia 31 de maio de 2014;

■ Quando a avaliação do exame oral suscita dúvidas ao júri, realiza-se um re-exame no mesmo dia.

ou só podem operar assistidos por urologistas; em Itália, há serviços em que os internos «aprendem» as técnicas cirúrgicas, maioritariamente, através de vídeos. O internato em Portugal é realmente melhor. Há menos produção científica, mas há mais «saber fazer».

Considera que a avaliação realizada no internato de Urologia também tem contribuído para os bons resultados?

De certa forma sim. A avaliação é muito exigente, mas penso que poderia ser mais homogênea, pois está dependente do caso clínico escolhido e das convicções do júri, que são diferentes de caso para caso. Também poderia ser mais voltada para a internacionalização, incluindo, por exemplo, um dos componentes do exame do EBU ou um membro do EBU no júri.

O que sugere para que a avaliação seja mais homogênea e voltada para a internacionalização?

Penso que muitas das questões do exame escrito do EBU poderiam ser aplicadas no exame nacional, como acontece em muitos países. Por outro lado, seria importante incluir no júri um membro do EBU.

Que conselhos quer deixar aos próximos candidatos ao exame do EBU?

Que estudem, mas não se cinjam às *guidelines*. Para um conhecimento mais profundo e sólido, é preciso conhecer a evidência que deu origem às recomendações internacionais, lendo livros e revistas da especialidade e até generalistas para formar a sua própria opinião. ■

Hemostase e Selagem



Takeda - Farmacêutica Portugal, Lda
Avenida Tom de Belém, nº 19 - 1º.º eq. 1400-362 Lisboa
TEL: +351 211 201 457 | FAX: +351 211 201 456
Conservatória de Registo Comercial de Cascais matrícula nº 302 881 204

Experiências internacionais na primeira pessoa

Recentemente, Nuno Domingues e Frederico Furriel enriqueceram a sua formação com estágios em instituições estrangeiras. As suas experiências no Hospital Militar Val de Grâce, em Paris, e no Royal Hallamshire Hospital, em Sheffield, respetivamente, são agora partilhadas com os leitores do *Urologia Actual*.

NUNO DOMINGUES

Urologista no Hospital das Forças Armadas, em Lisboa



Nuno Domingues (à direita), acompanhado por Alain Houlgatte, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Militar Val de Grâce

«**C**onsidero que atingi os objetivos propostos para o estágio em cirurgia laparoscópica e robótica que realizei no Hospital Militar Val de Grâce, em Paris, de 10 de setembro a 1 de dezembro de 2012, com o apoio da Associação Portuguesa de Urologia. É de sublinhar as 95 cirurgias em que participei como cirurgião e cirurgião ajudante, assim como as inúmeras atividades científicas realizadas, entre as quais uma apresentação sobre a Urologia portuguesa e a participação na VIII Jornada da Próstata organizada pela Associação Francesa de Urologia, nas V Jornadas de Urologia do Hospital Val de Grâce e no 106.º Congresso Francês de Urologia. Neste contexto, o balanço que faço desta oportunidade formativa é extremamente positivo.

FREDERICO FURRIEL

Interno no Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

«**D**urante o mês de julho de 2013, tive a possibilidade de realizar um estágio de quatro semanas no Serviço de Urologia do Royal Hallamshire Hospital, em Sheffield, no Reino Unido. O intuito desta experiência foi complementar a minha formação na área da Urologia Reconstructiva, Urologia Funcional e Neurourologia. Como tal, acompanhei as atividades clínicas dos quatro especialistas daquele Serviço, que estão exclusivamente dedicados a esta área, em especial o coordenador da equipa – o Prof. Christopher Chapple, uma autoridade internacional na matéria.

Graças a uma rede de referência regional e nacional bem estruturada, o Serviço de Urologia do Royal Hallamshire Hospital recebe todos os doentes com necessidade de reconstrução urológica de complexidade média e elevada, numa área de influência com 6 milhões de pessoas. Este tipo de referência garante que toda esta população recebe cuidados de saúde de elevado nível e de qualidade. Por outro lado, permite que as equipas destes



Frederico Furriel (à esquerda) com Christopher Chapple, no bloco operatório, depois da realização de uma cirurgia

centros terciários tenham acesso a um volume adequado de casos, indispensável à aquisição e manutenção das capacidades técnicas e logísticas consentâneas com este nível.

Na consulta externa, tive possibilidade de

observar doentes com patologias diversas, como estenose da uretra anterior e da uretra posterior; fístula vesicovaginal e uretrovaginal; cistite intersticial refratária; síndrome de bexiga hiperativa em diversas fases do percurso

Ao longo dos três meses de estágio, ganhei competências importantes em cirurgia laparoscópica para o tratamento dos cânceros da próstata, bexiga e rim. Tive ainda oportunidade de ganhar uma experiência inicial e algumas competências em cirurgia robótica. Destaco que o Serviço de Urologia do Hospital Val de Grâce tem um volume cirúrgico de cerca de 1 000 cirurgias por ano, sendo que, destas, 200 são cirurgias laparoscópicas ou robóticas.

Por outro lado, foi extremamente importante a oportunidade que tive de constatar *in loco* o modelo organizacional do Serviço de Urologia em particular e do Hospital Militar Val de Grâce no geral, que são vistos como modelos de referência pela sociedade francesa. Saliento a preocupação deste Hospital e, particularmente, do Serviço de Urologia, em divulgar a sua atividade clínica. Por exemplo, através do *site* www.urologie-valdegrace.fr, é possível aceder a um conjunto de informações sobre a patologia urológica e, inclusive, marcar uma consulta.

Destaco ainda o facto de ter sido criada uma sinergia e uma parceria importante com este Serviço congénere, que poderá ser útil num futuro próximo para a realização de projetos conjuntos noutras áreas. Por último, saliento a constatação do apreço que os franceses têm pelos médicos militares portugueses e pela Urologia nacional.»

terapêutico, entre outras. Na Unidade de Lesões Vertebrais do Northern General Hospital, colaborei nas consultas e nos estudos urodinâmicos realizados a diversos doentes do foro neurológico.

No plano cirúrgico, este estágio concedeu-me também valiosos conhecimentos, já que, além de ter assistido a diversas cirurgias de Urologia reconstrutiva (como, por exemplo, uretroplastias da uretra anterior e posterior, correções de fístulas vesicovaginais, reconstruções da uretra feminina, construção de bolsas cateterizáveis, cirurgias de incontinência com *slings* autólogos, etc.), pude igualmente discutir as indicações cirúrgicas e as alternativas técnicas apropriadas para cada caso com o Prof. Chapple. Nesta área em particular, estes aspetos são cruciais e dificilmente se encontram explanados de forma inequívoca na literatura, já que derivam largamente da experiência individual de cada cirurgião.

Resta-me agradecer ao meu Serviço, por ter incentivado a realização deste estágio, e à Associação Portuguesa de Urologia, pelo apoio prestado.» ■



Peter Kronenberg, interno de Urologia no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (Amadora-Sintra), brilhou na reunião deste ano da American Urological Association, com um trabalho de investigação na área da endourologia que arrecadou o prémio de Melhor Vídeo.

Vanessa Pais

O projeto de Peter Kronenberg, que venceu o prémio de Melhor Vídeo apresentado na reunião anual de 2013 da American Urological Association (de 4 a 8 de maio, em San Diego), começou em Paris, no âmbito de um estágio que o interno realizou no Hôpital Tenon, e terminou em Portugal. «Durante o estágio, quis testar a melhor forma de fragmentar cálculos urinários e apresentei a minha ideia ao orientador, o Prof. Olivier Traxer, uma referência mundial na área da endourologia, que me apoiou e pôs à minha disposição todo o material necessário», conta o premiado.

A ideia era aparentemente simples, mas Peter Kronenberg deixou-se entusiasmar e a investigação assumiu proporções mais complexas e ambiciosas, envolvendo, inclusive, «a análise do efeito de retropulsão que os lasers exercem sobre os cálculos». Rapidamente o tempo destinado ao estágio (um mês) se revelou curto e Peter Kronenberg foi convidado por Olivier Traxer a prolongar a sua estadia

em Paris. Terminada a investigação, o interno voltou para Portugal e dedicou-se à preparação do vídeo de alta velocidade que viria a orgulhar a comunidade urológica nacional na última reunião anual da American Urological Association.

«Já me sentira muito contente por o trabalho ter sido aceite para apresentação, pelo que a notícia do primeiro prémio foi uma surpresa extremamente gratificante», confessa Peter Kronenberg. No entanto, apesar do entusiasmo causado pelo prémio recebido, o interno salienta que a importância da sua investigação assenta nas principais conclusões a que foi possível chegar: «O efeito de retropulsão aumenta com níveis de energia mais altos, fibras de laser com maior diâmetro e emissão de laser dentro de crateras de fragmentação. A posição dos cálculos pode ser afetada pelo laser, mesmo a distâncias consideráveis da sua superfície. Os vídeos de alta velocidade revelam pormenores sobre a litotricia a laser de outra forma invisíveis ao olho humano.» ■

«Nunca se falou tanto de ética e, ao mesmo tempo, nunca houve tão pouca ética»



O fortalecimento de laços na comunidade urológica de língua portuguesa e as relações iberoamericanas deram mote à entrevista sobre o percurso internacional de Manuel Mendes Silva. De acordo com o presidente da Associação Lusófona de Urologia (ALU) e também diretor do Gabinete de Ética da Confederação Americana de Urologia (CAU), Portugal é uma peça fulcral no diálogo e na cooperação entre os países de língua oficial portuguesa.

Inês Melo

Há cerca de um ano, a revista *Monocle* escrevia que o português é a «nova língua do poder e dos negócios». Quando começou a sua aproximação à comunidade urológica de outros países que falam o português?

A lusofonia está, seguramente, na ordem do dia. No entanto, quando me comecei a interessar por estas realidades [da lusofonia e do contexto iberoamericano], poucas pessoas estavam sensibilizadas para a importância do fortalecimento de laços com estes países – incluindo laços médicos e científicos. No final dos anos de 1990, com o apoio da empresa Prismédica, comecei a organizar jornadas de Urologia em vários países de língua portuguesa: Goa, Macau, Angola, Moçambique e Cabo Verde. Estas relações intensificaram-se quando passei a fazer parte da direção da Associação Portuguesa de Urologia [APU] e, mais tarde, quando fui eleito presidente [em 2000].

Além deste interesse, nunca ambicionei ter um cargo que exigisse o domínio das línguas anglo-saxónicas, acabando por ficar mais sensibilizado para outros contextos.

Como surgiu a ideia de criar um grupo que pudesse representar a Urologia lusófona?

Ao longo dos anos, fui desenvolvendo boas relações com os países lusófonos, ao mesmo tempo que percebia a necessidade de uma união, também sentida pelos colegas brasileiros e dos países africanos de língua oficial portuguesa [PALOP]. A ideia de criar a Associação Lusófona de Urologia [ALU] acabou por se concretizar no ano de 2009, em Goiânia, no decorrer do XXXII Congresso Brasileiro de Urologia. A fundação da ALU foi anunciada durante a sessão plenária, na qual fui eleito presidente. Como é natural, fiquei muito honrado, sobretudo pela afinida-

de que tenho com a Sociedade Brasileira de Urologia [SBU]. Desde 2005 que sou sócio honorário da SBU e académico honorário estrangeiro da Academia Nacional de Medicina do Brasil. Como costume dizer em jeito de brincadeira, não sou professor em Portugal, mas sou no Brasil [risos].

O grande compromisso da ALU é o estreitamento das relações entre os países de língua portuguesa. Quais as vantagens dessa proximidade?

Fundamentalmente, o propósito da ALU é desenvolver e difundir a Urologia lusófona, o que apenas é possível com um grande espírito de união. Pretendemos aproximar, em termos técnico-científicos e socioprofissionais, toda a comunidade urológica de língua portuguesa e aumentar a cooperação entre os países. Estamos a falar de realidades muito diferentes e, como tal, a troca de experiências é sempre uma mais-valia.

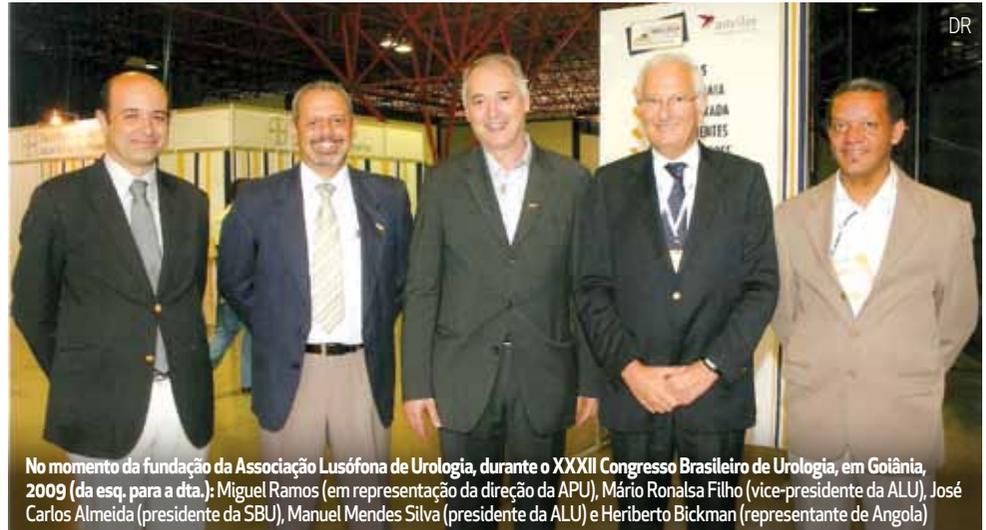
Grande parte do cenário que se vive hoje em África, por exemplo, também já fez parte da realidade dos portugueses. Acredito que podemos todos aprender com as dificuldades uns dos outros, mas também com as conquistas – nos aspetos científicos e organizacionais. Com colaboração e diálogo, todos temos muito a ganhar e, como tal, considero que devemos assumir uma postura de humildade. No fundo, estar dispostos para dar e receber, com o objetivo primeiro de tratar adequadamente os nossos doentes, sem esquecer a investigação, o ensino e a organização dos cuidados de saúde.

O seu mandato como presidente da ALU termina este ano. Sente que foi uma missão cumprida? No futuro, quais são os grandes desafios que se colocam a esta Associação?

Durante os últimos quatro anos, procurei consolidar as relações lusófonas, sobretudo através da criação da identidade da ALU. Fundar, consolidar, legalizar e dar a conhecer esta Associação foram os meus grandes objetivos, muitas vezes alcançados com poucos meios. Os simpósios lusófonos – que decorrem bianualmente nos congressos da APU e da SBU –, a colaboração no simpósio de língua portuguesa da Associação Americana de Urologia [AUA, na sigla em inglês] e o apoio a diversos eventos e publicações (incluindo a página *online* da ALU e o *Brazilian Journal of Urology*) deram-nos alguma projeção. Trabalhei para atingir os objetivos a que me propus e penso que cumpri a minha missão. Agora, de acordo com os estatutos, a ALU terá uma nova presidência e o trabalho deverá conhecer novos rumos. As eleições vão ter lugar no 4.º Simpósio Lusófono, que decorrerá no âmbito do Congresso da APU 2013.

A par do interesse pela lusofonia, também tem trabalhado estreitamente com a Confederação Americana de Urologia (CAU). Como começou esta ligação?

Entre 1998 e 2005, enquanto secretário-geral e presidente da APU, fui um dos delegados portugueses da CAU. Durante esse tempo, tive uma participação muito ativa nos seus eventos, organizando cursos, moderando mesas-redondas e participando em várias comunicações. Em 2001, fui convidado para membro do Gabinete de Bolsas e Estágios e, posteriormente, estive envolvido na criação do Gabinete de Ética – à semelhança do que já tinha acontecido no Hospital Militar Principal [Lisboa], onde fui membro fundador da primeira Comissão de Ética. Mais recentemente, convidaram-me para ser um dos presidentes honorários do Congresso Hispano-Luso-Iberoamericano, que decorreu em Barcelona, em 2008.



No momento da fundação da Associação Lusófona de Urologia, durante o XXXII Congresso Brasileiro de Urologia, em Goiânia, 2009 (da esq. para a dta.): Miguel Ramos (em representação da direção da APU), Mário Ronalsa Filho (vice-presidente da ALU), José Carlos Almeida (presidente da SBU), Manuel Mendes Silva (presidente da ALU) e Heriberto Bickman (representante de Angola)

Em 2006, assumiu a direção do Gabinete de Ética da CAU, função que mantém até aos dias de hoje. Como recebeu esse desafio?

A CAU não tinha uma comissão de ética, por isso, foi com muita satisfação que aceitei o desafio. Sempre que há eleições, tenho posto o meu lugar à disposição, mas as sucessivas direções continuam a confiar-me esta tarefa. Pessoalmente, acho que nunca se falou tanto de ética e, ao mesmo tempo, nunca houve tão pouca ética! O facto é que os tempos são outros e os valores que existiam há alguns anos são agora constantemente questionados.

Portugal, assim como a maioria dos países ditos ocidentais, já viveu numa ditadura religiosa, numa ditadura política e, hoje, vive numa ditadura financeira. Os valores do dinheiro e do sucesso são cada vez mais relevantes, ao mesmo tempo que os valores humanos são constantemente relegados para planos inferiores ou até mesmo suprimidos pela lógica do progresso e da tecnologia. Faz parte da função da Comissão de Ética da CAU salvaguardar esses valores humanos.

De que forma a CAU tem procurado cumprir esse desígnio?

Além da organização de cursos e conferências, temos dado apoio a diversas publicações internacionais e temos trabalhado aspetos mais específicos da prática da Urologia, como os consentimentos informados. O documento que elaborei para a APU foi adaptado à realidade da CAU, acabando por inspirar os consentimentos informados de países como a Argentina. No âmbito desta Comissão de Ética, também realizámos, no Congresso da CAU do ano passado, na Colômbia, um inquérito sobre questões éticas em Urologia. Deste trabalho ressaltam dois aspetos curiosos: por um lado, a necessidade de criar um código de ética adaptado à realidade iberoamericana; por outro lado, o facto de uma

PRINCIPAIS OBJETIVOS DA ALU

- Fomentar ações institucionais que visem o estudo, a promoção, o desenvolvimento, o progresso, a investigação, o ensino e a divulgação da Urologia nos países e regiões lusófonas – num espírito de diálogo, colaboração e inter-relacionamento;
- Incentivar, expandir, divulgar e representar a Urologia lusófona num âmbito internacional;
- Dialogar e cooperar com outras instituições lusófonas (médicas ou não), que tenham como objetivo uma aproximação aos países de língua portuguesa;
- Aproximar, em termos técnico-científicos e socioprofissionais, toda a comunidade urológica de língua portuguesa;
- Fomentar o diálogo e a cooperação entre as associações científicas de Urologia dos países lusófonos e estimular a criação destas associações onde elas não existam.

grande parte dos inquiridos ter colocado a vertente científica acima dos valores éticos, o que realça a importância da existência das comissões de ética.

Como é vista a Urologia nacional além-fronteiras?

Na Comunidade dos Países de Língua Portuguesa [CPLP], somos vistos como um padrão a seguir, uma referência científica. Para o Brasil também, embora Portugal seja especialmente reconhecido como uma porta de entrada na Europa. Interessa a todos manter estas boas relações e temos de saber tirar partido dessa vantagem. Portugal está numa fase de desenvolvimento científico apreciável e não deve (nem pode) perder a oportunidade de diálogo e de cooperação com estes países. Além da experiência que podemos oferecer e receber, é nosso dever ajudar outros países a dar passos concretos nas questões médicas, científicas e éticas. ■

PAULO GUIMARÃES



Entre a capital e os encantos da vinha em Tondela

Em pleno coração da Região Demarcada do Dão, na Beira Alta, Paulo Guimarães, urologista em Lisboa, conduziu a equipa do *Urologia Actual* numa viagem sensorial pelas tradições milenares do vinho. Produtor desde os 18 anos, o urologista está hoje associado à Global Wines/Dão Sul, uma das maiores empresas vitícolas do País.

Inês Melo

Não sabia distinguir uma tangerineira de uma laranjeira quando, aos 18 anos, herdou uma mercearia, a quinta e as vinhas do avô paterno. Foi aconselhado a vender o património, mas, em vez disso, lançou-se numa descoberta pela história e pela cultura dos seus antepassados. Natural de São Tomé e Príncipe, Paulo Guimarães cresceu rodeado pelas colinas cosmopolitas do Porto e de Lisboa. Hoje, é na paisagem bucólica e acolhedora de Tondela que gosta de se refugiar.

«Nunca tive muita afinidade com o campo, mas acabei por ganhar amor a esta terra», revela o urologista. Em 1975, Paulo Guimarães acabava de entrar para o primeiro ano do curso de Medicina na Universidade Nova de Lisboa quando decidiu que, todas as sextas-feiras, iria fazer a mala e conduzir durante seis horas até Tondela. «Aos poucos, fui conhecendo a região e falando com as pessoas da terra, enquanto tentava recuperar a vinha, sem entrar em conflito com a cultura das

Beiras. Atualmente, só cultivo castas típicas do Dão – Touriga Nacional, Alfrocheiro, Aragonez e Jaen em vinho tinto; e Encruzado, Cerceal e Malvasia em vinho branco.»

Novos desafios

No escritório da antiga casa dos avós, com as paredes ainda em granito, Paulo Guimarães fala com nostalgia sobre as dificuldades dos primeiros tempos. Empenhado em respeitar os métodos tradicionais de cultivo, o jovem empreendedor também ambicionava investir nas tecnologias mais modernas. Durante a formação médica, teve oportunidade de viajar e de conhecer diferentes zonas vitícolas, nas quais foi adquirindo conhecimentos da área. «Quando quis arrancar videiras para poder usar tratores em vez de veículos de tração animal, chamaram-me de louco», conta, entre sorrisos.

Na altura em que chegou a Tondela, Paulo Guimarães também se deparou com hábitos sociais diferentes da realidade da metrópole.

Quando herdou a quinta, uma parte do dia de trabalho ainda era paga em vinho. «Cada pessoa recebia cinco litros de vinho por dia! Enquanto estudante de Medicina, foi um dos hábitos que mais me impressionou; tentei converter o vinho em dinheiro, mas os trabalhadores foram irredutíveis.» Aos poucos, o urologista foi impondo as regras: começou por aumentar os ordenados, atraindo cada vez mais jovens da região, depois passou a fazer os pagamentos em cerveja, até oferecer remunerações somente em dinheiro.

Pisar a terra

Embora admita que cometeu «muitos erros de aprendizagem», a verdade é que, ao longo dos anos, as vinhas de Paulo Guimarães têm sido distinguidas pela excelente qualidade. Ouvimos as palavras entusiasmadas do urologista, mas, do centro de Tondela, vemos pouco além dos encantos da Serra do Caramulo. Há que sair à descoberta: pisar a terra, admirar os cachos e respirar a magia da adega.



A qualidade da madeira é fundamental para a identidade de um bom vinho. Na Global Wines/Dão Sul, todas as barricas são feitas em carvalho francês



O vinho Cabriz Encruzado Branco 2012 foi o grande vencedor da edição deste ano do Concurso Vinhos de Portugal, distinguido com a Medalha Grande Ouro

Abrigadas pelos pinheiros, as vinhas da família estendem-se por mais de 20 hectares de terreno. Nas montanhas, a natureza desenhou vales com encostas suavemente onduladas – uma paisagem irresistível, onde surgem as uvas produzidas em regime de proteção integrada. Esta forma de proteção das culturas (que pretende diminuir o desenvolvimento de organismos nocivos, minimizando os riscos para a saúde humana e para o ambiente) está na origem de vinhos de acidez equilibrada e de aromas delicados.

«Sempre gostei muito de Biologia, foi aliás por essa razão que desde cedo quis ser médico. E o funcionamento da vinha é muito semelhante ao do nosso organismo», explica Paulo Guimarães, que um dia deixou os trabalhadores em sobressalto, quando decidiu pedir a «autópsia» de uma videira.

Admirar os cachos

A vontade de colher o real valor do que estava a produzir também levou o urologista a procurar

formação além-fronteiras. No entanto, a tarefa revelou-se praticamente impossível. «É muito difícil aprender nos países estrangeiros, sobretudo porque temos apenas uma casta de renome internacional [a Touriga Nacional]. Lá fora, é sempre possível beber cultura de vinha, mas não de uma casta em particular.» E o Dão, com os seus solos xistosos e graníticos e um clima temperado, reúne condições únicas para uma produção sem igual.

Uma vez por mês, pelo menos, Paulo Guimarães faz a viagem de Lisboa até Tondela, um percurso agora encurtado pela autoestrada. No entanto, o tempo que dedica à vinha é bastante superior. «Com a tecnologia de que dispomos, posso saber em tempo real tudo o que acontece na vinha. Se há uma praga, por exemplo, enviam-me uma fotografia e rapidamente reencaminho a informação para o laboratório.» Enquanto seguimos por entre as folhas verdes das videiras, percebemos que os extremos das carreiras estão salpicados por roseiras de várias cores.

Numa região onde o passado e o futuro se completam, acredita-se que as rosas continuam a dar os primeiros sinais de praga.

Respirar a magia da adega

Debaixo de um sol abrasador, deixamos a vinha para trás e, a poucos quilómetros de Tondela, mergulhamos na escuridão da adega da Quinta de Cabriz, uma das marcas da Global Wines/Dão Sul, empresa da qual Paulo Guimarães é associado.

«Não produzo o suficiente para investir numa marca, por isso, estar associado a um grupo com esta dimensão é extremamente importante», revela Paulo Guimarães, enquanto nos acompanha pela sala das barricas, onde repousa o vinho. A bioquímica e o tempo, garante o urologista, são fundamentais para um produto de qualidade. «Até chegar ao engarrafamento, o vinho precisa de descansar. Aqui, como na Medicina, quem não tiver tempo e ponderação tem a batalha perdida.» ■

SABIA QUE...

...a Região Demarcada do Dão, situada no centro norte de Portugal e delimitada em 1908, estende-se por uma área total de cerca de 376 mil hectares, dos quais apenas 20 mil são ocupados por vinha? Esta região está subdividida em sete: Besteiros, Silgueiros, Castendo, Terras de Senhorim, Terras de Azurara, Alva e Serra da Estrela.

...em anos normais, a produção vinícola da Região Demarcada do Dão é de cerca de 450 mil hectolitros, mas apenas 40 a 50% do vinho é suscetível de denominação «Dão»?

...a vinha é plantada entre os 200 e os 700 metros de altitude, embora 50% das plantações estejam situadas entre os 400 e os 500 metros?



Na HBP alivie a pressão
apenas onde é preciso



A maioria dos doentes com LUTS
apresenta critérios para tratamento com

33.º Congresso da Sociedade Internacional de Urologia

26 a 30 de setembro | Vancouver Convention Centre | Canadá



Foto: Bobak Ha'Eri

DATA	EVENTO	LOCAL	MAIS INFORMAÇÕES
SETEMBRO			
20 e 21	Curso de Biopsias e Ecografias da Próstata	Hospital de Santo António, Porto	www.apurologia.pt
21 a 24	21 st Congress of the World Association for Sexual Health	Porto Alegre, Brasil	www.worldsexology.org
23 a 27	Urology Week 2013	-----	www.urologyweek.org
25 a 27	21 st Meeting of the EAU Section of Urological Research (ESUR) em colaboração com o 65 th DGU Congress	Dresden, Alemanha	www.esur.uroweb.org
26 a 30	33.º Congresso da Sociedade Internacional de Urologia	Vancouver, Canadá	www.siu-urology.org
27 e 28	Curso de Urodinâmica Funcional da International Continence Society	Hospital de Santo António, Porto	www.apurologia.pt
28	I Fórum do Interno de Urologia	Hospital de Santa Maria, Lisboa	secretariat@leading.pt
28	Encontros da Sociedade Portuguesa de Andrologia: «A Andrologia e o cancro»	Coimbra	www.spandrologia.pt
OUTUBRO			
2 a 5	XXXII Congreso de la Confederación Americana de Urología/XVIII Congreso Iberoamericano de Urología Pediátrica/XXIII Congreso Peruano de Urología	Lima, Peru	www.cauperu2013.org
3 a 5	5.º Congresso da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução	Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz	www.mundiconvenius.pt/eventos/2013/spmr
4 a 6	13 th Central European Meeting (CEM)	Praga, República Checa	www.cem2013.uroweb.org
10 a 12	2 nd Joint Section Meeting of the EAU Section of Female and Functional Urology (ESFFU), Reconstructive Urology Surgeons (ESGURS) and Oncological Urology (ESOU)	Tübingen, Alemanha	www.esffu-esgurs-esou2013.uroweb.org
10 a 13	Congresso da Associação Portuguesa de Urologia 2013	Centro de Congressos do Algarve, Vilamoura	www.apurologia.pt
17 e 18	II Reunião Ibérica de Neurorradiologia	Parque das Nações, Lisboa	www.ri2013.spnr.org
18 e 19	Urology Update 2013	Toronto, Canadá	www.cepd.utoronto.ca/urology
19	I Curso de Pós-Graduação em Urologia, Módulo 3 – Prevenção em Urologia	Auditório GlaxoSmitKline, Miraflores	secretariat@leading.pt
22 a 26	31 st World Congress of Endourology and SW	Nova Orleães, EUA	www.wce2013.com
25 e 26	12 th International Kidney Cancer Symposium	Chicago, EUA	www.kidneycancer.com
25 a 27	2013 Caribbean Urological Association Conference	Trinidad e Tobago	curaconference@gmail.com
NOVEMBRO			
5 a 8	7 th Annual Masterclass of Genito-Urethral Reconstructive Surgery	Londres, Reino Unido	www.ucheducationcentre.org/urology
16	I Curso de Pós-Graduação em Urologia, Módulo 4 – Disfunção Erétil, Incontinência Urinária Feminina, Prostatite Crónica e Bexiga Hiperativa	Auditório GlaxoSmitKline, Miraflores	secretariat@leading.pt
30	I Curso de Pós-Graduação em Urologia, Módulo 5 – Urodinâmica, Patologias Benignas – LUTS/HBP	Auditório GlaxoSmitKline, Miraflores	secretariat@leading.pt
DEZEMBRO			
6 e 7	The Third Montréal Conference on Innovative Therapies for Prostate Cancer	Montreal, Canadá	www.focaltherapy-montreal.com





para o tratamento da Ejaculação Prematura.
Melhora significativamente todas
as dimensões da EP.



A. MENARINI PORTUGAL

A. MENARINI PORTUGAL FARMACÉUTICA, S.A.
Quinta de Fonte, Edifício D. Manuel I - Piso 2A
Rua dos Malhões n.º1 | 2770-071 Paço de Arcos
NIPC: 501 672 570 | Tel.: 210 935 500
Email: menportarma@menarini.pt
www.menarini.com

NOVO

É TEMPO
DE PENSAR
NO QUE FAZ
A DIFERENÇA 

 astellas