

O presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Norte, Adalberto Campos Fernandes, detalha os princípios, mais-valias e desafios da empresarialização dos hospitais. P.6

Semana da Incontinência Urinária

Vencer a vergonha e o medo do tratamento

Há tratamentos fáceis, rápidos e eficazes para a incontinência urinária. Esta é a principal mensagem que as associações portuguesas de Urologia e de Neuro-Urologia e Uro-Ginecologia farão passar de Norte a Sul do País, de 14 a 21 de Março, a Semana da Incontinência Urinária. **P.12**



Serviços de Urologia ao pormenor

As reportagens nos Serviços de Urologia do Hospital de São José e do Centro Hospitalar de Coimbra dão-lhe a conhecer a «vida privada» de cada um deles **P.8**

O mais antigo ex-presidente vivo da APU



Aos 85 anos, Arménio Pinto de Carvalho aflora memórias dos tempos em que dirigiu os destinos da Associação Portuguesa de Urologia, no biénio 1977-1979. **P.17**

Três hospitais reúnem saberes

Um dos cirurgiões laparoscópicos mais reconhecidos da Europa, Renaud Bollens, é o «convidado de honra» da primeira reunião conjunta dos Serviços de Urologia dos Hospitais de Curry Cabral, São José e Santa Maria. **P.18**



SUMÁRIO

- ↳ **Actualidades** 4. A criação da Confederação Lusófona de Urologia e os projectos vencedores da Bolsa de Investigação Jaba Recordati/APU 2009
- ↳ **Discurso Directo** 6. Adalberto Campos Fernandes, presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Norte
- ↳ **In Loco** 8. Reportagens nos serviços de Urologia do Hospital de São José e do Centro Hospitalar de Coimbra
- ↳ **Tema de Capa** 12. De 14 a 21 de Março, assinala-se a Semana da Incontinência Urinária. Não ter vergonha do problema nem medo do tratamento é mensagem em destaque
- ↳ **Medicina Familiar** 14. Os algoritmos de decisão na incontinência urinária descritos por João Marcelino
- ↳ **Em memória** 16. O português Armando Diniz e o brasileiro Eric Wroclawski evocados por outros urologistas
- ↳ **Retrospectiva** 17. Lembranças do mais antigo ex-presidente vivo da APU, Arménio Pinto de Carvalho
- ↳ **Uroeventos** 18. Os Serviços de Urologia dos hospitais de Santa Maria, Curry Cabral e São José organizam reuniões conjuntas
- 19. Entrevista a Renaud Bollens, o convidado de honra da primeira reunião
- ↳ **Vivências** 20. Três décadas depois, Serra de Matos recorda a sua experiência na República da África do Sul
- ↳ **Formação** 22. Balanço dos cursos de urodinâmica e laparoscopia organizados pela APU em Novembro
- ↳ **Agenda** 23. Eventos de destaque entre Fevereiro e Abril
- ↳ **Patrocínios** 23. Os apoios científicos e institucionais da APU

Órgãos da Associação Portuguesa de Urologia 2009/2011

CONSELHO DIRECTIVO

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

CONSELHO CONSULTIVO

Presidente: Tomé Lopes (actual 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).

Desafios e talentos dos urologistas portugueses

CHEGOU O NOVO NÚMERO do nosso jornal trimestral. Aproximamo-nos da velocidade de cruzeiro em termos editoriais. Mas, se bem que a fórmula inicial deste jornal pareça ter sido conseguida, tentaremos, a cada passo, introduzir novas rubricas, tal como abandonaremos prontamente as que menos resultem.

A história recente da nossa Urologia e da nossa Associação está sempre presente. Quem melhor para a contar do que os anteriores membros das suas Direcções, nomeadamente os anteriores presidentes da APU? Felizmente, contamos com a maioria. Por isso, vamos ter com eles para saber como era a Urologia portuguesa durante os seus mandatos e o que as suas presidências viram mudar. Não resistiremos a pedir-lhes o seu experiente, sábio e isento parecer sobre a actualidade e o futuro!

A vertente epicurista é-nos muito grata e talvez a que mais nos move nesta publicação. Caracteriza o modo de estar dos urologistas. Temos de introduzir um espaço de partilha de saberes, de erudição, de entendimentos ou apenas de experiências que gostamos de contar aos amigos. Pediremos sempre a colegas que nos aconselhem e comentem aquele livro, disco, filme, lugar... Que nos expliquem porque gostariam que todos repetissem a sua vivência. Digam-nos o que lêem e o

que ouvem e porquê! Eu próprio não resisti à tentação de abrir as hostilidades, como verão adiante.

O mês de Março é dedicado à incontinência urinária. É hábito, desde há anos, procurar levar a público a nossa posição de urologistas sobre este problema. Temos agendado com os diversos órgãos mediáticos uma série de entrevistas televisivas e radiofónicas, assim como textos a divulgar na imprensa escrita.

Os algoritmos de decisão para a Medicina Familiar deste número só podiam ser sobre a incontinência urinária. Pedimos ao João Marcelino a visão sucinta do especialista no assunto.

DAR A CONHECER A UROLOGIA PORTUGUESA AO MUNDO

Deixem-me aproveitar este espaço para introduzir um tema que tem ocupado as energias e ímpetos deste elenco directivo: a indexação da *Acta Urológica*. Falaremos mais tarde, e em diversas ocasiões, das vantagens deste importante passo para a vida científica dos urologistas.

Este desafio envolve diversas componentes. O primeiro repto é financeiro. São necessárias verbas avultadas. Mas o presente corpo Directivo decidiu que esta é uma prioridade



construir uma máquina editorial cara e complexa, se não houver o combustível que a alimente. Haverá um período em que este esforço será necessário sem garantias de êxito, mas, sem ele, o insucesso é certo.

Há que identificar as causas da crónica desmotivação editorial dos nossos médicos (não é um problema urológico apenas). Em primeiro lugar, as instituições não reconhecem nas publicações um índice de qualidade. Continuamos mais preocupados em satisfazer algumas voracidades numéricas do que em escrever o nome da Urologia portuguesa no mapa da ciência mundial.

As exigências curriculares enfermaram cronicamente do mesmo mal. Raras vezes se via premiada ou exigida a actividade científica durante o Internato. Creio que estamos a virar essa página, fruto de algum esforço das recentes direcções do Colégio da Especialidade.

Pela nossa parte, temos de fazer com que seja fácil publicar e que valha a pena. Os talentos, ninguém duvida, estão aí! ■

A vertente epicurista é-nos muito grata e talvez a que mais nos move nesta publicação. Caracteriza o modo de estar dos urologistas

que justifica os meios. O outro requisito é editorial. Alguns urologistas serão chamados a ocupar muito do seu tempo, talento e diferenciação na revisão dos textos. Algum deste trabalho requer também ajuda profissional, que nos dispomos a financiar.

Como sabem, todo este esforço só terá um bom desfecho se houver débito suficiente de textos submetidos pelos urologistas portugueses. De nada vale

L. Abranches Monteiro

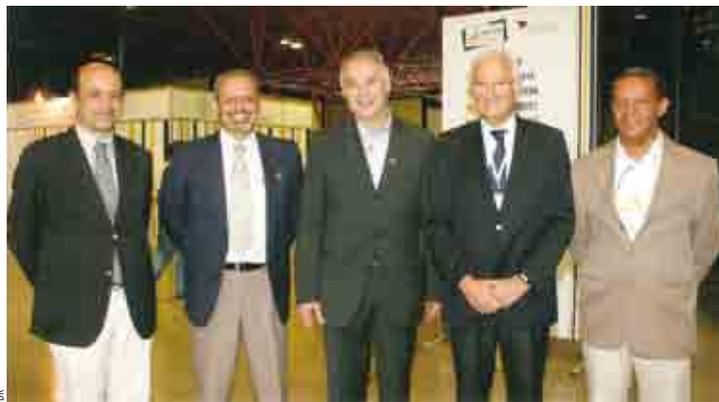
Luís Abranches Monteiro
Secretário-geral da APU

Português preside à Confederação Lusófona de Urologia

A 9 DE NOVEMBRO DE 2009, no decorrer do XXXII Congresso Brasileiro de Urologia, em Goiânia, foi fundada a Confederação Lusófona de Urologia (CLU), que tem como presidente o português Manuel Mendes Silva. A sua fundação foi anunciada pelo presidente da Sociedade Brasileira de Urologia, José Carlos de Almeida, e por Manuel Mendes Silva numa sessão plenária onde representantes de Portugal, Brasil e Angola (com a subscrição de Moçambique e Cabo Verde) assinaram a declaração de intenções e objectivos da CLU.

A equipa directiva desta nova organização, encabeçada por Manuel Mendes Silva, tem como vice-presidente e tesoureiro Mário Ronalsa Brandão e Sidney Glina (do Brasil), respectivamente; como secretário Pedro Tiago Nunes (de Portugal) e como vogais Sidónio Monteiro (Cabo Verde), Manuel Videira (Angola) e Igor Vaz (Moçambique). Paulo Palma (Brasil) ficou como presidente da Assembleia Geral e de Representantes.

Segundo o presidente da Direcção, «a Confederação pretende apro-



NO DIA EM QUE A CONFEDERAÇÃO NASCEU: Miguel Ramos (Portugal), Mário Ronalsa (Brasil), José Carlos Almeida (Brasil), Manuel Mendes Silva (Portugal) e Heriberto Bickman (Angola)

ximar, em termos técnico-científicos e socioprofissionais, toda a comunidade urológica de língua portuguesa e desenvolver a cooperação dos países e regiões lusófonas». Assim, é um grupo que pretende motivar «acções institucionais que visem a promoção, o desenvolvimento, o progresso, a investigação, o ensino e a divulgação da Urologia e dos que a praticam, num espírito de diálogo, colaboração e inter-relacionamento».

Manuel Mendes Silva crê que, ao mesmo tempo, a CLU será capaz de «incentivar, divulgar e representar a Urologia lusófona», criando-se um novo elo de cooperação com outras associações urológicas não-lusófonas, nacionais e internacionais, e com outras instituições de língua portuguesa, médicas ou não.

Justificando a importância da criação da CLU, o seu presidente diz: «Cerca de 300 milhões de pessoas, distribuídas por todo o mundo, falam português e há perto de 4 500 urologistas (dos quais mais de 4 000 são brasileiros e 350 são portugueses) nesse grande espaço pluricontinental que é a Comunidade dos Países de Língua Portuguesa [CPLP].» ■

Prémio da Astellas European Foundation

A ASTELLAS PHARMA, através da Astellas European Foundation, já abriu as candidaturas para o Prémio de Investigação 2010. Dirigida a investigadores independentes e/ou organizações europeias, a iniciativa atribui um prémio de 300 mil dólares (cerca de 207 mil euros), apoiando projectos que contribuam para avanços significativos na área da Urologia.

O prazo de candidaturas decorre até 19 de Fevereiro de 2010. Até lá, os interessados devem fazer chegar aos coordenadores do projecto, por carta ou por correio electrónico (preferencial), o formulário de inscrição, devidamente preenchido. Em traços gerais, os coordenadores pretendem textos concisos e exactos, acompanhados de dados estatísticos e gráficos que sirvam de suporte à informação, quando necessário.

A Astellas European Foundation foi criada em 2005. Com origem no Japão, a Astellas Pharma resultou da fusão entre a Yamanouchi Pharmaceutical Co. e a Fujisawa Pharmaceutical Co. Com a sua fundação, a farmacêutica tem como principal objectivo contribuir para o avanço e melhoria da saúde da população mundial. Assim, a prioridade é o apoio a projectos de investigação, particularmente na área da ciência médica e farmacológica.

Em 2009, o Prémio de Investigação da Fundação Europeia da Astellas foi para um trabalho sobre transplantação de órgãos. A vencedora foi a directora do Hospital Erasme, em Bruxelas, com o projecto «Genoma e rejeição aguda em transplantes renais». Concorreram 33 trabalhos, de 12 países.

Na sua primeira edição, em 2005, este prémio foi atribuído a dois projectos portugueses: um de Hélder Trindade Calais e Calais da Silva (pai e filho), sobre «Poliformismo dos genes Cytokine e BCG»; e outro de Rui Medeiros, do IPO do Porto, e Calais da Silva, sobre «Caracterização do perfil farmacogenómico do cancro da próstata refractário a tratamento hormonal». Cada equipa de investigação recebeu 150 mil dólares (cerca de 103 mil euros). ■

Curso de ecografia e biopsia prostática em Chaves

A 27 E 28 DE NOVEMBRO, realizou-se o I Curso Avançado de Ecografia e Biopsia Prostática do Alto Tamêga, na Pousada dos Samaiões, organizado pela Unidade de Urologia do Hospital de Chaves. O sucesso foi tal que a procura excedeu o número limite de inscrições disponíveis.

Os temas principais deste Curso foram: «Princípios básicos da ecografia», «Ecografia próstática transrectal», «Biopsia prostática transrectal (BPTR) ecoguiada e analgesia do plexo periprostático» e «Como enviar os cores de biopsia».

A vertente prática foi monitorizada por José Pedro Cadilhe, assistente de Urologia na Unidade Local de Saúde do Alto Minho e do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro. Foram realizadas BPTR ecoguiadas em vários doentes, de acordo com os princípios teóricos do curso. «Utilizámos o FlexFocus, um aparelho de ultrassonografia portátil da BK Medical, com uma capacidade de imagem extraordinária e uma versatilidade ímpar, para além dos seus atributos estéticos», nota José Pedro Cadilhe.

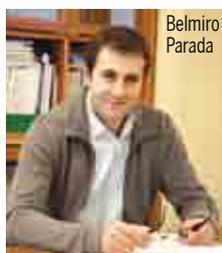
A iniciativa teve o patrocínio científico da Associação Portuguesa de Urologia e contou com a presença de internos e especialistas experientes na área. «Mais do que um curso, tratou-se de uma troca de conhecimentos e truques que podem fazer a diferença no diagnóstico do cancro da próstata», considera o especialista que acompanhou a formação. ■



Ilustração: José Pedro Cadilhe

Bolsa de investigação 2009 atribuída a dois projectos

Em 2009, excepcionalmente, a APU decidiu atribuir a Bolsa de Investigação Jaba Recordati a dois trabalhos. Assim, cada um deles foi contemplado com oito mil euros. Conheça os vencedores.



Belmiro Parada



Vítor Cavadas

Texto de Sofia Filipe

«**TUMORES VESICAIS:** Caracterização Citogenética e Investigação Farmacológica em Culturas Celulares» é o título do trabalho vencedor da Bolsa de Investigação Jaba Recordati/APU 2009, que tem como investigador principal Belmiro Parada, assistente hospitalar de Urologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) e investigador no Instituto de Terapêutica e Farmacologia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Este ano, excepcionalmente, foi atribuída uma segunda bolsa ao projecto de Vítor Cavadas e Miguel Ramos sobre «Injecção intraprostática de toxina botulínica tipo A para o tratamento da síndrome de dor pélvica crónica (CPPS)». No total, o valor concedido a estas duas bolsas foi de 16 mil euros.

Belmiro Parada salienta a enorme satisfação de toda a equipa com esta distinção. «Não se trata de uma vitória individual, mas de um êxito colectivo, fruto de várias contribuições», frisa. O

projecto liderado por este médico integra um trabalho mais vasto sobre tumores vesicais, cuja primeira fase se iniciou em 2004, também com a atribuição da bolsa de investigação da APU. «Estamos na fase final e conseguimos resultados interessantes. Alguns já foram publicados e outros aguardam publicação», diz Belmiro Parada, considerando que a terceira parte do projecto é «a mais ambiciosa».

Nesta etapa, os objectivos passam por «uma melhor compreensão do processo de carci-

nogénese vesical a nível celular, identificando alterações moleculares precoces e avaliando a resposta das células tumorais em cultura aos agentes citotóxicos ou imunomodulares em uso clínico, para identificar os marcadores de prognóstico», avança o urologista dos HUC. Além disso, pretende-se fazer «o estudo *in vitro* da acção anticarcinogénica de novos agentes farmacológicos, seleccionando os mais promissores para estudar em modelos animais».

O projecto «Injecção intraprostática de toxina botulínica tipo A (TxBotA) para o tratamento da síndrome de dor pélvica crónica» vai ser desenvolvido no Serviço de Urologia do Hospital Geral de Santo António – Centro Hospitalar do Porto. «Proceder-se-á à injecção intraprostática de TxBotA por via transrectal e a sua eficácia terapêutica será avaliada com recurso a instrumentos validados, quer a nível do tratamento da dor, quer das perturbações miccionais e da função erétil que lhe estão associadas», explica Vítor Cavadas. ■

A maioria dos portugueses vive às escuras sobre as causas da disfunção erétil.

ESTÁ NA ALTURA DE FAZER LUZ SOBRE O ASSUNTO.

Apresentação		PVP
5 mg	4 comprimidos	€ 20,00
10 mg	4 comprimidos	€ 20,00
20 mg	4 comprimidos	€ 20,00

LEVITRA

Adalberto Campos Fernandes

Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

«Num hospital, a gestão é sobretudo um exercício de governação clínica»



Quando, em Março de 2008, foi criado o Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), Adalberto Fernandes já acumulava três anos de gestão empresarial no Hospital de Santa Maria (que integra, com o Hospital Pulido Valente, o CHLN). O especialista em Saúde Pública defende que a empresarialização trouxe «ganhos indiscutíveis». Contudo, não é condição exclusiva para melhorar a prestação de serviços.

Texto de Rute Barbedo

↳ **Que objectivos estiveram por detrás da adopção do modelo de entidade pública empresarial (EPE)?**

O objectivo essencial desta mudança foi conferir aos hospitais meios de gestão mais ágeis, que favorecessem a implementação de estratégias de inovação e de desenvolvimento. Os hospitais são empresas de elevada complexidade, muito dependentes do factor humano, que não devem estar condicionadas por um tipo de organização burocrática como a que prevalece no sector público tradicional. O Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN) quis responder melhor à sua vocação, garantindo uma resposta adequada às necessidades de quem o procura, cumprindo um importante papel na formação e promovendo a investigação, num quadro de sustentabilidade económica e financeira.

↳ **Considera que CHLN tem prestado melhores serviços à população desde que é uma EPE?**

A par da aquisição de bens e serviços, introduzimos ferramentas de negociação e criámos valor. Quando chegámos ao Hospital de Santa Maria, em 2005, um estudo evidenciava que cerca de 70% do hospital estava em más condições e 30% em condições

aceitáveis. Hoje, a situação é inversa. Em 2005, esperava-se mais de 11 meses por uma cirurgia e, hoje, a espera pouco ultrapassa os três meses. Neste contexto, parece-nos que o processo de empresarialização foi muito importante para responder melhor à missão da instituição.

↳ **O que pode dizer sobre a satisfação dos profissionais?**

Parece existir ainda um amplo caminho a percorrer no campo da satisfação e motivação dos profissionais de saúde. Na maior parte dos casos, são profissionais com elevado nível de diferenciação e com uma forte orientação para o trabalho em equipa de natureza multidisciplinar. É imperativo privilegiar a autonomia e a descentralização, apostando na contratualização por objectivos. Neste plano, a replicação do modelo das unidades de saúde familiar, sob a forma de centros de responsabilidade, nos hospitais pode ser um caminho.

↳ **Como é seguir a filosofia empresarial sob o «tecto» do Ministério da Saúde?**

Não é fácil. Em algumas matérias, somos uma «quase-empresa». Estamos muito dependentes do financiamento público e de metas administrativas que muitas

vezes não são razoáveis. No caso do Hospital de Santa Maria, o esforço para conter despesa é muito exigente, sobretudo, quando comparado a um hospital sem as mesmas valências e responsabilidades assistenciais.

↳ **Mas há objectivos a cumprir, tal como numa empresa...**

Tentamos cumprir, com rigor, as metas contratualizadas com a tutela, o que determina um elevado nível de planeamento, racionalidade, correcção dos problemas estruturais e revisão dos modelos de organização. Num hospital, a gestão é sobretudo um exercício de governação clínica.

↳ **A administração hospitalar por profissionais sem formação médica já foi contestada. Qual a sua posição sobre este assunto?**

O Serviço de Urologia «mais moderno do País»

Inaugurado a 7 de Maio de 2009, o Serviço de Urologia do CHLN (no Hospital de Santa Maria) é uma prova do investimento permitido pelo modelo empresarial dos hospitais. Adalberto Campos Fernandes explica que «há muito tempo que o Serviço de Urologia não era intervencionado» e que o facto de estar «físicamente envelhecido» influenciava o nível de motivação dos profissionais.

Por outro lado, «fazia todo o sentido que a Urologia estivesse no edifício principal, junto da urgência polivalente», afirma. Hoje, este Serviço de Urologia é «o mais moderno do País» e o único que dispõe de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório com Bloco Operatório e área de recobro. Mas nem tudo é perfeito: «Temos falta de urologistas», lamenta Adalberto Campos Fernandes, adiantando que pretende contrariar esta realidade.

Num hospital universitário, parece-me adequado que o representante máximo seja um médico. De resto não deve existir nenhum tipo de fundamentalismo, devendo apenas prevalecer o critério da competência.

↳ **Numa entrevista ao Público, o economista que impulsionou a empresarialização dos hospitais, José Mendes Ribeiro, declarou que o Sistema Nacional de Saúde é «[financeiramente] insustentável a longo prazo», se nada mudar. Concorda?**

É preciso separar os problemas estruturais dos conjunturais. Temos de nos preocupar com a sustentabilidade, sem queimar etapas. Temos um caminho de transformação pela frente muito exigente e que obrigará a um trabalho de reforma do modelo de gestão hospitalar nos próximos anos. ■

A minha doença
estava a piorar...

Agora sou eu que
escolho quando
devo parar

Em doentes com
sintomas de HBP*
moderados a graves.

Avodart® em associação
com tansulosina (0,4 mg)
uma vez por dia, proporciona
melhorias superiores e
mantidas vs cada monoterapia!

*Referência: J. Guazzoni, Urology 2004; 64: 922-924
*Superioridade mantida até ao presente

NOME DO MEDICAMENTO: Avodart 0,5 mg cápsulas moles. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada cápsula contém 0,5 mg de dutasterida. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Tratamento de sintomas moderados a graves da hiperplasia benigna da próstata (HBP). Redução do risco de retenção urinária aguda (AUA) e cirurgia em doentes com sintomas de HBP moderados a graves. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Avodart pode ser administrado isolado ou em associação ao bloqueador alfa tansulosina (0,4 mg). Adultos envelhecidos (65+): Dose recomendada é de 1 cápsula (0,5 mg) por via oral 1 vez por dia. As cápsulas devem ser ingeridas inteiras, com ou sem alimentos e não deverão ser mastigadas ou abertas, sendo que o contacto com o conteúdo da cápsula poderá provocar irritação da mucosa orofaríngea, insuflabilidade renal. Não é necessário ajuste de dose para doentes com insuficiência renal, insuficiência hepática. Não foi estudado o efeito da insuficiência hepática na farmacocinética da dutasterida, pelo que deve ser tomada precaução em doentes com insuficiência hepática ligeira a moderada. A dutasterida está contra-indicada em doentes com insuficiência hepática grave. **Contra-indicações:** Avodart está contra-indicado em: mulheres; crianças e adolescentes; doentes com hipersensibilidade a dutasterida, a outros inibidores de 5-alfa redutase ou a qualquer dos excipientes; doentes com insuficiência hepática grave. **Efeitos indesejáveis: AVODART EM MONOTERAPIA:** Na sua maioria, os efeitos foram ligeiros a moderados e ocorreram no sistema reprodutor. Não se observou alteração do perfil de efeitos indesejáveis durante 2 anos adicionais de estudos de extensão aberta. Impotência, libido alterada (diminuída), Doença da mama (inclui aumento do volume mamário e/ou dor), Reações alérgicas incluindo erupção cutânea, prurido, urticária, edema localizado e edema angioneurótico. **AVODART EM ASSOCIAÇÃO AO BLOQUEADOR ALFA TANSULOSINA:** A maior incidência de efeitos adversos no grupo da terapêutica de associação no primeiro ano de tratamento, deveu-se à maior incidência de doenças dos órgãos genitais, especificamente perturbações da ejaculação observadas neste grupo. Impotência (libido alterada/diminuída), Perturbações da ejaculação, Doença da mama (inclui aumento do volume mamário e/ou dor), Tonturas. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** Outubro 2008. Avodart Cápsulas moles 10x0,5mg, PVP: €10,80; Avodart Cápsulas moles 60x0,5mg, PVP: €55,92; Escalão C. Medicamento sujeito a receita médica.

Serviço de Urologia do Hospital de São José

No caminho da diferenciação



Fernando Calais da Silva realiza uma braquiterapia prostática. O Serviço de Urologia do Hospital de São José foi a primeira unidade pública a dispor desta técnica

O Hospital de São José foi, em 1923, o primeiro a dispor de um Serviço de Urologia em Lisboa. No entanto, 50 anos mais tarde, foi encerrado e a maioria do seu corpo clínico foi transferida para o Hospital do Desterro. Com o encerramento desta instituição em 2007, o Serviço de Urologia regressou ao Hospital de São José. E, apesar de ter decorrido pouco tempo, já há muito para dizer sobre este Serviço...

Texto de Ana João Fernandes

O DIA ERA DE REPORTAGEM e, por isso, de excepção. Mas às oito e meia da manhã, já o director do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Central/ Hospital de São José, Victor Hugo Vaz Santos, estava, como é habitual, presente. Desenvolto e decidido, tinha o plano de acção bem engendrado: António Almeida Santos falaria sobre o domínio das técnicas minimamente invasivas; Fortunato Barros abordaria a vertente de Andrologia do Serviço e a cirurgia ambulatória; Luís Severo ficaria incumbido de falar sobre a oncologia urológica do Hospital de Dia; e ele próprio abordaria outras questões que, entretanto, se colocassem.

Assim foi. Na sala do director, um a um, os assistentes graduados falaram sobre as valências de que são responsáveis. No que concerne às técnicas minimamente invasivas, Almeida Santos considera que fazem «praticamente tudo o que se espera de um Serviço moderno: cirurgia endourológica do alto e baixo aparelho, cirurgia renal percutânea, laparoscopia e braquiterapia».

Este especialista esclarece que o facto de o Serviço e a equipa – actualmente composta por onze urologistas e seis internos – terem sido transferidos do Hospital do Desterro há cerca de três anos (ver caixa «Um pouco de história») desencadeou «algumas dificuldades» na formação e no exercício daquelas técnicas, nomeadamente por falta de tempos de bloco e de espaço para instalação de simuladores de treino.

No entanto, salientou Vaz Santos, a Administração também tem dado resposta às necessidades do Serviço: «Vamos, a curto prazo, adquirir um laser para a cirurgia da próstata que tem a particularidade de fazer nucleação e vaporização. Progressivamente, vamos deixar de fazer prostatectomias por via alta.» Por outro lado, em breve, o Serviço vai também dispor de um litotritor extracorporal. «Estará no Serviço cerca de três meses à experiência», adianta o director. Até ao momento, para fazer litotricia, têm de «enviar os doentes para um outro hospital, com o qual existe acordo», refere Almeida Santos.

CIRURGIA DE AMBULATÓRIO E ANDROLOGIA

Actualmente, o Serviço de Urologia do Hospital de São José faz cirurgia ambulatória nas suas próprias instalações e, com um esforço acrescido, rentabiliza a Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) do Hospital Santo António dos Capuchos, em funcionamento desde Junho.

«A nossa diferenciação tem de caminhar nesse sentido», afirmou Vaz Santos, que, mais tarde, conduziu a equipa de reportagem à UCA. Mas, primeiro, Fortunato Barros esclareceu alguns aspectos: «Na nossa instituição, a cirurgia de ambulatório esteve esquecida durante algum tempo na nossa *praxis*. A evolução dos diferentes procedimentos para tratamento de determinadas afecções permite hoje um maior número de actos em cirurgia ambulatória. Numa fase inicial, começámos por fazê-la aqui no Serviço, mas, depois, com

a abertura da UCA nos Capuchos, também operamos lá.»

O urologista refere que o Serviço tem na UCA «seis tempos operatórios por mês». Em média, são operados em ambulatório «25 doentes por semana». «O nosso objectivo seria chegar aos

Números do Serviço

11 urologistas
6 internos
16.020 consultas*
2 605 procedimentos*
1 333 cirurgias, **172** das quais de ambulatório*
1 427 doentes internados*

*Ano de 2009





A EQUIPA MÉDICA

Fila da frente (da esq. para a dta.): Fortunato Barros, Luís Severo, Victor Hugo Vaz Santos, António Almeida Santos e Nelson Menezes

Segunda fila: Vanessa Vilas Boas, José Patena Forte, Sofia Lopes e Fernando Calais da Silva

Terceira fila: José Coral, José Cabrita Carneiro, Catarina Gameiro, Jorge Morales, Frederico Ferronha e Pedro Galego

Fila de trás: Paulo Ravara, Hugo Pardal e Pedro Rocha

30% do total de cirurgias efectuadas, numa primeira fase, e aos 50%, nos primeiros cinco anos. Para já, andamos nos 14%, o que é bom», considera.

Em relação à valência de Andrologia do Serviço, Fortunato Barros refere que, embora esteja mais vocacionada para a disfunção erétil, tem também «o privilégio de incluir a vertente protésica». «Temos conseguido colocar próteses em número razoável para um hospital público.» Em média, por ano, este Serviço coloca seis ou sete próteses pe-

nianas e o mesmo número de esfíncteres urinários.

«Na Unidade de Andrologia, fazemos praticamente tudo, excepto os tratamentos de infertilidade, que encaminhamos para a Maternidade Alfredo da Costa, após triagem prévia de factores masculinos passíveis de cura cirúrgica», afirma o especialista, acrescentando: «Já temos lista de espera, pelo que uma das propostas para este ano é aumentar o número de médicos na consulta [actualmente dois, fora os internos] e o número de con-

sultas.» Até porque outro dos projectos consiste em «começar com a disfunção sexual feminina». «Estamos, inclusive, a pensar mudar o nome para Unidade de Medicina Sexual.»

TECNOLOGIA E PRODUÇÃO

Depois das considerações de Fortunato Barros, seguiram-se, como combinado, as de Luís Severo, responsável pela oncologia urológica do Hospital de Dia. No que respeita a equipamentos, «o Serviço dispõe de todas as técnicas». «Além da cirurgia oncológica, temos o recurso à braquiterapia. Fomos o primeiro Serviço hospitalar público a ter braquiterapia prostática. De resto, fazemos radioterapia externa, através da nossa ligação ao serviço de Radioterapia do Hospital de Santa Maria, e, em casos seleccionados, proporcionamos tratamento com crioterapia», diz Luís Severo. E o director do Serviço acrescenta: «Julgo que somos o primeiro hospital público a ter crioterapia.»

Mais há mais pontos fortes: «Em relação à urodinâmica, estamos extremamente bem equipados. Fazemos urodinâmica ambulatória, que julgo que ainda só se faz no sector privado, electromiografia analítica e global. Por isso, quando precisam de estudos urodinâmicos, as crianças do Hospital Dona Estefânia são reencaminhadas para aqui», afirma Vaz Santos, lembrando-se desse aspecto ao ver uma criança na sala de urodinâmica.

O director vai mostrando as instalações do Serviço, quase todas condizentes com a antiguidade do Hospital e consideradas insuficientes por muitos. António Almeida Santos, por exemplo, é peremptório em afirmar que «não há condições físicas». «Estamos numa ala subdimensionada e por ser antiga, tem

problemas de adaptação. As obras de restauro realizadas em 2007 não foram, por si, suficientes para termos amenidades compatíveis com um hospital moderno», explica.

O director do Serviço reconhece que, com a mudança, se passou de um total de 34 camas (sendo seis para recobro) para 20 (quatro para recobro). «Apesar de este número estar estruturalmente correcto para a área de abrangência do Hospital de São José, revela-se muito finito», até porque «acorrem ao Serviço muitos doentes da zona Sul do País, como do Barreiro, Montijo, Almada, e até, mais a Norte, de Torres Vedras», refere Vaz Santos.

«Ainda assim, conseguimos ter um número ligeiramente maior de consultas, um número significativamente maior de cirurgias e o Serviço conseguiu aumentar a produção» (ver caixa «Números do Serviço»). «Claro que isso também acarreta alguns inconvenientes», nota Vaz Santos, referindo-se ao facto de raramente conseguir juntar toda a equipa, mesmo nas reuniões de Serviço, que decorrem à sexta-feira de manhã.

No entanto, nesta sexta-feira de reportagem, passava pouco das 10h00 e os 11 especialistas e seis internos estavam todos reunidos para tirar a fotografia de grupo. ■

Um pouco de história...

Consciente do passado do Serviço que dirige há três anos, Vaz Santos salienta que o mesmo se formou em 1923. Na altura, o director era Artur Ravara e o Serviço funcionava numa ala do Hospital de São José a que se chamava a Enfermaria de Santo Alberto. Seguiram-se como directores Matos Ferreira e, posteriormente, Costa Alemão, que dirigia o Serviço aquando do fecho da Enfermaria de Santo Alberto e da transferência do corpo clínico para o Hospital do Desterro, em 1973. Vários anos e outros directores passaram, até ao «regresso» da Urologia ao Hospital de São José, em 2007. «Talvez por mera coincidência», constata Vaz Santos, «num Hospital tão grande, voltámos exactamente para a mesma coluna da Enfermaria de Santo Alberto, embora um andar acima».



Pormenor de uma das salas de recobro da Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital dos Capuchos, que é partilhada com o Serviço de Urologia do São José

Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Coimbra

Quando «a união faz a força»

Dia 13 de Janeiro, uma quarta-feira de manhã. A chuva e o tempo cinzento pareciam querer atrapalhar o caminho de Lisboa a Coimbra. Fomos visitar o Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Coimbra. Composto por sete especialistas e outros tantos internos, rapidamente se percebe que é um Serviço especial, onde bem se aplica o ditado «a união faz a força». Saiba porquê...

Texto de Ana João Fernandes

TODAS AS QUARTAS-FEIRAS, pelas oito e meia da manhã, a equipa do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Coimbra (CHC)/Hospital Geral reúne. Não se trata de uma reunião de carácter organizativo (essa será mais tarde), mas antes de cariz científico. O número de médicos internos assim o determina: são seis, mais um vindo do IPO de Coimbra para um estágio par-

UMA UNIDADE DE DIÁLISE QUE FICOU PARA A HISTÓRIA

Actualmente, o Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Coimbra não realiza transplantes renais, mas a hipótese chegou a colocar-se. Poucos meses depois da abertura do CHC e do início do Serviço, em Abril de 1973, o primeiro director da Urologia, Mário Falcão, abriu uma Unidade de Diálise, que funcionou durante alguns anos. «Nesse período, os acessos vasculares para hemodiálise eram realizados pelos urologistas», conta o Fernando Sobral, acrescentando que também faziam a colheita de órgãos. «Até se colocou a hipótese de criar uma unidade de transplantação renal, mas, entretanto, com Campos Pinheiro na direcção do Serviço (entre 1974 e 1992), acabou por não se concretizar», recorda o director.

celar. «E é capaz de chegar mais um interno entretanto. É um número excessivo, não faz sentido um Serviço com sete especialistas ter tantos internos», comenta Paulo Temido, assistente hospitalar de Urologia.

A formação adequada dos internos exige um esforço adicional. «O director do Serviço, Fernando Sobral, incumbiu-me a responsabilidade de organizar uma reunião científica por semana, onde são feitas duas apresentações pelos internos ou especialistas», refere Paulo Temido. «O objectivo é incentivar o estudo e a actividade científica.»

Fernando Tiago Sobral, que dirige a Urologia do CHC desde 1995, congratula-se por, em pouco mais de 35 anos de existência, o Serviço já ter formado 13 especialistas. «Claro que queremos continuar a formar mais, mas, de facto, quatro internos de cada vez seria o ideal.» Até mesmo pelas limitações físicas do Serviço: «Esse é o aspecto menos bom», desabafa o director.

No entanto, os constrangimentos são apenas físicos. Contando com 23 camas, numa enfermaria que é partilhada com a Otorrin-

laringologia, Fernando Sobral mostra-se satisfeito com as valências técnicas do Serviço. Mas não deixa de salientar: «Se estamos bem a nível de equipamentos, tal deve-se, em grande medida, às nossas próprias expensas.» E explica porquê: «A coluna da cirurgia laparoscópica, que iniciámos em 2007, foi adquirida pelo próprio Serviço. Quanto aos lasers, a Administração comprou um e nós comprámos o outro e ainda pagámos metade do ecógrafo. O facto de participarmos em projectos de investigação clínica tem-nos dado, felizmente, recursos financeiros, dos quais temos abdicado para podermos adquirir equipamentos.»

URODINÂMICA PARTILHADA

O espírito dos urologistas do CHC é, de facto, um exemplo a seguir, porque pensam não só no bem do seu próprio Serviço, como até no dos outros. Vejamos: em 1998, Fernando Sobral conseguiu que o Conselho de Administração adquirisse um equipamento para estudos urodinâmicos, mas decidiu partilhá-lo. «Desde o início, a Unidade de Urodinâmica é

partilhada por nós, pela Fisiatria e pela Ginecologia. Fizemos um protocolo de utilização e, assim, dá-se um melhor uso. Afinal, o equipamento não é da Urologia, mas do hospital. Logo, deve ser partilhado pelas especialidades que precisam», conclui.

Mostrando-nos a veracidade das afirmações do director, na própria sala de urodinâmica, Paulo Temido constata que o equipamento, apesar de já ser um pouco antigo, continua a ser bom. «Ainda no ano passado, participámos num projecto de investigação internacional em que tinha de se recorrer a exames urodinâmicos. Houve muitos centros cuja participação no estudo foi chumbada, porque não tinham a qualidade necessária, mas os nossos cumpriram todos os critérios.»

Outra boa notícia que o Serviço recebeu recentemente foi o aval para aquisição de um litotritor extracorporeal. Mas ainda não é certo: «É que esse foi um compromisso da Administração anterior; agora temos outra... De qualquer modo, esta também pareceu receptiva.» Fernando Sobral está esperançoso: «Até já



Paulo Temido (à dta.) discute o caso clínico do doente com dois médicos internos

temos um espaço para o efeito», comenta, salientando que uma unidade de litotricia extracorporal iria beneficiar os doentes. Até porque, na zona Centro, só os Hospitais da Universidade de Coimbra é que dispõem de uma.

NECESSIDADE DE ORGANIZAÇÃO

O Serviço de Urologia do CHC abrange uma área geográfica significativa. «Ao nível das urgências, o nosso hospital serve a zona Centro a Sul do Mondego e a Figueira da Foz, o que corresponde a cerca de 450/500 mil habitantes», con-

ta Fernando Sobral.

De Janeiro a Novembro do ano passado, o Serviço de Urologia do CHC atendeu cerca de 3 200 urgências, realizou pouco mais de 9 000 consultas, fez 1 413 cirurgias e teve 1 058 internamentos. Em relação às patologias a que dá resposta, o director do Serviço revela que, de longe (mais de 60%), a mais frequente é a do foro tumoral, com o cancro da próstata a ter a maior prevalência. «No ano passado, realizámos cerca de 300 biopsias prostáticas, sendo que operámos cerca de 100 doentes e enviámos quase o dobro para a radioterapia ou braquiterapia», salienta Fernando Sobral.

O Serviço em números

7 urologistas

6 internos (mais um do IPO a realizar estágio)

23 camas disponíveis para internamento

1 058 internamentos*

1 413 cirurgias, das quais 234 de ambulatório*

9 003 consultas (17% são primeiras consultas)*

*De Janeiro a Novembro de 2009

Na manhã da reportagem, mais uma biopsia prostática estava a ser realizada por um dos sete médicos internos, na sala de ecografia (diagnóstica e de intervenção). «O facto de esta sala estar situada fora do espaço

físico do Serviço permite que os doentes de ambulatório entrem e saiam sem perturbar o funcionamento», afirma Paulo Temido.

Em relação à produção de ambulatório, Fernando Sobral salienta: «Ainda não é como desejamos, porque o Hospital ainda não dispõe de uma unidade vocacionada para tal. No entanto, estão a decorrer obras e julgo que, até ao fim deste ano, estarão concluídas. Nessa altura, será diferente.» O director acrescenta que, actualmente, para a cirurgia de ambulatório, «tem de se utilizar os tempos da cirurgia programada, à segunda e à quinta-feira.

A programação do Serviço obriga a que tudo seja bem-organizado. «Como não somos muitos, e há tantos internos como especialistas, necessitamos de organização, para termos alguma diferenciação. Seja na área da neuro-urologia, da urodinâmica, da andrologia ou da oncologia», diz Fernando Sobral. A propósito, lembra-se: «Um dos médicos internos que vai fazer exame em 2012 já está a fazer cirurgia oncológica radical.» Sinal de que, apesar do número talvez excessivo de internos, o Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Coimbra aposta na formação de qualidade. ■

Curiosidades

✓ O primeiro médico interno da Urologia do Centro Hospitalar de Coimbra (que entrou em 1975) foi o actual director do Serviço, Fernando Sobral.

✓ O primeiro doente consultado e a primeira intervenção cirúrgica no CHC, aquando da sua inauguração, em 1973, foi a uma hiperplasia benigna da próstata, sendo a equipa constituída por Mário Falcão (primeiro director do Serviço) e pelo Luciano dos Reis (de Cirurgia Geral).

✓ Foi um doente urológico que inaugurou o novo bloco operatório, em 2001.

✓ Hoje em dia, mais de 60% das patologias tratadas no Serviço de Urologia do CHC são tumorais, com o cancro da próstata a dominar.



A Unidade de Urodinâmica é partilhada pelos serviços de Urologia, Ginecologia e Medicina Física e de Reabilitação



A EQUIPA MÉDICA

Atrás (da esq. para dta.): Pedro Peralta, Hugo Coelho, Ricardo Leão, Lídio Cristo, Alvaro Brandão, Edson Retroz e Paulo Azinhais

À frente (da esq. para dta.): Bruno Pereira, Paulo Temido, Fernando Sobral e Vânia Grenha

No dia da reportagem, estavam ausentes Luís Sousa, Paulo Conceição e Ricardo Borges

Uma semana para derrubar os mitos da incontinência urinária



Pela primeira vez, Portugal assinala a Semana da Incontinência Urinária. De 14 a 21 de Março, as associações portuguesas de Urologia e de Neuro-Urologia e Uro-Ginecologia estarão prontas a divulgar o mundo de soluções simples e eficazes que existe hoje para fazer frente a este problema.

Texto de Rute Barbedo

VERGONHA E MEDO são duas palavras que, por tradição, acompanham de perto a realidade da incontinência urinária. Vergonha do problema e medo do tratamento. Mas a tradição já não é o que era. A partir do final dos anos de 1990, resolver esta deficiência do aparelho urinário deixou de significar intervenções cirúrgicas morosas, dias de internamento, um longo período de convalescença e possíveis recidivas.

Hoje, uma grande parte das situações é resolvida com cirurgias rápidas, simples e eficazes, que quase não conferem tempo ao doente para sentir os lençóis de um hospital. Outros casos podem ser controlados através de medicação ou reabilitação física. Portanto, apenas uma minoria das situações faz frente às competências científicas actuais.

Esta é a principal mensagem que as parceiras da Semana da Incontinência Urinária, a Associação Portuguesa de Urologia (APU) e a Associação Portu-

guesa de Neuro-Urologia e Uro-Ginecologia (APNUG), querem fazer chegar à população e à comunidade médica. E, em vez de um dia dedicado a esta patologia, 2010 reserva, pela primeira vez, uma semana completa. «Em vários dias, podemos chegar a mais pessoas», constata o secretário-geral da APU, Luís Abranches Monteiro, elegendo a comunicação social como o principal veículo das mensagens a transmitir.

«Ainda há muitos mitos e ideias

erradas sobre a incontinência urinária, o que leva as pessoas a terem vergonha de contar o seu problema ao médico e aos fami-

liares», lamenta o especialista. Através dos *media*, será possível «provar que a incontinência urinária não é algo do outro



Luís Abranches Monteiro



Paulo Dinis



Alexandre Lourenço

DA POPULAÇÃO À CLÍNICA GERAL

→ A Semana da Incontinência Urinária não é apenas uma oportunidade para informar a população, como também para estreitar relações entre as especialidades médicas que mais lidam com este problema, entre as quais se destaca a Medicina Geral e Familiar. «Falta-nos interagir melhor com os nossos colegas», admite o presidente da APNUG, Paulo Dinis, dando conta que, para tratar a incontinência urinária, «as primeiras medidas são quase sempre exequíveis pelo médico de família».

→ Podendo haver algum desconhecimento nos cuidados de saúde primários sobre as actuais soluções para este problema, muito porque os avanços na incontinência urinária são recentes, a importância da comunicação interprofissional é salientada. «As cirurgias rápidas que fazemos agora só têm 12 anos em Portugal, por isso, muitos dos médicos que actuam fora deste âmbito têm um conhecimento reduzido sobre o problema», diz Paulo Dinis.

→ Alexandre Lourenço, uroginecologista no Hospital Santa Maria, em Lisboa, constata que, «nos últimos anos, devido à divulgação de conhecimentos em congressos específicos, a maior parte dos médicos de Urologia e Ginecologia sabe como se tratam as incontinências, por isso, é preciso dar, agora, aos clínicos gerais o papel que eles têm nesta área». Os enfermeiros e paramédicos «também devem ser alvo desta divulgação», acrescenta Paulo Dinis.



Em 2010, assinala-se, pela primeira vez, a Semana da Incontinência Urinária

mundo e que quem a tem não está sozinho». Aliás, estima-se que este problema afecte 20% da população (maioritariamente mulheres), motivando prejuízos pessoais, sociais e económicos de grande importância.

«Se não é um problema raro, pode-se falar abertamente dele», nota Abranches Monteiro, referindo que, na Semana da Incontinência Urinária, serão emitidos testemunhos de doentes e médicos nos programas televisivos. O objectivo é quebrar os mitos e incentivar as pessoas que enfrentam este problema a procurar ajuda.

O «EQUÍVOCO» DO SÉCULO XX

No final dos anos de 1990, os impulsionadores da revolução científica neste campo – Ulf Ulmsten e Peter Petros – descobriram que a anatomia do aparelho urinário feminino reservava, afinal, algumas surpresas. «Eles desmistificaram o mecanismo da maior parte dos tipos de incontinência urinária na mulher e mostraram que as razões do seu aparecimento eram um pouco diferentes do que pensávamos», sintetiza o secretário-geral da APU, que admite: «Durante o século XX, vivemos um equívoco.»

A aposta na comunicação social e a distribuição de folhetos nas farmácias e em locais públicos de Lisboa, Porto e Coimbra serão as principais acções da Semana da Incontinência Urinária. Vale a pena o esforço? Abran-

ches Monteiro admite que, hoje, as pessoas parecem ter «uma visão mais ligeira» deste problema. Um sinal de que a comunidade científica tem conseguido, ao longo dos anos, «combater a vergonha e aumentar o à-vontade entre o utente e o médico».

Para o presidente da APNUG, Paulo Dinis, «quem sofre de incontinência urinária não tem de calar os sintomas e viver com eles». Mas «ainda há muito a fazer para passar essa mensagem». O quadro visualizado pelo especialista é este: «As pessoas isolam-se, ficam deprimidas e, muitas vezes, não procuram auxílio, pois acham que a incontinência urinária não tem solução, é uma coisa da velhice e tem de se aprender a viver com ela. Contudo, não há nada mais errado», sublinha.

Para a incontinência de esforço, por exemplo, a solução é relativamente fácil: uma intervenção cirúrgica em que o doente pode ter alta passadas três a quatro horas. Já para os casos de incontinência por imperiosidade, a Medicina ainda não encontrou cura, mas descobriu formas de a controlar, através de medicação (alterando a sensibilidade dos neurónios que comandam a bexiga) ou de pequenas intervenções cirúrgicas,

Mas, antes de qualquer medicamento ou cirurgia, Paulo Dinis frisa a importância de certos padrões comportamentais. «A obesidade é um factor de risco importante para a incontinência

urinária. Por outro lado, há substâncias que podem provocar hiperactividade da bexiga, como o café, a nicotina ou o chá. A má regulação do aparelho digestivo também leva a que a bexiga fique mais excitável e é um problema que se resolve com bons hábitos alimentares», refere o também chefe de Serviço de Urologia do Hospital de São João.

MAIS DE METADE DAS MULHERES SEM TRATAMENTO

O coordenador da Unidade de Uro-Ginecologia do Hospital de Santa Maria, Alexandre Lourenço, aponta para o principal problema, a seu ver, no âmbito da incontinência urinária: «é muito frequente, mas subdiagnosticada». «Estamos a tratar apenas uma em cada oito mulheres com este problema», assume. E o facto de a pessoa se «recolher e viver um problema que não partilha» possibilita o agravamento da situação.

Por isso, o especialista foca a importância de uma relação aberta e saudável entre o médico e o utente, algo que a sua experiência clínica lhe tem evidenciado. «Num ginecologista, existe à-vontade suficiente para que as doentes contem que têm incontinência», diz. Por outro lado, «o ginecologista tem uma abordagem inerente à vigilância de rotina».

Ainda assim, «muitos ginecologistas não são treinados para tratar este problema», admite Alexandre Lourenço. Mas vale a pena aprender, porque «o tratamento é fácil e pode ser feito por qualquer um destes especialistas». Aliás, se o problema for detectado numa fase precoce, pode ser controlado pelo clínico geral. Para o urologista ou o uroginecologista reservam-se, habitualmente, as intervenções mais complicadas, que, mesmo sem representar uma cura imediata, podem contribuir de forma significativa para a melhoria da qualidade de vida do paciente. Em suma, «nunca é tarde para tentar» resolver uma incontinência urinária, sublinha Paulo Dinis, presidente da APNUG. ■

TRABALHAR O CORPO



No diagnóstico, tratamento, preparação para outras estratégias terapêuticas (como a cirurgia) ou recuperação das mesmas, a Medicina Física e de Reabilitação aparece como uma especialidade conservadora do ponto de vista da acção, permitindo uma abordagem menos agressiva das pessoas com incontinência urinária. Segundo Paulo Dinis, presidente da APNUG, «fortalecer os músculos pélvicos que sustentam a bexiga e a uretra é algo que pode curar 70 a 80% dos casos».

Mediante a colaboração activa do doente, a Medicina Física e de Reabilitação (MFR) «pode ser uma alternativa de primeira linha no tratamento da incontinência urinária», como afirma **Maria da Paz Carvalho**, fisiatra no Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão. Métodos como a fisioterapia, o *biofeedback* ou a electroestimulação endovaginal contribuem para o exercício dos músculos pélvicos e podem ajudar a tratar incontinências de esforço e mistas. Por outro lado, a MFR também acompanha disfunções miccionais de causa neurogênea.

O que acontece é que o doente «tem de ser visto regularmente e não pode desistir do tratamento». Neste contexto, Maria da Paz nota que as pessoas mais impacientes tendem a preferir a cirurgia. Contudo, ainda há desafios por ultrapassar nesta área. «É preciso melhorar a comunicação entre especialidades», considera a fisiatra. Além disso, lamenta a carência de estudos comparáveis do ponto de vista metodológico, «que comprovem o papel da Medicina Física e de Reabilitação na abordagem das pessoas com incontinência urinária».

Outro ponto focado por Maria da Paz Carvalho é a necessidade de tempo para aconselhar devidamente estes doentes, como exemplifica: «Nas nossas consultas, há sempre um espaço de formação para as pessoas conhecerem melhor o seu corpo e perceberem o seu problema.»

Algoritmos de decisão na incontinência urinária



João Marcelino: «O médico de família tem cada vez mais conhecimentos e menos receio de intervir»

A incontinência urinária (IU) afecta cerca de 500 mil pessoas em Portugal. Sendo, pela sua dimensão, um problema de saúde pública, o médico de família deve ocupar um papel central no diagnóstico e tratamento de alguns tipos de IU.

Texto de Vanessa Pais

EXISTEM VÁRIOS TIPOS de incontinência urinária (IU), sendo as mais frequentes a IU de esforço, a IU por imperiosidade e a IU por regurgitação. «A incontinência de esforço resulta de um aumento da pressão intra-abdominal (como, por exemplo, a que é provocada pela tosse), que implica um aumento da pressão intravesical. Normalmente, esta situação associa-se a uma disfunção do pavimento pélvico e traduz-se numa perda involuntária de urina», indica João Marcelino, assistente hospitalar de Urologia do Hospital de Santa Maria.

Já a incontinência por imperiosidade é caracterizada pelo aumento da pressão intravesical que resulta da contracção do músculo da bexiga, o que causa «uma sensação imperiosa e inadiável de urinar, seguida de incontinência urinária», indica o urologista. Esta situação pode ser despoletada pelo simples contacto com a água ou pela introdução das chaves na porta, ao entrar em casa.

«Por fim, a IU por regurgitação implica um mau esvaziamento da bexiga e consequente retenção urinária crónica (exemplos de causas: HBP, grande prolapso pélvico ou hipotonia da bexiga). A incontinência surge quando se dá um *overflow* da bexiga», explica o especialista.

Numa primeira fase, o médico de família deve fazer a avaliação da IU através da história clínica do doente e de um exame objectivo dirigido, como o ginecológico, no caso da mulher, e o toque rectal, nos homens. Posteriormente, «deve-se pedir exames complementares de diagnóstico simples, como a ecografia vesical com resíduo pós-miccional e a urina II e/ou a urina asséptica». Com estes exames, na maioria dos casos, consegue-se identificar o tipo de IU.

«Os casos identificados como incontinência de esforço e de regurgitação devem ser referenciados para a Urologia, pois o seu tratamento é habitualmente cirúrgico, logo, ultrapassa a esfera

de acção do médico de família», afirma João Marcelino. E continua: «No caso da incontinência por imperiosidade com uma ecografia vesical com resíduo de urina desprezível, só se o tratamento com medicamentos anticolinérgicos falhar é que o doente deve ser encaminhado para Urologia, para ser reavaliado através de exames complementares, como a cistoscopia ou o estudo urodinâmico, e/ou ser indicado para o tratamento cirúrgico.»

Há factores de risco para a incontinência de esforço e para a IU por imperiosidade. «No primeiro caso, encontramos a multiparida-

de, a menopausa, a histerectomia, o excesso de peso, a obstipação e a doença pulmonar obstructiva crónica (DPOC). No segundo caso, importa aconselhar os doentes a evitar o café, o álcool, os citrinos e as especiarias», esclarece o urologista.

A experiência clínica deste urologista leva-o a dizer que «o médico de família tem cada vez mais conhecimentos sobre estes problemas e cada vez menos receio de intervir», o que faz com que, nos dias de hoje, o número de casos de incontinência urinária por imperiosidade que chega à Urologia seja menor. ■

Guia para a Medicina Familiar

Por João Marcelino

AVALIAÇÃO

História clínica e exame objectivo: indicam o tipo de incontinência urinária (IU): esforço, por imperiosidade ou por regurgitação.

Exames complementares de diagnóstico: ecografia vesical com resíduo pós-miccional (exemplo: averiguar a patologia vesical associada e a eventual dificuldade no esvaziamento da bexiga) e urina II/asséptica (exemplo: infecção concomitante).

Nota: a cistoscopia e o estudo urodinâmico completo devem ser requisitados ou efectuados pelo urologista, estando a sua indicação reservada a casos seleccionados.

TRATAMENTO

IU de esforço: referenciar à Urologia, pois o tratamento é, habitualmente, cirúrgico (exemplo: TOT/TVT-O, *bulking agents* ou esfíncter artificial).

Nota: nas mulheres jovens com IU de esforço ligeira, deve indicar-se, em primeiro lugar, a reabilitação do pavimento pélvico.

IU por imperiosidade: não referenciar à Urologia em caso de ausência de patologia da bexiga (exemplo: litíase, tumores, etc.) e de resíduo pós-miccional desprezível. Tratamento habitualmente médico (aconselhamento para alteração de hábitos de vida e prescrição de medicamentos anticolinérgicos). Só referenciar à Urologia caso se verifique falência terapêutica (poderá haver a necessidade de efectuar uma cistoscopia ou um estudo urodinâmico completo e/ou indicar tratamento com toxina botulínica A).

IU por regurgitação: referenciar à Urologia. Tratamento habitualmente cirúrgico (como em casos de HBP ou carcinoma da próstata no homem e grandes prolapso pélvicos na mulher) ou indicação para ensino de algália limpa intermitente (acontractilidade vesical, por exemplo).

Médico digno e empreendedor

Armando Paulo Baptista Diniz

(1946-2009)

É SEMPRE INSUFICIENTE a linguagem de que dispomos para falar da ausência, sobretudo quando ela chega de forma tão insidiosa e irónica, roubando-nos o convívio de amigos e colegas de trabalho. Uma maior consciência da nossa fragilidade, supostamente inerente ao nosso ofício, não retira qualquer peso à dor de os ver partir e, por mais que tentemos olhar a sua morte como uma forma entre as formas possíveis de sermos, acharemos sempre que morreram demasiado cedo, traindo a promessa de uma humana eternidade que é, afinal, a de qualquer vida a fazer-se.

Desde há algum tempo, sempre que o ano ia chegando ao fim, ligava ao Armando Diniz. Pa-



lavras breves, encontros sempre adiados e a promessa de que, em Maio, estaríamos juntos nas Jornadas do meu Serviço. A disponibilidade vinha com a afabilidade das palavras, o riso largo e a amizade certa.

O Armando era um homem de convívio, de fraternidade, de abraço seguro. Conhecemo-nos nos anos 80, ambos aprendizes de ofício, ele um pouco mais velho, mas sempre com um lugar disponível para os mais novos na sua mesa. Mais tarde, fizemos ambos parte de um grupo de (jovens) urologistas que iniciou, em hospitais e fora dos centros tradicionais, Serviços a que procuraram dar dignidade, trabalho e conhecimento. Tudo o que tinham e sabiam; com dedicação, entrega, profissionalismo, necessitando tantas vezes de realizar combates para os quais não estavam preparados, mas tendo sempre como bússola a realização de um labor digno.

Disso se pôde orgulhar o Armando Diniz – de ter criado, em

1987, um Serviço de Urologia digno, no Hospital Amato Lusitano, em Castelo Branco, partindo do nada e tendo apenas como instrumentos as mãos e a vontade. Fê-lo sem ceder à facilidade nem estando à espera de mercês ou sinecuras. Esta foi a melhor herança que deixou a todos os que com ele privaram e conviveram profissionalmente. Porque foi um médico digno, um homem vertical e, sobretudo, um amigo do seu amigo. Coisa rara nos dias que correm. ■

Um abraço, Armando. Até sempre.

Paulo Vasco

Director do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Médio Tejo, EPE

Eric Roger Wroclawski

(1952-2009)



O ERIC DEIXOU-NOS. O «Obelisco» cheio de força, sobretudo intelectual, mental e espiritual, o «peso-pesado» da lealdade e da amizade já não está connosco. A Urologia brasileira e ibero-americana perdeu um dos seus príncipes. A Urologia portuguesa perdeu um excelente colaborador e um grande amigo.

Eric Wroclawski era urologista e uro-oncologista em S. Paulo; professor na Faculdade de Medi-

cina da Fundação do ABC, trabalhando no Instituto Brasileiro do Controle do Câncer; no Hospital Israelita Albert Einstein; no Hospital Alemão Oswaldo Cruz e no Hospital do Coração. Era presidente da Confederação Americana de Urologia (CAU) e ex-presidente da Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) e da Seccional de S. Paulo.

Exímio cirurgião, foi pioneiro na laparoscopia e, em alguns aspectos, na andrologia, na litíase urinária e, sobretudo, na uro-oncologia. Fez centenas de palestras (mais de 350) e publicou vários livros e dezenas de artigos científicos (mais de 230). Eric era também um excelente saxofonista e tinha sido um bom jogador de pólo aquático.

Era líder, carismático, dinâmico, exigente, lutador, mas também colaborador, alegre, comu-

nicativo, dialogante, simpático, extrovertido, inteligente, sensível, leal, amigo do seu amigo (e tantos que ele tinha). Mas, para além destes aspectos da sua personalidade e biográfico-curriculares, gostaria de realçar a sua grande amizade por Portugal e por nós todos, urologistas portugueses.

Éramos muito amigos e a nossa presidência simultânea, ele na Sociedade Brasileira de Urologia e eu na Associação Portuguesa de Urologia, estreitou e reforçou essa nossa amizade, o diálogo e a colaboração entre a Urologia dos nossos países irmãos. Muitos foram os exemplos dessa colaboração e amizade. No pequeno artigo que há tempos publiquei no *BIAPU*, tive ocasião de contar como ele me colocou, e à Urologia portuguesa «irmã», na mesa de honra de abertura do Congresso Bra-

sileiro de 2003, o presidente da APU em pé de igualdade com o presidente e com todos os ex-presidentes da SBU. Também na CAU abriu caminho para que Portugal ficasse com uma presidência de «Oficina» (a de Ética, pela primeira vez).

Eric deixou a esposa Elizabeth, dermatologista, companheira de sempre, encantadora e simpaticíssima, e os filhos, entre os quais o Marcelo, também urologista. Recordando os fortes e fraternais abraços que sempre dávamos quando nos encontrávamos, envolvo num enorme abraço toda a Urologia brasileira e ibero-americana, e a família pessoal e profissional do querido e saudoso Eric. Recordemo-lo e sigamo-lo na sua mensagem e na sua obra. ■

Manuel Mendes Silva

Presidente da Confederação Lusófona de Urologia

Um amigo dos urologistas portugueses



O homem que liderou a APU há 33 anos

Aos 85 anos, Arménio Pinto de Carvalho é o mais antigo ex-presidente vivo da Associação Portuguesa de Urologia (APU). Se o mandato se desenrolou no biénio 1977-1979, os 13 anos antecedentes como secretário-geral serviram de «aquecimento». Um sinal do empreendedorismo deste urologista.

Texto de Rute Barbedo

É UMA CASA que vê Lisboa de fora, a de Arménio Pinto de Carvalho. Longe do trânsito e da azáfama da metrópole, este urologista aposentado exhibe, aos 85 anos, muita calma e um sorriso persistente, que substituem a hiperactividade de outros tempos. A carreira deste viajante, amante do conhecimento e da perfeição resume-se num currículo de dinamismo.

«Sempre foi uma pessoa muito activa», descreve o filho, António Pedro Pinto de Carvalho, também urologista. Do alto do seu fato cinza, o pai reage com um aceno de confirmação e começa a contar a sua história: «Sou o primeiro médico com o título oficial de especialista em Urologia.» A 13 de Maio de 1954, Arménio Pinto de Carvalho bateu à porta da Ordem dos Médicos para obter o primeiro título de urologista na história da Medicina portuguesa.

Mas foi nos anos de 1940 que este médico iniciou os passos na Urologia, uma especialidade que o encantou sobretudo pela componente cirúrgica. No terceiro ano da Faculdade, começou a frequentar o Serviço de Carneiro de Moura (no Hospital de Santa Marta), então professor de Patologia Cirúrgica. A 15 de Julho de 1949, de canudo na mão, o jovem Arménio terminou o Curso de Medicina. «Nessa altura, já fazia grandes cirurgias», recorda.

«Nunca consegui parar quieto», confessa, hoje, o especia-

lista. Foi a ânsia de otimizar a prática urológica que o levou a visitar dezenas de serviços hospitalares europeus e a assumir-se como uma personalidade proactiva no seio da Associação Portuguesa de Urologia (APU). Pinto de Carvalho conta que percorria as estradas do «Velho Continente» num Citroën «boca de sapo», de cidade em cidade, de acordo com os conhecimentos travados nas reuniões científicas. Esses encontros, de resto, foram a sua maior aposta enquanto ocupou posições de relevo na APU.

15 ANOS A APROXIMAR UROLOGISTAS

De 1963 a 1976, este urologista foi secretário-geral da APU, período em que colaborou na organização do Congresso Luso-Espanhol de Urologia (em 1965), no Estoril, e participou mais do que uma vez no Congresso Brasileiro de Urologia. A presidência da

BREVE CURRICULUM

1954 – primeiro especialista em Urologia certificado pela Ordem dos Médicos

1961 – torna-se chefe de Serviço no Hospital de Santa Maria

1969 – inicia-se como regente de Urologia na Universidade de Lourenço Marques, Moçambique

1975 – passa a director do Serviço de Urologia do Hospital de Santa Maria

1977 – assume a presidência da APU

1983 – torna-se professor agregado de Urologia na Faculdade de Medicina de Lisboa



Em 1973, Arménio Pinto de Carvalho (à esq.) participou no Congresso Brasileiro de Urologia

APU chegou pouco mais tarde, de 1977 a 1979. «Eu queria que as pessoas da Urologia se aproximassem», diz o especialista. E o filho completa: «O meu pai dinamizou a Associação.»

Além disso, Pinto de Carvalho «sempre foi uma pessoa simples, espontânea e pronta a calçar umas luvas». Com orgulho e o tal sorriso inabalável, recorda momentos como a participação na criação do Serviço de Urologia do Hospital de Santa Maria, em 1959, ou a realização da sua tese de doutoramento, em 1968. Na biblioteca de Pinto de Carvalho há fotografias e diplomas a ilustrar esse percurso.

Em 1961, este médico tornou-se chefe de Serviço de Urologia do Hospital de Santa Maria (passando a director 14 anos depois) e, no ano seguinte, foi convidado a dirigir o Serviço do Hospital Militar Principal de Lisboa. Em 1970, começou a dar aulas na Faculdade de Medicina de Lisboa, casa que abandonou em 1994, por limite de idade.

Mas, a par do percurso em Portugal, quando Pinto de Carvalho conta os seus maiores feitos, não resiste em enumerar os países por onde passou.

«Todos os anos, durante um mês, punha-me a viajar pela Europa. Fui à Holanda, Espanha, França, Inglaterra, Itália, Suíça, Alemanha... Até tinha o meu nome escrito numa das paredes do Hospital de Barcelona! E também fui ao Brasil, Moçambique e Angola...», relata o urologista.

A prontidão para viajar em tudo se relacionava com a sua dedicação à Urologia, como o próprio explica: «Eu gostava de ver como os serviços funcionavam. Uma altura, fui operar um doente a Nampula [em Moçambique] e agarraram-me para dar aulas lá», conta. Assim, três meses por ano (entre 1969 e 1971), Pinto de Carvalho trocava o «boca de sapo» pelo avião para ensinar Urologia na Universidade de Lourenço Marques (agora Maputo), a capital moçambicana.

Na biblioteca de sua casa, o médico percorre o olhar pelas paredes, à procura de mais histórias. Há nomes e eventos de que se recorda na perfeição, mas outros o tempo já apagou. Nas paredes, não há registos fotográficos suficientes para cobrir 45 anos de dedicação à Urologia, por isso, o filho remata: «O meu pai foi um líder, uma referência incontornável da especialidade.» ■

Reunião sobre promontofixação laparoscópica

Os Serviços de Urologia de três hospitais da capital – Santa Maria, São José e Curry Cabral – decidiram promover reuniões conjuntas. O Hospital de Curry Cabral é o anfitrião da primeira, que decorre no próximo dia 26 de Março.

Texto de Ana João Fernandes

APROMONTOFIXAÇÃO por via laparoscópica é o tema da primeira reunião conjunta dos Serviços de Urologia dos hospitais de Santa Maria (HSM), São José e Curry Cabral, a ter lugar neste último hospital, na manhã de 26 de Março. Renaud Bollens, do Hôpital Erasme – Cliniques Universitaires de Bruxelles, um especialista internacionalmente reconhecido na área da laparoscopia, é o convidado de destaque.

«Além de uma parte teórica, a reunião vai ter também uma vertente cirúrgica e, nesse âmbito, vamos assistir à transmissão em directo de uma promontofixação laparoscópica, realizada pelo Renaud Bollens», nota Luís Campos Pinheiro, assistente hospitalar do Serviço de Urologia do Hospital de Curry Cabral.

Esta é a primeira de uma série de reuniões conjuntas destes três Serviços, mas estão abertas a todos os urologistas que se quei-



OS MENTORES DAS REUNIÕES: os directores do Serviço de Urologia dos Hospitais de São José, Santa Maria e Curry Cabral, Vaz Santos, Tomé Lopes e Rocha Mendes (ao centro), com Campos Pinheiro (à esq.) e Abranches Monteiro

ram juntar à iniciativa, apesar de «tenderem a não ser de grande dimensão». Como explica Campos Pinheiro, pretende-se que sejam reuniões «viradas para pequenos grupos, de modo a permitir uma discussão intensa e maior intimidade com grandes vultos da Urologia internacional».

No fundo, o objectivo é «retomar o espírito das reuniões organizadas por Tomé Lopes no Hospital Pulido Valente», sublinha Jorge Rocha Mendes, director do Serviço de Urologia do Hospital Curry Cabral. «Eram reuniões mensais, às quais, entretanto, também nos juntámos, organizando-as alteradamente, mas que, depois, terminaram [quando Tomé Lopes passou a dirigir a Urologia do Centro

Hospitalar Lisboa Norte/HSM]», recorda.

O retomar desse «espírito» concretiza-se já no próximo dia 26 de Março. E reunião seguinte já está agendada: será a 7 de Maio, no Hospital de São José e tem como tema central a disfunção sexual feminina. Quanto à reunião que vai decorrer no Hospital de Santa Maria, já se sabe que será numa sexta-feira do último trimestre do ano. «As reuniões decorrerão sempre a uma sexta-feira de manhã por trimestre (exceptuando os meses de Verão) e as actividades assistenciais dos três Serviços serão suspensas, de forma a permitir a participação», explicam os organizadores. ■

Renaud Bollens

Hôpital Erasme – Cliniques Universitaires de Bruxelles, Bélgica



«O limite da cirurgia laparoscópica está no cirurgião»

O Renaud Bollens é o convidado internacional da primeira reunião conjunta dos Serviços de Urologia dos Hospitais de Curry Cabral, São José e Santa Maria, a 26 de Março. Nesta entrevista que concedeu a Tânia Oliveira e Silva, interna de Urologia do Hospital Curry Cabral, o especialista belga foca-se na promontofixação laparoscópica.

Entrevista conduzida por Tânia Oliveira e Silva

Qual é o doente perfeito para fazer promontofixação laparoscópica (PL)?

Os resultados mais significativos são obtidos em doentes com prolapso importantes (vagina completamente invertida) e sexualmente activas, em que o tamanho vaginal não é modificado após a cirurgia e o risco de dispareunia é baixo. Em comparação com outras técnicas, os resultados a dez anos são melhores.

Com o tempo, temos estendido as indicações para outras pessoas (prolapso limitado, mulheres mais velhas, sexualmente não-activas) pelo benefício de uma ou duas vantagens deste procedimento. A única contra-indicação real é o limite anestésico da cirurgia laparoscópica. Naturalmente, esta cirurgia é apenas funcional. No caso de adesões muito significativas, devido à cirurgia prévia, optamos pela correcção vaginal, para evitar complicações maiores (como lesões do intestino).

Hoje, há uma grande oferta de slings e outros procedimentos minimamente invasivos para o tratamento de prolapso. Assim, qual será a grande vantagem da PL em relação a outras técnicas?

A PL não é uma cirurgia simples, quando começamos do zero. É importante conhecer todos os truques e dicas para reduzir a curva de aprendizagem e o tempo da cirurgia. Assim, a experiência prévia na cirurgia laparoscópica é obrigatória para garantir bons resultados. A principal vantagem da abordagem laparoscópica é a correcção e/ou prevenção dos prolapso (cistocele, rectocele, histeroptose, elitrocele). A dissecação posterior é impossível por via aberta e a laparoscopia permite uma dissecação desde o saco de Douglas até ao músculo levator ani, próximo da vagina.

Acha que o futuro da cirurgia laparoscópica será brilhante ou ensombrado pela cirurgia robótica?

O futuro será, provavelmente, uma mistura entre a cirurgia ro-

bótica e laparoscópica. O custo e a ausência de vantagem clara para o doente continuarão a ser factores que limitam o desenvolvimento robótico. Para as instituições, três a seis meses de treino intensivo em laparoscopia é menos dispendioso do que os custos da cirurgia robótica. Dever-se-ia, talvez, investir mais na formação do cirurgião do que na aquisição de tecnologias extremas.

Assim, o limite da cirurgia laparoscópica está no cirurgião. No meu departamento, 85 a 90% de todas as cirurgias urológicas abdominais são laparoscópicas. Portanto, para mim, tornou-se eticamente difícil propor uma cirurgia aberta para uma nefrectomia.

Quais são as complicações mais comuns e perigosas da PL? Ainda assim, os riscos compensam?

É claro que a relação risco/benefício é importante para todas as cirurgias funcionais. As complicações mais significativas são as lesões rectais. Felizmente, não são frequentes. O distúrbio fun-

cional é mais problemático, principalmente o risco de disquesia transitória. Mas este problema não é específico da laparoscopia.

Ainda há lugar para algumas das velhas cirurgias abertas?

A redução da dor, o resultado cosmético e a ausência de paralisia do músculo abdominal justificam a mudança da posição aberta para a técnica laparoscópica. Evidentemente, a nefrectomia parcial e a pieloplastia permanecem cirurgias desafiantes, mas, pelo menos, as nefrectomias, as nefroureterectomias e as adrenalectomias devem ser realizadas laparoscopicamente. A promontofixação laparoscópica é especial: se se quer tratar a rectocele, a abordagem aberta é demasiado limitada e, por esta razão, penso que ninguém executa este procedimento de forma aberta. O lugar da cirurgia aberta está, provavelmente, fora dos limites da cirurgia laparoscópica. Apesar disso, um bom procedimento aberto será preferível a uma má cirurgia laparoscópica. ■

Congresso da APU 2011 será em Ofir

O PRÓXIMO CONGRESSO da Associação Portuguesa de Urologia (APU) já tem data e local marcados. Será nos dias 23, 24 e 25 de Junho de 2011, em Ofir, Braga. A organização está a cargo do Serviço de Urologia do Hospital de São João que, através da qualidade científica, inovação e pontualidade, pretende igualar a anterior organização deste Hospital, no ano 2000, como refere o director do Serviço de Urologia, Francisco Cruz.

A localidade de Ofir foi escolhida pelas boas condições que apresenta. «Os con-

gressistas e seus familiares vão poder desfrutar da praia e do pinhal de Ofir, bem como de inúmeras actividades lúdicas disponíveis nas redondezas – ténis, golfe, equitação –, evitando a dispersão das grandes cidades», explica Francisco Cruz.

Quanto ao programa científico, a organização procurará «contemplar a produção nacional e o que de mais moderno existe na Urologia». Nas sessões plenárias, conferências, mesas-redondas ou debates, vai falar-se de «cancro da próstata, incontinência urinária, bexiga

hiperactiva, disfunção erétil, hipertrofia benigna da próstata (HBP), e de um tema novo – a possibilidade de se fazer o diagnóstico histológico através da imagem», avança o responsável.

A inovação vai nortear a estrutura do Congresso e a forma como a sala de conferências se vai apresentar. «para evitar a dispersão dos congressistas». Por outro lado, «será dado destaque às comunicações livres que reflectem o que se faz de melhor na Urologia portuguesa», diz Francisco Cruz, explicando que «o facto

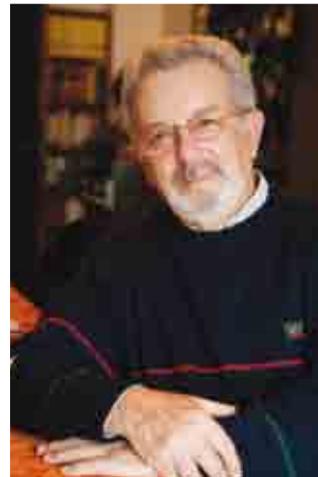
de, nos últimos congressos, se ter “empurrado” as comunicações livres para as salas secundárias não lhes deu o destaque merecido».

Ainda não estão confirmados os conferencistas, mas a organização quer assegurar a presença de convidados de renome internacional, para que possa ser garantida a qualidade científica do Congresso e haja um «estreitamento nos contactos entre os urologistas portugueses e os estrangeiros», defende Francisco Cruz. **Vanessa Pais ■**

→ Quando 56 horas de trabalho semanais não eram excesso

Após duas tentativas em iniciar este meu comentário, que terminaram no cesto dos papéis, aqui estou novamente, por insistência do meu particular amigo e colega Tomé Lopes. Venho contar uma história sobre o dia-a-dia num serviço de Urologia na República da África do Sul, passados quase 30 anos.

Rui Almeida Serra de Matos
Ex-director do Serviço de Urologia
do Hospital Distrital de Faro



DA EXPERIÊNCIA que tive em África do Sul, é interessante verificar a maneira de nós, portugueses, nos adaptarmos (quando somos emigrantes), com naturalidade e sem esforço, a horários de 56 horas de trabalho semanal, quando dentro do nosso País tanto reclamamos o «excesso» de 36 ou 45 horas no desempenho das nossas funções!

A Universidade de Witwatersrand, em Joanesburgo, tinha cinco hospitais e o Departamento de Urologia era chefiado pelo saudoso P.J.P. van Blerk, que mantinha um Serviço de Urologia em cada um dos hospitais. Eu era responsável por um deles.

A entrada para o serviço fazia-se por volta das 7h00 da manhã e éramos todos os dias visitados pela *Surgical Admissions Ward*. Os doentes que entravam durante a noite esperavam pela nossa decisão para saberem se seriam ou não internados. Uma decisão que levava ao facto de a enfermaria ficar vazia às 8h00! Cá, no meu Hospital de Faro, nunca consegui que tal fosse implementado e, por isso, o habitual espectáculo do Serviço de Urgência, sempre cheio de macas nos corredores, mantém-se.

Em África, a primeira visita à nossa enfermaria, de 40 camas, acontecia entre as 8h30 e as 9h00, com os dois colegas que comigo trabalhavam (um especialista e um interno) e sob a presença da enfermeira-chefe. Havia uma mesa com tubos para colheitas de sangue e pedidos de análises, sendo que todas as colheitas eram feitas pelo pessoal médico! Havia uma nova visita aos doentes antes da nossa saída, às 18h30. Mas era muito mais ligeira, apenas para decisões de última hora. Também se fazia uma curta visita semanal aos paraplégicos que necessitavam de cuidados urológicos e aos internados noutras enfermarias. Felizmente, não havia carências de qualquer tipo. Os materiais de endoscopia e urodinâmica estavam à nossa disposição.

TRÊS MÉDICOS, MAS MUITA DEDICAÇÃO

Éramos apenas três médicos (um ainda em formação), mas realizávamos três sessões de consultas externas e duas sessões de bloco operatório por semana. Nos dias sem bloco, fazíamos a paragem obrigatória de 30 minutos para o «*tea time*», por volta das 11h30, e, nesses momentos, tínhamos a possibilidade de encontrar colegas de outras

áreas a quem pedíamos ajuda sempre que necessitávamos.

Como se tratava de um serviço universitário, havia igualmente a componente do ensino. Tínhamos a ajuda de um assistente (*senior urologist*) e nós ficávamos com a responsabilidade das aulas práticas. Os alunos dos últimos dois anos do curso acompanhavam-nos nas enfermarias e consultas externas.

Por incrível que pareça, era norma do Serviço realizar quatro *meetings* semanais: um para discussão de casos clínicos, outro com a *Renal Unit* (Nefrologia), outro com a Radiologia e, finalmente, o *Journal Club*, aos sábados. Ao fim da tarde de sexta-feira, realizava-se, ainda, o meeting de Urologia com os médicos dos cinco hospitais, nas instalações da Universidade. Trabalhava-se (sem se notar qualquer esforço ou má vontade) num regime de 56 horas semanais! Conseguimos imaginar essa possibilidade no nosso Portugal?

O nosso hospital (Baragwanath) era o segundo maior do continente africano. Tinha cerca de 2 000 camas e servia uma população de 1,5 milhões de pessoas! A Unidade de Cuidados Intensivos estava dotada de todo o equipamento mais avançado para a época e o que faz pena é vermos que, passados 30 anos, tudo se vai desmoronando. Hoje, a Saúde está num estado calamitoso, onde tudo falta e deixou de haver a segurança necessária (os doentes chegam a levar para casa as roupas e outros apetrechos hospitalares).

Enfim, este vai parecendo, cada vez mais, **um país da África negra, onde a sida só tardiamente foi reconhecida. É um País em que o presidente afirmou na televisão que não temia essa doença, pois tomava sempre um banho de chuveiro após as relações sexuais...** Palavras para quê? Tenho a triste impressão de que as coisas irão piorar, dados os problemas étnicos, sociais e económicos com que o país se debate.

Estas linhas com que recordo o passado têm apenas a finalidade de dar uma pequena ideia de como as coisas se passavam e de como um horário inicialmente julgado impossível, afinal, não o era! A disciplina e a entreaajuda são os fundamentos para as metas desejáveis. Por isso, para mim, é muito difícil compreender o que se vai passando nalguns hospitais de Portugal, onde as intrigas, as mentiras, as invejas e a falta de algum companheirismo são comuns. ■

Livro sobre o sistema de saúde norte-americano



Nesta rubrica, os urologistas compartilham os seus gostos literários, musicais, artísticos... Enfim, o que gostam de acompanhar para além do seu quotidiano profissional. O secretário-geral da APU inaugura este espaço, comentando o livro *Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper, and Fairer Health Care*, de T.R. Reid.

Por Luís Abranches Monteiro

AOBRA *Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper, and Fairer Health Care* é muito recente, já do período pós-Obama, e compara o sistema de saúde norte-americano com o de outros países. Copia o seu título de um *best-seller* de M. Williamson, dos anos de 1990, que versava sobre as raízes sociais da fundação da América.

Esta é uma narrativa na pri-



A obra compara a realidade do sistema de Saúde norte-americano com a de outros países

meira pessoa, onde o autor, alegadamente portador de uma «maleita» ortopédica crónica, decide consultar vários especialistas, em diversos países. Com uma escrita cheia de humor e um inglês fácil de seguir, o autor descreve-nos a mecânica, por vezes viciosa e perversa, do sistema americano de seguros de saúde, denunciando o crescente número de cidadãos norte-americanos com cuidados sanitários inferiores ao dos países em desenvolvimento.

T.R. Reid conta-nos como encontrou soluções bem mais económicas e solidárias nos velhos sistemas de Bismarck da Alemanha, ou no National Health Service (NHS) do Reino Unido, entre outros exemplos de países europeus e asiáticos. Além disso, descobre as teias financeiras

dos planos das seguradoras e da prestação de cuidados, revela a desumanização da distribuição dos recursos de saúde e antevê o colapso do sistema.

Ao ler este livro, não deixei de, aqui e ali, me sentir orgulhoso de viver nesta nossa «velha» Europa e passei a congratular-me pelo Serviço Nacional de Saúde que vamos tendo e a sentir a obrigação de o defender e, cada vez mais, de o proteger dos «magos do dinheiro».

É um livro obrigatório para quem se move no seio da Saúde, como nós, mas também para todo o cidadão que, financiador, espera e merece retorno eficiente. Para todos os que querem conhecer os erros do passado, a fim de os evitar no futuro, esta obra encontra-se no *site* da Amazon (<http://www.amazon.co.uk>). ■

PUB



Balanço dos cursos de Laparoscopia e Urodinâmica

Decorreram, em Novembro passado, os cursos de Urodinâmica da Incontinência Urinária e de Laparoscopia, os primeiros de uma nova série de formações da responsabilidade da Associação Portuguesa de Urologia. «Professores» e «alunos» fazem o balanço.

Texto de Ana João Fernandes

O CURSO DE LAPAROSCOPIA marcou a *rentreé* do ciclo formativo da Associação Portuguesa de Urologia (APU). Durante três dias – entre 18 e 20 de Novembro –, no Serviço de Urologia do Hospital de Santa Maria, quatro formandos «tiveram oportunidade, em grupos de dois, de se iniciar na técnica», explica o formador, Rui Formoso.

«Os formandos tiveram o tempo e o material necessários (um simulador inanimado e um animal vivo) para que pudessem evoluir naturalmente e sem a pressão de serem avaliados», completa o urologista do Hospital de Santa Maria.

Após uma breve introdução teórica, o primeiro dia foi dedicado essencialmente ao *endotraining*. «Treinámos exercícios de coordenação dos movimentos de dificuldade progressiva e, à tarde, as suturas», refere um dos formandos, Ciprian Muresan, interno de Urologia do Hospital Curry Cabral. O segundo dia foi dedica-

do ao treino em animal vivo (um suíno). Durante a manhã, teve lugar a abordagem do rim e das nefrectomias, com o animal em decúbito lateral e, à tarde, fez-se cirurgia pélvica em posição de *trendlenburg* forçado. Já no último dia, os formandos assistiram a uma pieloplastia realizada por urologistas do Hospital.

Rui Formoso faz um balanço positivo: «Os formandos apreciaram bastante e os que têm menos experiência tiveram uma boa evolução técnica», diz. Ciprian Muresan confirma que o curso «correspondeu» às suas expectativas e que até o recomendou aos colegas. De acordo com Rui Formoso, «está prevista a realização de mais cursos de laparoscopia este ano, com datas ainda por definir».

CURSO DE URODINÂMICA FOI EXPERIÊNCIA-PILOTO

Ao contrário da formação em Laparoscopia, o curso de Urodinâmica da Incontinência Urinária, decorrido a 28 de Novembro, no Hotel Olissipo, em Lisboa, abriu portas não só à Urologia, como também à Ginecologia e à Medicina Física.

Ao longo de oito horas, uma audiência de cerca de 30 pessoas teve formação sobre a fisiologia e fisiopatologia do ciclo miccional, a avaliação clínica das disfunções miccionais, os princípios básicos de urodinâmica, a urodinâmica da bexiga



Em cima: sala cheia no Curso de Urodinâmica da Incontinência Urinária

Ao lado: dois formandos do Curso de Laparoscopia em pleno treino



hiperactiva, da incontinência de esforço, da obstrução masculina e feminina e a urodinâmica da uropatia neurogénica, para além de se terem discutido casos clínicos, no final.

«Não é um curso para *experts*», referiu um dos formadores, Rui Sousa, urologista do Hospital Militar. E acrescentou: «Fundamentalmente, trata-se de desmistificar a urodinâmica, encarando-a como um exame simples, de interpretação também relativamente simples na maioria dos casos e que não é tão invasivo como se supõe.»

No entanto, salientou João Varregoso, assistente graduado do Hospital Fernando Fonseca, «tem de se analisar clinicamente os resultados do exame, não bastando olhar para os números e curvas». De acordo com este formador, «ainda não se sabe tudo sobre a incontinência urinária, pelo que este é um campo complexo».

Inês Reis, interna do 2.º ano de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Santa Maria e uma das formandas, considerou o curso de grande utilidade. «Interessou-me particularmente a urodinâmica da incontinência urinária de esforço, porque é talvez um dos quadros clínicos mais

frequentes na nossa consulta de uroginecologia», afirmou.

O coordenador do curso, Luís Abranches Monteiro, urologista no Hospital Curry Cabral, afirma que as expectativas foram cumpridas. «Mas não quer dizer que estejamos plenamente satisfeitos com os resultados. Sentimos que o tema é demasiado extenso e que a audiência poderia necessitar de mais tempo. A logística torna-se complicada, as pessoas não têm muito tempo e algumas vêm de longe. Por isso, escolhemos este formato», acrescentou.

Talvez o próximo curso de urodinâmica decorra noutros moldes. De acordo com Maria da Paz Carvalho, fisiatra no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, que assistiu à formação, «no fundo, este curso serviu um pouco como experiência-piloto». «No próximo Congresso da Associação Portuguesa de Neuro-Urologia e Uro-Ginecologia (APNUG), em Maio, está previsto um curso de urodinâmica e vamos aperfeiçoá-lo, para ir ao encontro das necessidades», concluiu a fisiatra. ■

PRÓXIMOS CURSOS EM 2010

Março – Cancro da Próstata: Inovação e Controvérsias (Coordenação: Arnaldo Figueiredo)

Maio – Litíase Urinária (Coordenação: Carlos Silva)

Outubro – Traumatismo (Coordenação: Abranches Monteiro)

Dezembro – Tumores da Bexiga (Coordenação: Paulo Temido)

↓ **Fevereiro 2010** ↓

Dias	Nome	Local	Mais informações
5	Master Class in Robotic Surgery on the Upper Urinary Tract	Bruxelas, Bélgica	www.masterclassroboticurology.com
13 a 17	European Urology Forum 2010	Davos, Suíça	http://davos2010.uroweb.org
19 e 20	Renal Cell Carcinoma [RCC] – Where do we stand in 2010?	Auditório Agostinho da Silva, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa	www.iem.pt
24 a 27	Encontro Renal 2010	Centro de Congressos de Vilamoura – Hotel Tivoli Marina Vilamoura	www.spnefro.pt ou www.apedt.pt
24 a 27	3 th International Symposium on focal therapy and imaging of prostate and kidney cancer	Washington DC, EUA	www.cancer.duke.edu/focaltherapycme
25 a 27	VII Reunião Ibérica de Menopausa	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa	www.spmenopausa.pt
25 a 28	The 3 rd World Congress on Controversies in Urology CURy – 2010	Hilton Hotel, Atenas, Grécia	http://comtecmed.com/cury/2010

↓ **Março 2010** ↓

3 a 5	5 th International Meeting on Reconstruction - IMORU-V	UKE, Hamburgo, Alemanha	www.imoru.de
15 a 17	9 th Annual Female Urology and Urogynecology Symposium (FUUS)	Wynn Las Vegas, EUA	www.FUUS-cme.org
15 a 19	Minimally Invasive Urological Surgical Week	Universidade do Minho, Braga	www.ecsaude.uminho.pt
17 a 20	21 st Video Urology World Congress	Intercontinental Port Ghaleb, Marsa Alam, Egipto	www.videourology2010.com

↓ **Abril 2010** ↓

16 a 20	25 th EAU Annual Congress	Barcelona, Espanha	www.eaubarcelona2010.org
17 a 19	11 th International Meeting of the European Association of Urology Nurses	Barcelona, Espanha	www.eaubarcelona2010.org/11th-eaun-meeting
28 a 1 de Maio	21 st Annual Congress of the European Society for Paediatric Urology	Susesi Hotel, Antalya, Turquia	www.espu2010.org

Apoios científicos e institucionais da APU

A disponibilidade para o patrocínio científico e institucional das acções de outras entidades mostra como a formação é uma prioridade para a Associação Portuguesa de Urologia. Eis os eventos que contam com o seu apoio, entre Fevereiro e Maio deste ano.



Associação
Portuguesa
de Urologia

• **Curso Renal Cell Carcinoma**

19 e 20 de Fevereiro

Universidade Lusófona, Lisboa

Organização: Ângela Maria Vasconcelos

• **III Simpósio Astellas Urologia (APOIO)**

INSTITUCIONAL)

5 a 7 de Março

Tróia Design Hotel, Tróia

Organização: Astellas

• **X Jornada Nacional de Urologia em Medicina Familiar**
8 e 9 de Abril

Altis Park Hotel, Lisboa

Organização: Manuel Mendes Silva

• **Curso Minimally Invasive Urological Surgical Week**
15 a 19 de Maio

Universidade do Minho

Organização: Estevão Lima

• **10.º Congresso da Federação Europeia de Sexologia**
9 a 13 de Maio
Hotel Sheraton, Porto
Organização: Pedro Nobre

