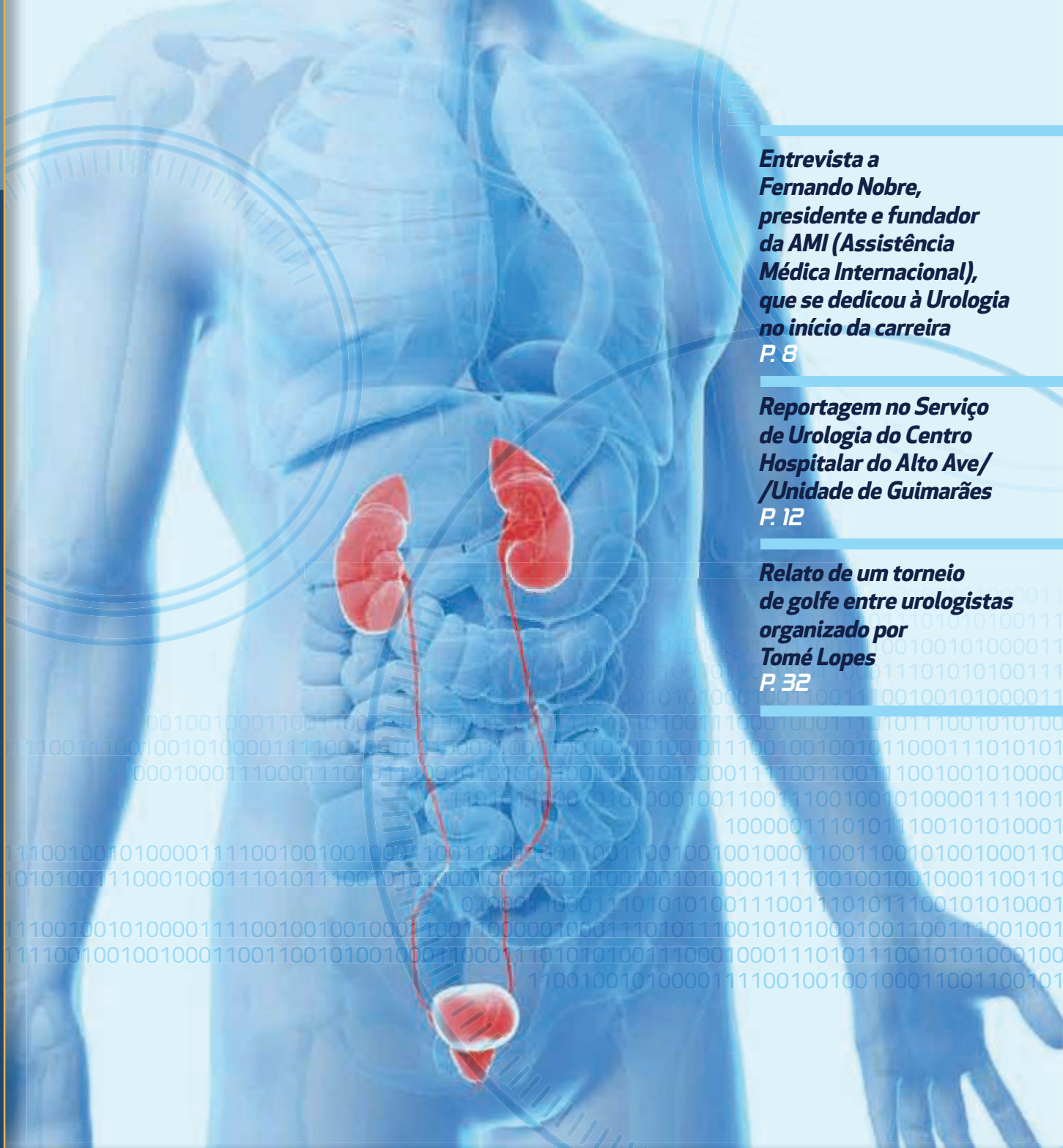


N.º 20

Outubro 2014/Ano 6
Trimestral
€0,01

UROLOGIA ACTUAL



**Entrevista a
Fernando Nobre,
presidente e fundador
da AMI (Assistência
Médica Internacional),
que se dedicou à Urologia
no início da carreira**
P. 8

**Reportagem no Serviço
de Urologia do Centro
Hospitalar do Alto Ave/
Unidade de Guimarães**
P. 12

**Relato de um torneio
de golfe entre urologistas
organizado por
Tomé Lopes**
P. 32

ESTADO DA ARTE DA UROLOGIA NA ERA DAS NOVAS TECNOLOGIAS

Jornal da:



Associação
Portuguesa
de Urologia

www.apurologia.pt

«Novas tecnologias em Urologia» é o tema do XIII Simpósio da Associação Portuguesa de Urologia (APU), que decorre entre 31 de outubro e 2 de novembro, no Epic Sana Algarve Hotel, em Albufeira. As novidades em termos diagnósticos, cirúrgicos e de terapêuticas farmacológicas estão em destaque neste encontro, que vai debater também os desafios da inovação em tempos de contenção económica
P. 16 a 23

06

ATUALIDADES

07

08

DISCURSO DIRETO

12

IN LOCO

14

MEDICINA FAMILIAR

16

18

20

UROEVENTOS

22

23

25

26

ESPAÇO JOVEM

28

30

(INTER) NACIONAIS

32

VIVÊNCIAS

35

AGENDA

Hospital de Santa Maria organiza o *First Laparoscopic Basic Skills Course*, nos dias 28 e 29 de novembro

Reunião Ibérica sobre Cancro do Rim, nos dias 14 e 15 de novembro

Entrevista a Fernando Nobre sobre a sua atividade na Urologia e na Assistência Médica Internacional (AMI)

Reportagem no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Alto Ave/Unidade de Guimarães

Algoritmo de diagnóstico e tratamento do carcinoma do pénis, por Pedro Eufrásio

Arnaldo Figueiredo apresenta uma visão global sobre o XIII Simpósio APU

Daniel Eberli refere as novidades na área da engenharia tecidual e da terapêutica focal no carcinoma da próstata

Manuel Mendes Silva escreve sobre os marcos históricos da Urologia

Jorge Oliveira aborda as práticas cirúrgicas dos Serviços de Urologia nacionais e Emiliano Calvo o cancro renal metastizado

José Palma dos Reis reflete sobre os desafios da inovação em tempos de contenção económica

Domingos Machado divulga os principais *highlights* do Congresso Luso-brasileiro e I Encontro Ibérico de Transplantação

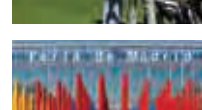
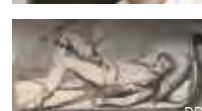
Balanço do 1.º Módulo da Academia de Urologia, que decorreu em junho

Módulo II da Academia de Urologia (28 a 30 de novembro, Caldas da Rainha) dedicado às disfunções miccionais

A participação em projetos internacionais de Luís Abranches Monteiro, um dos fundadores da European Society of Residents in Urology

Nove urologistas juntaram-se para uma partida de golfe que foi acompanhada pelo *Urologia Actual*

Principais eventos nacionais e internacionais entre outubro de 2014 e março de 2015



Corpos Gerentes da APU para o biénio 2013-2015

ASSEMBLEIA-GERAL

Presidente: Tomé Matos Lopes
Vogal: Avelino Fraga
Vogal: Luís Abranches Monteiro
Suplente: Paulo Rebelo
Suplente: António Pedro Carvalho

CONSELHO DIRETIVO

Presidente: Arnaldo Figueiredo
Vice-presidente: Garção Nunes
Secretário-geral: Pedro Nunes
Tesoureiro: Miguel Ramos
Vogal: José Fortunato Barros
Vogal: Miguel Carvalho
Vogal: Luís Xambre
Suplente: Carlos Guimarães
Suplente: Eduardo Cardoso Oliveira
Suplente: Pedro Monteiro

CONSELHO FISCAL

Presidente: Francisco Rolo
Vogal: Francisco Carrasquinho Gomes
Vogal: Jorge Oliveira
Suplente: Rui Carneiro
Suplente: Miguel Cabrita

CONSELHO CONSULTIVO

Presidente: Arnaldo Figueiredo
Vogal: Alberto Matos Ferreira
Vogal: Joshua Ruah
Vogal: Adriano Pimenta
Vogal: Manuel Mendes Silva

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:
Pedro Nunes
Correio do leitor: urologia.actual@gmail.com



estera das ideias
REVISTA DE CONFERÊNCIAS

Campo Grande, n.º 56, 8.º B
1700 - 093 LISBOA
Tel.: (+351) 219 172 815
geral@esferadasideias.pt
www.esferadasideias.pt

Direção: Madalena Barbosa
(mbarbosa@esferadasideias.pt)
Textos: Luís Garcia, Marisa Teixeira
e Sofia Cardoso
Fotografia: Rui Jorge
Design e paginação: Inês Arnedo
e Susana Vale

Impressão:
Projeção - 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

Último trimestre do ano repleto de vitalidade

Esperamos que o verão vos tenha retemperado as forças para um último trimestre do ano que se avizinha mais animado do que é hábito, pois aproximam-se semanas de grande atividade urológica. A componente clínica e cirúrgica intensifica-se, como sempre, após dois meses de hospitais a funcionarem a «meio gás». Consta que no nosso País também as patologias, tal como os profissionais de saúde, escolhem a época do estio para aparecerem menos e abrandarem a sua agressividade.

Confesso que esta previsível e sazonal diminuição acentuada da produtividade da maioria dos serviços de saúde, entre julho e agosto e nas épocas festivas, sempre me estarreceu. Num sistema como o nosso, em que as listas de espera aumentam diariamente e estão lotadas de doentes com situações prioritárias, nomeadamente oncológicas, encerrar blocos e diminuir drasticamente consultas e internamentos afigura-se-me um ato condenável... As férias são um direito de todos, mas, com uma gestão inteligente e eficaz dos recursos humanos, o «filme» seria outro... Assim houvesse coragem.

Avizinha-se também uma época em que os eventos científicos e formativos aumentam em número e importância. Portugal foi recentemente, e vai ser nas próximas semanas, palco de algumas reuniões urológicas de cariz internacional, que

muito devem orgulhar a nossa comunidade. Citando só alguns exemplos: o Simpósio da European Society for Sexual Medicine (ESSM), o European Multidisciplinary Meeting on Urological Cancers (EMUC 2014), o EAU Section of Urological Imaging (ESUI) Meeting e a Reunião Ibérica sobre Cancro.

A captação deste tipo de eventos para terras lusas parece-nos importante do ponto de vista estratégico e deve servir como incentivo acrescido à dinamização e internacionalização da atividade científica urológica nacional. O Conselho Diretivo da APU prepara ainda dois eventos *major* para este último trimestre do ano. O XIII Simpósio da APU – reunião magna dos nossos associados – decorrerá, mais uma vez, no Algarve, de 31 de outubro a 2 de novembro, e será consagrado às novas tecnologias em Urologia (entendidas em sentido lato). Preparámos cuidadosamente um programa que esperamos ser do vosso agrado.

Entretanto, também em novembro, realizar-se-á o Módulo II da Academia de Urologia – uma iniciativa formativa aplaudida por todos, cuja primeira ação teve um estrondoso sucesso. Acreditamos que esta semente agora lançada vai dar frutos e que esta Academia se consagrará como um pilar fundamental do apoio formativo permanente que a APU pretende proporcionar aos seus associados.

Bom regresso às atividades urológicas...



Pedro Nunes

Pedro Nunes
Secretário-geral da APU

APOIOS CIENTÍFICOS RECENTEMENTE CONCEDIDOS PELA APU

Curso de Introdução à Laparoscopia em Urologia

13 e 14 de novembro

Organização: Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António

«Recomendações Perioperatórias para Profilaxia do Tromboembolismo Venoso no Doente Adulto»

Guias de consenso elaboradas por um grupo de trabalho que integra médicos de várias especialidades, sendo a Urologia representada

por Eurico Maia. Estas recomendações foram já aprovadas pelas associações e sociedades portuguesas de Anestesiologia; Cirurgia Cardiorrástica e Vascular; Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética; Ginecologia; Imuno-hemoterapia; Neurocirurgia; Obstetrícia e Ortopedia.

Patrocinadores desta edição:



Curso visa aperfeiçoar técnicas básicas de laparoscopia



O *First Laparoscopic Basic Skills Course*, que vai decorrer no Departamento de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital

de Santa Maria, nos dias 28 e 29 de novembro, pretende abordar as diversas técnicas básicas de laparoscopia, como a disseção, a hemostase, as diferentes técnicas de sutura (nomeada-mente o posicionamento correto da agulha) e as anastomoses. Este curso destina-se a internos de Urologia, mas também a especialistas que procurem aperfeiçoar e praticar os gestos essenciais da laparoscopia.

O programa apresenta uma abordagem inovadora, ao incluir sessões teóricas sobre as várias técnicas cirúrgicas abordadas, que são imediatamente seguidas de exercícios práticos, com componente *dry-lab*, *endotrainers* e

wet-lab aplicados em modelo animal. Segundo a comissão organizadora, esta é uma formação muito prática e vem preencher uma lacuna que existe na formação em laparoscopia na zona sul do País. O objetivo principal é que os formandos saiam deste curso a dominar gestos e truques para executarem as principais técnicas de laparoscopia, com qualidade e em tempo útil.

Sob a coordenação de Tomé Matos Lopes, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte, o curso conta com a participação de formadores do Hospital de Santa Maria, do Hospital da Luz (Lisboa), do Hospital de Santo António (Porto) e do Departamento de Urologia da Fundação Champalimaud (Lisboa), com o objetivo de promover a partilha de experiências de vários serviços de Urologia.

Dado tratar-se de um curso prático, que terá o acompanhamento personalizado de um formador por cada dois formandos, as inscrições são limitadas a 12 participantes e podem ser feitas através do e-mail instfa@fm.ul.pt. ■

Semana das Doenças da Próstata alertou para diagnóstico precoce

A Associação Portuguesa de Urologia (APU) assinalou a Semana Europeia de Prevenção das Doenças da Próstata (de 15 a 21 de setembro), com uma campanha de sensibilização que alertou para a importância de detetar as patologias que afetam a próstata precocemente. Dirigida a todos os homens com mais de 45 anos, a campanha lembrou que a vigilância médica periódica é fundamental e desmistificou o doseamento do PSA, «que é essencial no despiste destas doenças, ainda que deva ser utilizado com critério, para minimizar o risco de sobrediagnóstico e consequente sobretratamento», de acordo com Arnaldo Figueiredo, presidente da APU.

A campanha de sensibilização baseou-se na divulgação de um folheto informativo, que descreve, de forma clara e sucinta, cada tipo de patologia que afeta a próstata, nomeadamente a prostatite, a hiperplasia benigna da próstata (HBP) e o cancro da próstata,

alertando para os seus principais sintomas, mas frisando que as doenças mais graves são inicialmente «doenças silenciosas». A participação de urologistas e doentes em programas de televisão e rádio, bem como em reportagens e artigos de imprensa foi também uma aposta.

Arnaldo Figueiredo defende que «o estigma e o medo associados aos exames de despiste das doenças da próstata após os 50 anos deverão ser combatidos, pois, controvérsias à parte, só dessa forma se consegue diminuir o número de mortes por carcinoma da próstata». Em Portugal, o cancro da próstata atinge anualmente entre 3 500 a 4 000 homens, sendo que cerca de 1 800 acabam por morrer. Mas, embora esta seja a doença mais falada, a HBP é mais frequente e origina cerca de 10 000 cirurgias por ano,

atingindo metade dos portugueses na faixa dos 60 anos e 90% dos que estão na faixa dos 80 anos. ■



Discussão ibérica sobre tratamento do cancro renal

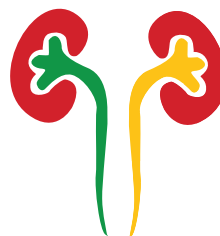
A I Reunião Ibérica sobre Cancro do Rim, que decorrerá na Quinta das Lágrimas, em Coimbra, nos dias 14 e 15 de novembro, é o mais recente passo da colaboração cada vez mais estreita entre a Urologia portuguesa e a espanhola. Organizada em conjunto pelo Grupo de Cancro do Rim da Associação Espanhola de Urologia e pela Associação Portuguesa de Urologia (APU), esta reunião tem o patrocínio da Pfizer Oncology, é dirigida a especialistas e internos e conta com oradores de ambas as nacionalidades.

Além da apresentação da casuística do carcinoma renal metastizado dos dois países, serão debatidos temas como os critérios para a utilização dos novos fármacos nesta área. Segundo Arnaldo Figueiredo, presidente da APU, «os urologistas devem assumir as suas responsabilidades no

tratamento dos tumores metastizados do rim».

Destacando as vantagens de que seja o mesmo especialista a providenciar «um tratamento integral» ao doente, Arnaldo Figueiredo sublinha que o urologista deve estar preparado para «assumir a prescrição da terapêutica de forma natural, sem que isso signifique um confronto com a oncologia médica». Este tem vindo a ser precisamente o caminho seguido em Espanha, onde, nos últimos anos, os urologistas têm revelado um interesse cada vez maior pela prescrição destes fármacos.

A organização da I Reunião Ibérica sobre Cancro do Rim surge na sequência da participação de Arnaldo Figueiredo,



I Reunião Ibérica sobre Cancro do Rim



a convite da Associação Espanhola de Urologia, na V Reunión sobre Cáncer Renal Metastático, que decorreu em Cádiz, nos dias 21 e 22 de março passado. De acordo com o presidente da APU, ambas as associações estão empenhadas em reforçar a colaboração ibérica, a nível científico e institucional, não apenas no âmbito do cancro renal, mas também em outras áreas da Urologia. ■

Portugueses partilharam conhecimentos em Luanda

Partilhar conhecimentos e estabelecer padrões foi o principal objetivo do terceiro *Workshop* de Urologia realizado no Hospital Américo Boavida (HAB), em Luanda, nos dias 5 e 6 de setembro passado. Arnaldo Figueiredo, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e presidente da Associação Portuguesa de Urologia (APU); Pedro Nunes, urologista no CHUC e secretário-geral da APU; e Manuel Mendes Silva, urologista em Lisboa e ex-presidente da APU, foram os especialistas internacionais

convidados, a par de Igor Vaz, urologista em Maputo, Moçambique.

Nas sessões cirúrgicas, realizadas logo no primeiro dia do *workshop*, os especialistas tiveram a oportunidade de realizar diferentes procedimentos cirúrgicos no Bloco Operatório do HAB. A sessão de cirurgia endoscópica da próstata, a primeira a ser realizada neste Hospital, ficou a cargo dos urologistas portugueses.

As palestras teóricas decorreram no dia seguinte, 6 de setembro, no Hotel Trópico, em Luanda. Pedro Nunes abordou a questão da transplantação renal. «Considere este um tema pertinente, porque ainda não existe transplantação renal em Angola, apesar do número crescente de doentes insuficientes renais crónicos», justifica o urologista.

Quanto ao estado da Urologia em Angola, o secretário-geral da APU reconhece que «o serviço público tem alguns recursos humanos e materiais, mas está bastante limitado na sua atividade», pelo que «estes *workshops* são fundamentais



Arnaldo Figueiredo, Manuel Mendes Silva, Igor Vaz e Pedro Nunes (da esq. para a dta.)

para que os urologistas angolanos possam apanhar “o comboio” da tecnologia».

Pedro Nunes ressalva ainda que, apesar da atividade limitada em Urologia, «há muita vontade, nomeadamente da administração e da direção clínica do HAB, em desenvolver a especialidade». Prova disso é o protocolo de cooperação regular que está previsto entre o HAB e o CHUC, para promover mais oportunidades de colaboração entre Portugal e Angola, sobretudo ao nível da formação dos urologistas. ■



Pedro Nunes efetua uma cirurgia no bloco operatório do Hospital Américo Boavida

FERNANDO NOBRE Médico e presidente da AMI

«Fiz cirurgias complicadíssimas, em situações infra-humanas»



Atualmente, Fernando de La Vieter Nobre dedica-se exclusivamente à causa humanitária, mas nem sempre foi assim. Em entrevista, o fundador e presidente da Fundação AMI (Assistência Médica Internacional) desde 1984 recorda o seu percurso de sete anos enquanto médico dedicado à Urologia, que exerceu na Bélgica. Além disso, fala sobre algumas das situações mais complicadas que vivenciou ao longo de três décadas e meia de entrega à Medicina Humanitária.

Luís Garcia e Marisa Teixeira

Por que motivo optou por seguir o caminho da Urologia no início da sua carreira?

O meu sonho, quando me especializei em Cirurgia Geral, no final dos anos de 1970, era seguir a área da cirurgia cardíaca e regressar a Angola, país onde nasci. Mas o que me fez repensar é que para ser exercida na sua plenitude, a cirurgia cardíaca não depende apenas do cirurgião, mas de uma boa equipa e de condições laborais que não existiam, então, em Angola. Entretanto, o Dr. Franck Collier, com quem vim a ganhar um prémio da European Association of Urology, em 1984, em Copenhaga, sabendo das minhas aspirações, disse-me: «A cirurgia cardíaca no continente africano não existe, sobretudo na África Negra. Há uma vaga para assistente e o Willy Gregoir [diretor do Serviço de Urologia do Hospital Universitário de Brugmann, em Bruxelas], ficaria contente se fosses.» Então, fui falar com ele e assim a Urologia acabou por substituir a cirurgia cardíaca.

Apesar de não ter sido o seu sonho desde o início, gostou de exercer Urologia?

Gostei imenso! Naquela época, para retirarmos cálculos coraliformes de um rim, por exemplo, abríamo-lo em bivalve sob refrigeração local, com gelo, tiravam-se os cálculos todos e, depois, «fechava-se». Ainda não existia litotritor ou laparoscopia, portanto, tratava-se de uma cirurgia extremamente traumática. A Urologia pediátrica aliciava-me particularmente, pela diversidade de intervenções cirúrgicas – hipospadias, epispadias, criptorquidias, etc. – e pelo facto de apenas eu e o Franck Collier nos dedicarmos a essa área naquele hospital. Além disso, ter, em simultâneo, as perspetivas de urologista e de cirurgião dava-me uma certa «plasticidade».

Vê muitas diferenças entre a prática urológica que exerceu e a atual?

A Urologia já não é tão manual como a conheci. Não existia a criogenização da próstata, por

exemplo, e a cirurgia laparoscópica não se comparava ao que se consegue fazer nos dias de hoje. Antes, esta cirurgia era utilizada apenas como complemento em pequenas intervenções e só pelos especialistas mais ousados. Tudo mudou. Presentemente, até tenho algum receio, porque a cirurgia laparoscópica pode-se transformar num problema. Digo isto porque se chegou a um ponto em que, por exemplo, num país africano, se lá estiver um assistente que coloque os instrumentos de cirurgia laparoscópica necessários no local certo, com as novas tecnologias existentes, é possível realizá-la à distância, por computador... O problema é se surge um imprevisto. E, como digo sempre, só quem nunca operou é que não teve problemas, logo, acredito ser necessária uma ótima formação de base, para que um cirurgião saiba fazer uma laparotomia em situação de extrema urgência.

Depois de exercer alguns anos na Bélgica, porque decidiu regressar a Portugal em 1985?

Recebi uma carta de Maldonado Gonelha, então ministro da Saúde, que ficou sensibilizado ao ver uma reportagem sobre uma missão humanitária no Chade, onde eu me encontrava, e escreveu-me a falar na hipótese de criar uma instituição desse âmbito. Isso foi o que me levou a vir para a terra das minhas origens paternas. No entanto, quando cheguei, embora todos reconhecessem que eu tivera o privilégio de ser orientado por um mestre da Urologia, não recebi nenhum convite para exer-

cer num serviço hospitalar. Confesso que fiquei desapontado. Dois anos antes de viver cá, fui convidado pela Ordem dos Médicos para dar uma conferência no 5.º Congresso Nacional de Medicina, na Fundação Calouste Gulbenkian, por ser um português reconhecido lá fora; contudo, quando cheguei, em 1985, ninguém me contratou...

Nessa altura pensou em desistir da Urologia?

Não imediatamente! No mesmo ano, abri um consultório em Portimão, no Algarve, mas realmente não encontrei em Portugal as condições que me permitiam exercer a minha profissão ao nível a que estava habituado em Bruxelas, onde integrava a equipa de transplantação renal, fazia cirurgia laparoscópica e já tínhamos técnicas de ponta. Simultaneamente, como a AMI se foi desenvolvendo, fui-me desligando progressivamente do exercício clínico, que acabei por abandonar aos 50 anos para me dedicar inteiramente à medicina humanitária.

SABIA QUE...

...Fernando Nobre foi o primeiro médico português distinguido com o 1.º Prémio da European Association of Urology (EAU)? Recebeu-o em conjunto com Franck Collier e Willy Gregoir no 6.º Congresso da EAU, em 1984, pelo trabalho «Obstrução osteogénica da junção ureterovesical na criança».

Que motivo o levou a percorrer um caminho humanitário?

Comecei com os Médicos Sem Fronteiras em 1979, associação que, na altura, existia apenas em França. Para poder participar em missões humanitárias de dois/três meses, fazia muitos bancos de urgência de 24 horas. Na época, a minha mulher até levava os nossos dois filhos mais pequenos ao hospital para que eu os pudesse ver, cheguei a trabalhar 19 dias seguidos. Depois, acumulava as folgas a que tinha direito e juntava-as ao mês de férias para partir em ações solidárias. Poucos anos depois, ajudei a lançar a secção belga dos Médicos Sem Fronteiras, da qual fui administrador. Nesta vertente altruísta, o meu grande sonho era construir um hospital no mato, seguindo o exemplo de Albert Schweitzer que criou um, em 1913, na África Equatorial Francesa, atual Gabão. Mas não foi possível e enveredei pelas missões, embora não imaginasse que esta atividade tomaria proporções tais que me fizessem meter de lado a carreira académica e clínica.

Foi difícil erguer a AMI?

Alguém que vem de repente para Portugal para criar uma obra que não existia, com a pretensão de levar a Medicina e a imagem do País pelo mundo inteiro, levantou suspeitas e causou desconfiança. Não vou entrar em detalhes, mas, não pertencendo a uma família de barões nem tendo nenhuma rede protetora, tive de ser bruto algumas vezes e «abrir muitas portas a pontapé». Foi difícil, mas, sem desistir e com resiliência, o objetivo foi cumprido. As primeiras missões da AMI foram pagas por mim, com a ajuda da minha irmã e da minha atual mulher. Não é por acaso que elas são a vice-presidente e a secretária-geral, respetivamente. Hoje, orgulho-me em dizer que a fundação já está presente em mais de 30 países e já atuou em mais de 70.

Já passaram três décadas desde a criação da AMI. Que momentos destaca?

Fiz cirurgias complicadíssimas, em situações infra-humanas. Lembro-me, por exemplo, na fronteira entre a Guiné-Bissau e a Guiné-Conacri, de operar um homem com uma hérnia estrangulada e já com sinais de irritação peritoneal, à luz da vela, com a companhia de térmitas voadoras e sem instrumentos convenientes. Os afastadores eram duas colheres de sobremesa entortadas e as compressas eram esterilizadas numa panela de pressão na fogueira... Na área da Urologia, vi casos que em Portugal já não se encontram, como fístulas vesicovaginais ou elefantíase peno-escrotal. Neste contexto, passamos por várias situações que nos proporcionam momentos de exaltação, quando conseguimos ajudar alguém, mas também de abatimento, quando percebemos que não há nada a fazer, muitas vezes, porque falta um antibiótico...

Em 30 anos, há imensas histórias. Na altura do genocídio de Ruanda, em 1994, estive em campos de refugiados na fronteira com o Zaire. Um cenário dantesco, onde se verifica que a «besta humana» que dorme em cada um de nós de vez em quando acorda e é capaz de cometer atos horríveis. Mas, por outro lado, também há pessoas que se preocupam com os outros. Há dez anos, aquando do tsunami no Sri Lanka, dirigi-me para lá, acompanhado por outros elementos da AMI, sem sequer ter tido oportunidade de avisar ninguém. Ao sair do aeroporto, um senhor todo vestido de branco, com uma faixa negra, que vim depois a saber tratar-se do traje dos padres católicos daquele país, entregou-me uma carta com o meu nome escrito. Explicou-me ter sido contactado pelo escritório da Human Rights Commission, em Hong Kong, da qual era correspondente no Sri Lanka, avisando-o de que eu ia chegar e para ficar às minhas ordens. Este foi um episódio surpreendente, que nunca mais vou esquecer. ■

PERCURSO EM RESUMO

1951: Fernando de La Vieter Nobre nasceu em Luanda, Angola;

1963-1966: Residiu na República Democrática do Congo;

1966: Mudou-se para a Bélgica, onde estudou e residiu até 1985;

1978: Licenciou-se em Medicina e Cirurgia pela Université Libre de Bruxelles;

1978-1985: Assistente nos Serviços de Cirurgia Geral e Urologia dos Hospitais Universitários St. Pierre e Brugmann da Université Libre de Bruxelles. Assistente na Faculdade de Medicina da mesma universidade, nos Departamentos de Anatomia e Embriologia Humanas;

1979: Ingressa nos Médicos Sem Fronteiras de França;

1982-1983: Administrador dos Médicos Sem Fronteiras da Bélgica;

1984: Muda-se para Portugal com o objetivo de criar a Fundação AMI, a qual preside até hoje.

2001: Recebeu doutoramento *honoris causa* pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL).

Desde 2008: Professor convidado na FMUL (Regente da disciplina de Medicina Humanitária).



Resiliência e cooperação são «segredos» do sucesso

Nesta edição, o *Urologia Actual* dá-lhe a conhecer o Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Alto Ave. Pode dizer-se que a equipa, embora pequena em termos numéricos, é grande no espírito de entreajuda. Com vários percalços pelo meio, este Serviço tem conseguido ganhar várias batalhas e prepara-se agora para novos e aliantes desafios.

Marisa Teixeira

Ao subirmos ao 7.º piso do Centro Hospitalar do Alto Ave/Unidade de Guimarães, dirigimo-nos ao gabinete de Ricardo Ramires, diretor do Serviço de Urologia, que, com um sorriso nos lábios, prontamente nos recebeu. «Preferem começar por fazer o retrato de grupo? Então, vamos a isso», disse, passando logo a reunir a restante equipa na biblioteca que se encontra no mesmo corredor. Depois das fotografias, falámos com o urologista Jaime Faria, o mais veterano da equipa, que nos enca-minhou por uma «viagem ao passado».

Embora a atividade urológica no então Hospital Distrital de Guimarães se tenha iniciado na década de 1950, só em 1986, com Justino de Amorim como diretor, foi fundado o Serviço de Urologia. Em 1991, o quadro médico aumentou com as contratações de Jaime Faria, Fidalgo Matos e, posteriormente, Lemos Ferreira e Mário Cerqueira. Com um semblante nostálgico ao recordar esta «época de ouro», Jaime Faria afirmou: «Chegámos a ser seis elementos, com as entradas dos internos Carlos Guimarães [que está na atual equipa] e Frederico do Carmo Reis.»

Na altura, este Serviço atravessava um período de grande desenvolvimento, mas tudo se alterou com a reforma do diretor. A partir daí, houve um desinvestimento, apesar dos esforços do responsável que lhe seguiu – Lemos Ferreira. A perda de médicos e a falta de aquisição de materiais determinou uma sucessão de situações que quase culminaram no desmembramento.

Entre 2003 e 2009, apenas Jaime Faria e Carlos Guimarães, a tempo inteiro, e Duarte Barradas, com 18 horas semanais, asseguravam o Serviço, que perdeu autonomia nesse último ano, tornando-se numa Unidade de Urologia pertencente ao Departamento de Cirurgia. «Desdobrávamo-nos para responder às necessidades dos doentes. O que nos valeu foi a entreajuda que sempre existiu e sem a qual não teria sido possível prosseguirmos», sublinhou Jaime Faria.

Esta opinião é partilhada por Carlos Guimarães, que, com alguma indignação no olhar, recordou: «Este



A EQUIPA MÉDICA (da esq. para a dta.): Carlos Diogo (estagiário de Medicina Geral e Familiar), Rui Versos, Carlos Guimarães, Ricardo Ramires (diretor), Jaime Faria, Elsa Costa (enfermeira-chefe) e Luís André Rocha (enfermeiro)

Serviço entrou rapidamente em colapso. Não houve vontade por parte do Conselho de Administração vigente na altura em dinamizá-lo. Negavam-se a contratar pessoas e eu optei por sair em 2009, pois não aguentava mais a pressão.» Mas, no ano seguinte, o cenário alterou-se e este urologista acabou por regressar.

«Lufada de ar fresco» em 2010

Todos os elementos com quem conversámos teceram rasgados elogios a Ricardo Ramires. Além da simpatia e do trato fácil – características, aliás, comuns a toda a equipa –, o responsável é admirado pela capacidade que demonstrou para dar um novo rumo ao Serviço de Urologia. «Com a entrada do atual diretor,

que tem sido um grande dinamizador, e de Rui Versos, em 2010, a situação melhorou bastante. A capacidade de resposta aumentou, tanto pelo maior número de médicos como pelo desenvolvimento técnico», revelou, sorridente, a enfermeira-chefe Elsa Costa.

Atualmente, este Serviço assiste uma população de cerca de 350 mil habitantes, sendo o de primeira linha para os concelhos de Guimarães, Fafe, Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto e Vizela. É constituído pelo Bloco Operatório, a Unidade de Cirurgia de Ambulatório Urológica, a Unidade de Urologia Pediátrica, a Consulta Externa, a Unidade de Diagnóstico de Urologia e a Unidade de Internamento.

O espírito de união que sempre existiu, mesmo em tempos conturbados, é uma constante. «O diretor promove o bom entendimento. Essa é a alma do Serviço e somos amigos uns dos outros», salientou Jaime Faria. «A mais-valia que temos é a coesão. Muitos serviços não têm isto, criando-se fações, “pequenos quintais dentro das quintas” que, muitas vezes, levam a uma grande desagregação e inoperância dos serviços hospitalares», ressaltou Carlos Guimarães. Já o enfermeiro Luís André Rocha acrescentou: «O



INTERAÇÃO COM OUTROS SERVIÇOS

O Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Alto Ave costuma colaborar com outros serviços hospitalares no estudo e orientação de doentes do foro oncológico, com patologia do pavimento pélvico e referenciados por infertilidade masculina. Assim, os elementos desta equipa participam nas consultas de grupo de Oncologia e de Uroginecologia, colaborando também no estudo e orientação dos homens «inférteis» referenciados ao Centro de Reprodução Medicamente Assistida, com o qual colabora na avaliação do fator masculino. Além disso, em parceria com os serviços de Pediatria, Imagiologia, Fisiatria, e Anestesiologia, desenvolveu-se a Unidade de Urologia Pediátrica.

facto de todos lutarem pelo objetivo comum de elevar o nível de cuidados prestados à população é notável.»

Essa energia positiva passa para fora. Segundo a enfermeira-chefe, «os doentes ficam contentes com o atendimento que recebem, frisando a boa disposição e o profissionalismo nos questionários de satisfação a que respondem». Qualidades que também se sentem enquanto percorremos os corredores do Serviço de Urologia acompanhados por Ricardo Ramires, que, ao longo do percurso, vai cumprimentando as pessoas, além de fazer rápidas paragens para perguntar a um ou outro doente como está ou esclarecer dúvidas a quem lhe pede ajuda.

Polivalência especializada

Embora se trate de um Serviço com poucos elementos, não permitindo uma setorização, a sua diferenciação permitiu a aposta em áreas distintas, como a andrologia, as problemáticas do pavimento pélvico feminino e masculino, a cirurgia reconstrutiva dos genitais externos e uretra e a Urologia pediátrica. «Tem de existir uma grande polivalência, sendo que a maior diferenciação surge no bloco operatório, onde as equipas não são estanques, mas sim orientadas tendo em conta cada doença», explicou Ricardo Ramires.

«Rui Versos foca-se muito nas patologias do pavimento pélvico e nas técnicas cirúrgicas minimamente invasivas, como a laparoscopia, e conseguimos desenvolver uma Unidade de Urologia Pediátrica e uma consulta de andrologia. Já Jaime Faria destaca-se a fazer ressecções endoscópicas e Carlos Guimarães na cirurgia prostática e renal», exemplificou o diretor. Porém, obviamente, a prioridade é dada às principais doenças que motivam a vinda ao Serviço – as oncológicas (nomeadamente os tumores da bexiga e da próstata) e a litíase urinária –, daí a necessidade de polivalência dos profissionais.

O diretor do Serviço referiu também que a equipa consegue operar todas as patologias urológicas e andrológicas, exceto casos pontuais. «Não temos capacidade de operar ou de fazer o seguimento, por exemplo, a neoplasias complexas, por falta de equipamento e de treino cirúrgico, pois são patologias raras. Os

doentes que sofrem de insuficiência renal crónica também têm de ser referenciados, pois não temos apoio dialítico. Algumas situações oncológicas e de litíase também são referenciadas para o Hospital de Braga, quando é necessário fazer radioterapia ou litotricia extracorporeal por ondas de choque, e depois são seguidas aqui.»

«Casa arrumada», rumo ao futuro

«Estes últimos anos serviram para “arrumar a casa”. Agora, temos de seguir em frente.» É desta forma que Ricardo Ramires descreve o que decorreu desde 2010, com a diminuição das listas de espera como prioridade, que, atualmente, praticamente não existem. Mas, lamentou Rui Versos, há ainda questões pertinentes por resolver: «O nosso trabalho aqui é extenuante, pois somos poucos para o muito que há a fazer. Vamos tentando gerir da melhor forma possível, tendo em conta o exigido pela Tutela em termos de resposta de tempo nas consultas e nas cirurgias, mas é difícil.»

A falta de equipamento «é a principal falha», como admite Ricardo Ramires, mostrando-se, apesar de tudo, confiante na atual Administração, pois acredita que esta está a apostar mais na Urologia. «Queremos começar a fazer, no final deste ano, cirurgia laparoscópica mais diferenciada e cirurgia percutânea, mas precisamos de material», adiantou. Observação reforçada por Rui Versos: «Temo-nos esforçado para fazer mais cirurgias laparoscópicas,



Rui Versos efetua uma cistoscopia, assistido pelo enfermeiro Luís André Rocha

mas é complicado. No entanto, o diretor tem tentado por todos os meios modernizar o Serviço em termos de equipamento.»

O futuro, todavia, parece promissor, pois está prevista a contratação de um novo urologista, já este ano, estando também na calha a recuperação da idoneidade – perdida em 2003 – para breve. «Precisamos de gente nova, que puxe por nós, é isso que faz desenvolver os serviços», afirmou Ricardo Ramires. Por isso, este Serviço de Urologia tem concedido apoio ao Curso de Medicina da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, proporcionando formação teórica e prática, e recebe frequentemente estagiários, principalmente de Medicina Geral e Familiar, e internos do ano comum.

Agora, «com a vinda de mais um médico e com a melhoria na qualidade dos materiais, o Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Alto Ave dará resposta a praticamente 100% das solicitações», concluiu, com esperança, o diretor. ■



Com 815 internamentos registados em 2013, a taxa de ocupação do Serviço foi de 102% e a taxa de reinternamentos de 3,5%

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO CARCINOMA DO PÊNIS

O carcinoma do pênis é uma doença rara nos países desenvolvidos. Nos EUA e na Europa, corresponde a menos de 1% de todas as neoplasias no homem, enquanto nos países em desenvolvimento, nomeadamente na América do Sul, a prevalência ultrapassa os 10%. Acredita-se que na base desta variação geográfica estejam as diferenças socioeconómicas, higiénicas e religiosas.

São considerados fatores de risco para o desenvolvimento desta neoplasia a presença de fimose, má higiene local, infeção por vírus do papiloma humano (HPV) – especialmente as estirpes 16 e 18 –, o fumo do tabaco e o número de parceiros sexuais, tendo a circuncisão um papel preventivo bem estabelecido.

A maioria destas lesões corresponde a carcinomas espinho-celulares (cerca de 95%) e loca-



liza-se na glândula e no prepúcio, sendo a manifestação clínica mais frequente a presença de uma lesão papilar, exofítica, plana ou ulcerativa, geralmente indolor e com alguns meses de evolução. Associam-se frequentemente a infeção e a sangramento fácil, existindo uma tendência para a apresentação tardia destas lesões, com uma história típica de tratamentos mal sucedidos com agentes tópicos.

O diagnóstico é essencialmente clínico, mas deve ser confirmado histologicamente. Na maioria dos casos, existe uma lesão óbvia, mas que poderá estar camuflada pela presença de uma fimose. O exame físico deverá incluir a palpação do pênis, de modo a avaliar a localização e a extensão da neoplasia, assim como a palpação de ambas as regiões inguinais, para pesquisa de adenopatias.

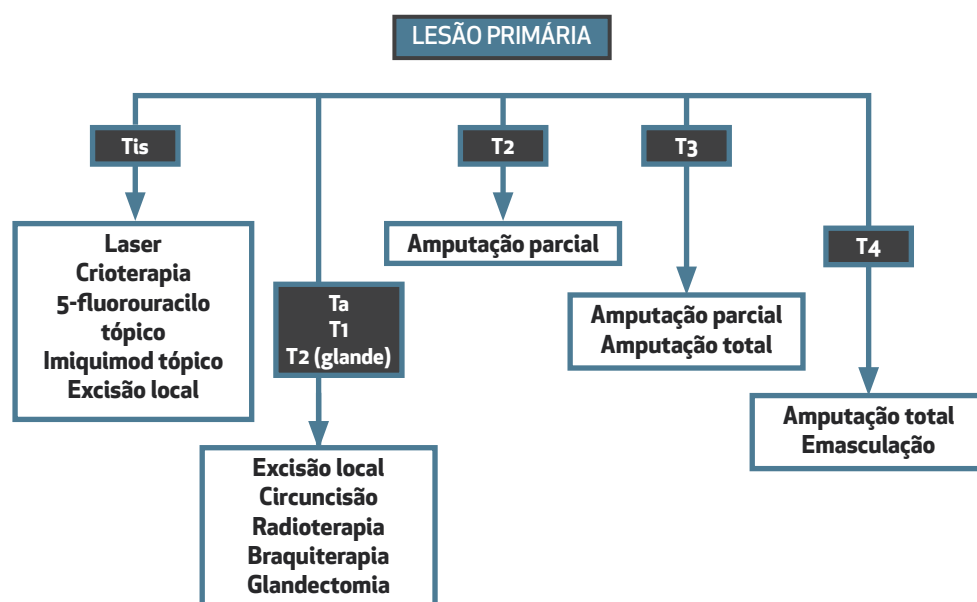
Caso haja dúvida diagnóstica, sobretudo em lesões eritematosas e planas, tais como o carcinoma *in situ* (eritroplasia de Queyrat e doença de Bowen), deve recorrer-se a biópsia para o diagnóstico, já que estas lesões pré-malignas são difíceis de distinguir, clinicamente, de outras dermatoses benignas. Outras indicações para este procedimento são a suspeita de lesões metastáticas, antes de tratamentos locais com agentes tópicos, radioterapia ou laser e quando o tratamento dos gânglios inguinais é baseado na informação histológica pré-operatória.

Ao contrário de outros tumores do aparelho genitourinário, nos quais a presença de metastização linfática pressupõe um estágio avançado da doença, a biologia molecular dos carcinomas do pênis exibe uma fase locorregional prolongada, o que permite um potencial intuito curativo da linfadenectomia. De realçar que a presença de metástases nos gânglios linfáticos inguinais é o fator prognóstico mais importante na sobrevivência aos cinco anos. ■

DIAGNÓSTICO

Nível da lesão	Mandatário	Aconselhável	Opcional
Tumor primário	- Exame físico - Diagnóstico citológico/histológico		- Ecografia (dúvida da extensão) - Ressonância magnética nuclear (ecografia inconclusiva)
Doença regional	- Exame físico - Diagnóstico citológico/histológico	Pesquisa dinâmica do gânglio-sentinela	
Metástases à distância		- TAC pélvica (gânglios inguinais +) - TAC toracoabdominal (gânglios pélvicos +)	PET corporal

TAC: tomografia axial computadorizada PET: sigla em inglês para tomografia por emissão de positrões

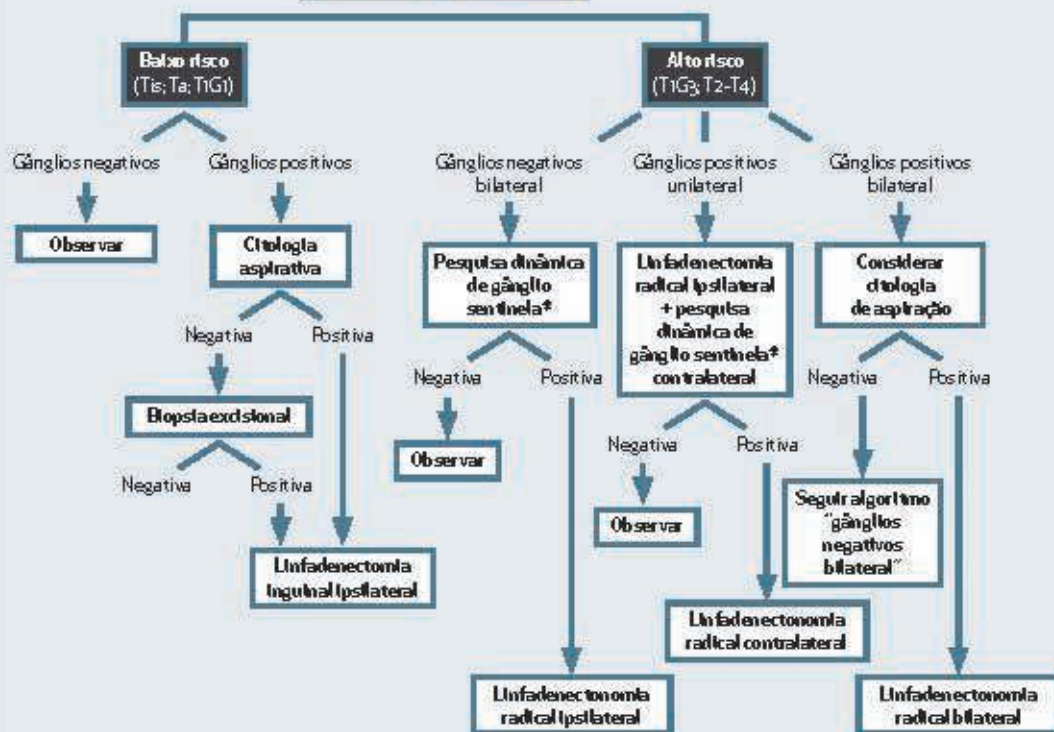


O tratamento destes tumores é essencialmente cirúrgico, sendo o controlo local assumido pela cirurgia preservadora de órgão e pela amputação parcial ou total do pênis, enquanto as linfadenectomias inguinal e pélvica permitem o controlo regional, devendo ser adaptadas ao risco. Em casos de metastização à distância, a quimioterapia sistémica é um tratamento paliativo que poderá oferecer benefício na qualidade de vida dos doentes e no prolongamento da sobrevivência global. ■

EM RESUMO

- O carcinoma do pênis é raro na nossa sociedade, sendo o seu diagnóstico clínico e habitualmente óbvio;
- Qualquer lesão peniana de características suspeitas deverá ser encaminhada com brevidade para uma consulta de Urologia;
- As lesões de características duvidosas, sobretudo as que persistem ao longo de semanas e que não melhoram com agentes tópicos, deverão ser submetidas a biópsias e, por isso, encaminhadas também com brevidade para consulta de Urologia ou Dermatologia, de acordo com a referência local.

ADENOPATIAS INGUINAIS



*Pode ser substituída pela linfadenectomia inguinal superficial



Privilégio aos palestrantes nacionais

«Novas tecnologias em Urologia» é o tema do XIII Simpósio da Associação Portuguesa de Urologia (APU) 2014, que vai ter lugar no Epic Sana Algarve Hotel, em Albufeira, de 31 de outubro a 2 de novembro. Uma das apostas desta edição recai no recurso quase exclusivo a preletores portugueses.

Marisa Teixeira



«**A** pesar de contarmos também com as intervenções de reputados especialistas internacionais, decidimos sublinhar a qualidade da Urologia nacional.» Palavras de **Arnaldo Figueiredo, presidente da APU**, que justificam o recurso quase exclusivo a oradores portugueses para a construção do programa científico do XIII Simpósio APU 2014. «Trata-se de um programa bastante válido, que testemunha a crescente qualidade da Urologia em Portugal», sublinha.

Nesse sentido, e em linha com o que tem sido um dos principais propósitos dos Simpósios da APU, ao longo desta edição, vão decorrer sessões denominadas «Como eu faço», em que serão exibidos vídeos (um total de 15) de Serviços de Urologia de vários pontos do País (ver página 22). «O objetivo é a partilha de experiências, nomeadamente no que diz respeito à forma como cada equipa leva a cabo

o tratamento de diversas patologias, mostrando intervenções que realizaram como, por exemplo, uma uretroplastia, uma braquiterapia prostática, uma nefrectomia parcial, uma prostatectomia radical ou uma sacrocolpopexia laparoscópica», declara o presidente da APU.

Ao longo dos três dias do encontro, irão decorrer mesas-redondas, simpósios-satélite e conferências com o foco na inovação tecnológica. Arnaldo Figueiredo salvaguarda que «não vão ser abordadas apenas as novas tecnologias no que toca a instrumentos e dispositivos, mas também os avanços recentes em termos de farmacologia, que estão

intimamente ligados ao progresso técnico do ponto de vista laboratorial».

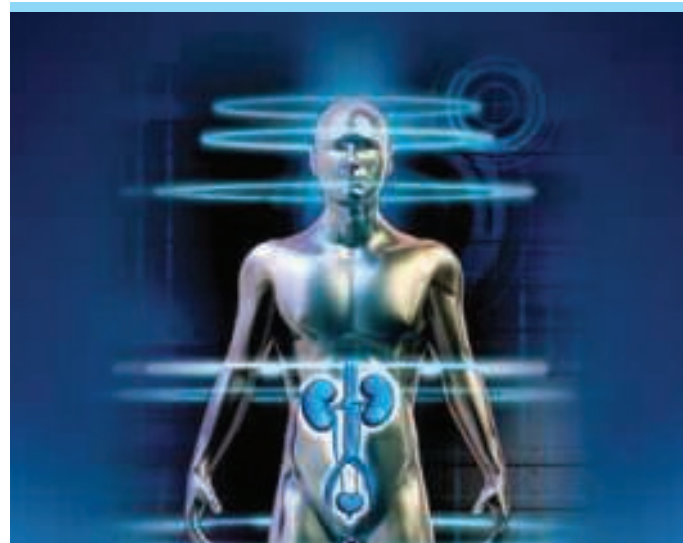
«Atualmente, temos acesso a terapêuticas dirigidas, muito mais específicas, que nos têm proporcionado resultados em situações como neoplasias, ou em patologias benignas, mas profundamente incapacitantes, com uma eficácia que, há pouco tempo, seria impensável», acrescenta.

Este tema das novas tecnologias justifica-se, sobretudo, porque a Urologia é «uma das especialidades médicas que mais se diferenciou pelos avanços tecnológicos, com a utilização de recursos como a endoscopia, por exemplo», refere

Arnaldo Figueiredo. Esta evolução ao longo dos anos será, inclusive, objeto da conferência de Alfredo Mota, no primeiro dia do Simpósio (ver página 20).

Contudo, o presidente da APU explica que, «embora as novas tecnologias criem “avenidas de atuação” vantajosas, em que todos os especialistas gostam de exercitar, nos dias que correm, há que enfrentar um panorama de contenção económica». Esta situação «trava, muitas vezes, a inovação e coloca outras questões como prioritárias». Este tópico será discutido no último dia do Simpósio, 2 de novembro, numa mesa-redonda que contará com as visões distintas da Ordem dos Médicos, de uma administração hospitalar e da comunicação social [ver página 23].

«Penso que conseguimos fazer um programa equilibrado e estou certo de que será do agrado comunidade urológica em geral», conclui Arnaldo Figueiredo, convidando os colegas de profissão a participarem ativamente em mais este momento-alto da Urologia nacional. ■



APOSTA CONSTANTE NA INVESTIGAÇÃO

Como tem vindo a ser hábito nos congressos e simpósios da Associação Portuguesa de Urologia, no XIII Simpósio serão apresentados os resultados das últimas bolsas de investigação atribuídas por esta associação, numa sessão que se realiza no dia 31 de outubro, pelas 17h00. «É, sem dúvida, um momento importante, pois estas bolsas testemunham a qualidade da investigação que se faz em Portugal», ressalva Arnaldo Figueiredo.

Evolução da engenharia tecidual

DANIEL EBERLI

Diretor do Laboratório de Engenharia de Tecidos para Urologia e Terapia de Células Estaminais da Universidade de Zurique, na Suíça



Ao longo da última década, a engenharia tecidual (ET) progrediu rapidamente e os primeiros substitutos biológicos para tecidos urológicos foram desenvolvidos. Atualmente, a ET é uma das principais abordagens da Medicina Regenerativa e representa um estimulante campo da investigação, que está em crescimento. Com a compreensão e a aplicação de novos conhecimentos da estrutura, biologia, fisiologia e de técnicas de cultura de células, a ET pode proporcionar novas alternativas de tratamento para a substituição ou reparação de órgãos na Urologia.

Entre as aplicações clínicas ao seu alcance, destaque, por exemplo, a produção de substitutos da bexiga e da uretra e a descoberta de terapêuticas celulares para o tratamento da incontinência urinária. Além disso, muitas outras novidades irão aparecer, encontrando-se em vários estádios de desenvolvimento.

O princípio clássico da ET é desassociar as células a partir da biópsia de um tecido,

expandi-las numa cultura e fazê-las propagar num molde *in vitro*, com o intuito de criar um tecido viável, construído antes da reimplantação no organismo recetor. Num ambiente bioquímico e biomecânico adequado, estes tecidos artificiais desenvolvem o seu potencial funcional na totalidade e servem como equivalentes do tecido nativo.

Os produtos criados pela ET podem ser completamente funcionais no momento do tratamento ou então terem potencial para, após o implante, integrar, crescer e evoluir para o tecido funcional esperado. Apesar de estes passos parecerem lógicos e fáceis de entender, a biologia subjacente é muito mais complexa e questões mais profundas terão de ser respondidas antes que a ET se torne numa prática rotineira. ■

NOTA: Daniel Eberli será o preletor da conferência «Engenharia tecidual e células estaminais em Urologia», que decorre no dia 31 de outubro, entre as 11h30 e as 12h00.



Terapêutica focal no carcinoma da próstata

Daniel Eberli vai também ser um dos intervenientes na mesa-redonda «Radioterapia no século XXI», que decorre no dia 31 de outubro, entre as 15h00 e as 16h30. «Estudos internacionais demonstram que as opções atuais para o tratamento do cancro da próstata podem afetar significativamente a qualidade de vida, nomeadamente com o desencadeamento de incontinência e disfunção erétil, proporcionando apenas benefícios marginais de sobrevivência», começa por explicar este orador, que vai abordar o

tema «Atualização em terapêutica focal no carcinoma da próstata».

«Os doentes de baixo e médio risco não aparentam ser os candidatos ideais para serem tratados por intermédio de cirurgia ou radioterapia.» Daniel Eberli ressalva que, para este grande grupo de doentes, a terapêutica focal é uma opção mais válida, pois, desta forma, «o tecido maligno da próstata é especificamente retirado por ultrassom focado de alta intensidade [HIFU, na sigla em inglês]». Assim, «o cancro pode ser controlado sem a necessidade da

ablação total da próstata e com efeitos secundários mínimos».

Além disso, na opinião deste especialista, a tomografia multimodal de ressonância magnética, as biópsias específicas e a monitorização são ferramentas que contribuem para a segurança da terapêutica focal. O papel da radioterapia no tratamento das metástases, no carcinoma da próstata de alto risco e os radiofármacos para esta doença são os outros temas abordados nesta mesa-redonda. ■

Marisa Teixeira

Da Urologia primitiva à atual

O termo Urologia como a disciplina que estuda o aparelho urinário foi criado pelo cirurgião francês Leroy d'Etoiles, em 1840. Contudo, é evidente que as doenças que são agora do foro da Urologia já existiam. Há testemunhos desde tempos imemoriais, por exemplo, de pedras urinárias ou de alguns atos terapêuticos, como a sondagem da bexiga e a litotomia na época da Grécia Antiga, no Egito, Assíria, Índia e China. E mesmo cirurgias como a circuncisão ou a castração já eram praticadas (esta última, por exemplo, nos eunucos dos haréns).



Uroscopia retratada por Martenz Rokes no século XVI

A Urologia foi-se desenvolvendo à medida que a Medicina e a cirurgia também evoluíam e foram vários os marcos ao longo da sua história. Data do século XVI o primeiro Tratado de Urologia («Las enfermedades de los riñones, vejiga y carnosidades de la verga», de Francisco Diaz), mas, nessa altura, fazia-se apenas o reconhecimento de poucas afeções, sobretudo por intermédio da uroscopia (observação da urina) e tratamentos com algumas

drogas de origem mineral, vegetal e animal. Até essa altura, basicamente, faziam-se cirurgias externas dos genitais, a sondagem da bexiga, a litotomia e a exploração e dilatação da uretra.

Só ao longo do século XIX é que a Urologia ganhou um novo impulso, com o desenvolvimento da manipulação instrumental da uretra, da litotricia vesical (esmagando a pedra vesical através da uretra, em vez de a tirar por talha perineal ou hipogástrica), e, sobretudo, com a endoscopia da uretra e da bexiga. A primeira cistoscopia com lâmpada incandescente foi efetuada em 1877, por Max Nitze, e foi verdadeiramente revolucionária, pois, pela primeira vez, acedeu-se aos órgãos no interior do organismo.

Pouco depois, Albarran, com a criação de uma «unha móvel» adaptável ao cistoscópio, conseguiu introduzir cateteres nos ureteres e rins, o que permitiu a análise separada da urina de cada um dos rins (diagnósticos de lateralidade). A par disso, a anestesia, a assepsia e a antisepsia permitiram chegar às primeiras grandes cirurgias urológicas. A primeira nefrectomia, por exemplo, decorreu em 1869, e a primeira prostatectomia em 1900. Em cerca de 1890, surgiu a primeira cátedra de Urologia em Paris, com Guyon, tornando-se esta especialidade independente da Cirurgia Geral. Portanto, pode dizer-se que se passou de uma Urologia primitiva a uma Urologia mais científica, com novas tecnologias, que começou no final do século XIX.

Anos de rápidos avanços

Só no início do século XX, com a descoberta dos raios X, se começaram a realizar diagnósticos urológicos com mais eficácia, beneficiando da urografia, que surgiu nos anos de 1920. A urodinâmica inicia-se. Com os antibióticos, as transfusões e a evolução das técnicas, as cirurgias passaram de exérese e de drenagem a conservadoras, outro marco importante nesta história.

A partir daí, a progressão foi dada a passos largos, chegando-se às modernas próteses, aos transplantes e à atual Urologia suportada na tecnologia, em termos de diagnóstico e de terapêuticas farmacológicas, cirúrgicas e instrumentais.

Apesar de toda a inovação, há que ter em conta que, hoje em dia, a

MANUEL MENDES SILVA

Urologista em Lisboa e ex-presidente da Associação Portuguesa de Urologia



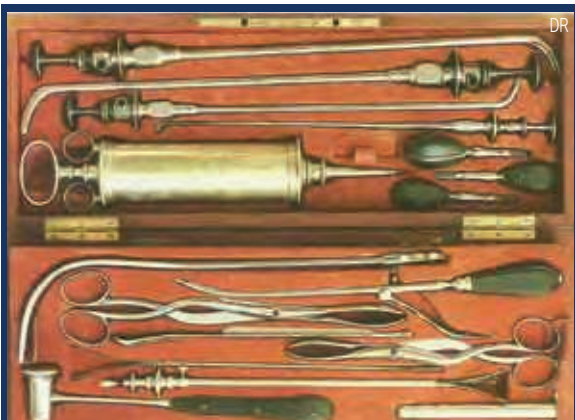
relação médico/doente se transformou, mas nunca nos podemos esquecer dos princípios hipocráticos da prática da Medicina – o humanismo e a compaixão, além da eficiência, são fundamentais. Nunca se falou tanto em ética e nunca houve tão pouca ética como nas sociedades atuais. As novas tecnologias não nos podem fazer afastar destes valores básicos, pois, sem eles, a Medicina não é Medicina. Esta é cada vez mais baseada na Ciência, mas não há doenças, há doentes... A Medicina é a arte de saber lidar com os doentes. ■

SABIA QUE...

...o português Amato Lusitano, no século XVI, foi um dos precursores da exploração e dilatação da uretra?

...o termo algalia ou argalia, apesar de muitos julgarem ser de origem árabe por começar por «al», vem do grego «ergalion», que significa instrumento/ dispositivo?

NOTA: Manuel Mendes Silva vai apresentar a conferência «A Urologia antes da tecnologia», que será proferida por Alfredo Mota no dia 31 de outubro, entre as 12h00 e as 12h30.



Instrumentos de instilação, exploração e dilatação uretral no século XIX

Diferentes técnicas cirúrgicas apresentadas em vídeo



Ao longo do XIII Simpósio APU, vários Serviços de Urologia vão mostrar como realizam diferentes procedimentos cirúrgicos através da apresentação de vídeos. O objetivo é explicar como se ultrapassam pequenas dificuldades técnicas que surgem durante as cirurgias e que não estão descritas na bibliografia.

Sofia Cardoso

São várias as técnicas cirúrgicas que vão poder ser visualizadas nas sessões de vídeo intituladas «Como eu faço...», que decorrerão durante os três dias do XIII Simpósio APU. «As diferenças que existem de serviço para serviço são, muitas vezes, decorrentes da experiência de cada cirurgião. Estas sessões de vídeo vão permitir transmitir pequenos truques que só são adquiridos com a prática, depois de se realizarem muitas

cirurgias, e que acabam por não ser partilhadas», refere **Jorge Oliveira, diretor do Serviço de Urologia do Instituto Português de Oncologia do Porto** e um dos moderadores destas sessões.

No total, vão ser apresentados 15 procedimentos cirúrgicos com o objetivo principal de ensinar «a ultrapassar dificuldades técnicas muito específicas, que surgem na prática e que não estão descritas na bibliografia». Este especialista alerta que seguir as linhas de orientação dos passos cirúrgicos previamente determinados não chega. «Há pequenas alterações que só se aprendem a contornar na prática, quando se assiste à cirurgia», frisa.

As técnicas cirúrgicas também diferem muito porque «o equipamento tecnológico

de cada serviço depende das orientações de cada hospital e, sobretudo, da diferenciação que o serviço consegue conquistar ao longo dos anos». «Os hospitais cujos Serviços de Urologia se dedicam muito à cirurgia da litíase têm de estar muito bem equipados para esta intervenção. Já os serviços que só fazem esta cirurgia uma ou duas vezes por ano não conseguem justificar a aquisição de um bom equipamento», exemplifica Jorge Oliveira. E conclui: «Os participantes no XIII Simpósio APU vão ter a oportunidade de visualizar vários procedimentos executados por cirurgiões com uma prática clínica diferente da sua e, assim, adquirir um novo *know-how*.» ■

OPINIÃO

Terapêutica atual do carcinoma de células renais metastizado

EMILIANO CALVO

Diretor do Programa de Melanoma no Centro Integral Oncológico Clara Campal, em Madrid



Everolimus, um inibidor da mTOR [*mammalian target of rapamycin*], e o axitinib, um inibidor da tirosina-cinase, são as únicas opções pós-primeira linha para o carcinoma de células renais metastizado [CCRM] aprovadas atualmente. A extrapolação de estudos robustos de fase III sugere que a sobrevivência livre de progressão média é semelhante entre estes dois fármacos.

Isto traduz-se num dilema para o planeamento do tratamento médico em doentes com CCRM. Devem ser tratados com uma sequência de inibidores da tirosina-cinase/mTOR ou tirosina-cinase/tirosina-cinase? A falta de dados comparativos diretos entre o axitinib e o everolimus deixa os especialistas sem uma orientação clara sobre qual a melhor escolha para a terapêutica de segunda linha.

Em estudos de fase III, tanto um fármaco como o outro mostraram retardar a

progressão da doença. No entanto, a toxicidade cumulativa na utilização sequencial do inibidor da tirosina-cinase pode resultar em mais interrupções no tratamento, na redução da dosagem ou no aumento da probabilidade de eventos adversos. Por outro lado, enquanto o everolimus revela uma melhor tolerância, o axitinib demonstra uma taxa superior de resposta, sendo a sobrevivência livre de progressão similar.

A superioridade comprovada não pode ser utilizada como uma diretriz na seleção da sequência no tratamento do CCRM. Em vez disso, a planificação terapêutica obriga-nos a ter uma visão de longo prazo, tendo em conta a qualidade de vida e o equilíbrio entre o controlo dos sintomas, a gestão de eventos e evitar interrupções desnecessárias de fármacos ou redução de doses. Na ausência de terapêuticas curativas, manter a qualidade de vida do doente é o principal objetivo ao longo do tratamento e optar por um fármaco de segunda linha capaz de alcançá-lo, com a diminuição de efeitos adversos, deve ser uma prioridade. ■

NOTA: Emiliano Calvo é um dos palestrantes da mesa-redonda «Terapêuticas médicas dirigidas e inovadoras», que decorre no dia 1 de novembro, entre as 14h30 e as 16h00.

Inovação em tempos de contenção económica



Na perspetiva de **José Palma dos Reis, presidente do Colégio de Urologia da Ordem dos Médicos (OM)** e um dos moderadores da última mesa-redonda do XIII Simpósio APU (2 de novembro, entre as 12h15 e as 13h00), «apesar de Portugal estar a atravessar uma crise financeira, a qualidade dos cuidados de saúde tem de ser salvaguardada».

Marisa Teixeira

Na mesa-redonda «Novas tecnologias e inovação em tempos de contenção económica», vão ser apresentadas visões distintas – a da Ordem dos Médicos (por Miguel Guimarães, urologista e presidente da Secção Regional Norte da OM); a da administração hospitalar (por Manuel Delgado, ex-presidente da Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares) e a da comunicação social (por Paula Castanho, jornalista na Sic).

No entanto, segundo José Palma dos Reis, há desde logo um consenso: «É óbvio que se nota o impacto da contenção económica, não só na inovação, mas também em outras áreas médicas. O atraso na aprovação de novos fármacos é um dos casos.» Em tempos de crise, as terapêuticas inovadoras ficam para segundo plano. «Compreende-se perfeitamente que, neste momento, não esteja no panorama da administração de um hospital comprar um robô

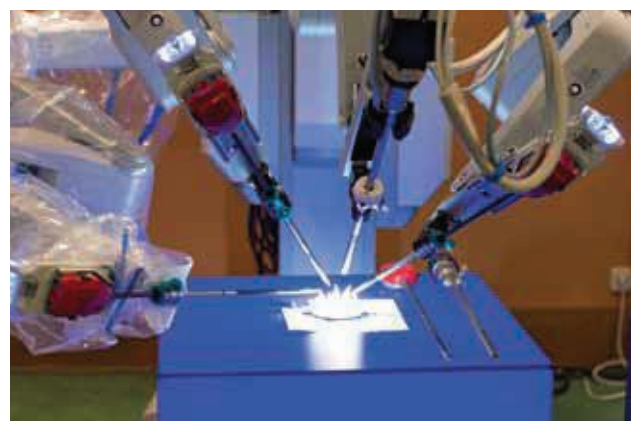
para efetuar cirurgias, por exemplo. Mas não podemos aceitar como razoável que não sejam prestados cuidados de saúde de qualidade. Não podemos deixar que a economia mande em tudo», sublinha.

Na opinião do presidente do Colégio de Urologia da OM, «o principal desafio dos médicos resume-se em dois aspetos principais: continuar a fazer o melhor possível com as condições disponíveis e denunciar eventuais situações que ultrapassem o limite do razoável». Todavia, embora se mostre algo preocupado devido a situações pontuais que lhe têm sido relatadas, este responsável ressalva que «o bom senso tem imperado».

Quanto às novas tecnologias, muitas vezes, existe a noção errada de que todas são demasiado dispendiosas, mas este responsável explica que nem sempre é o caso. «Existem novas tecnologias que são mais baratas. Em certas situações,

gasta-se muito dinheiro na reparação de equipamentos obsoletos, quando seria muito mais rentável substituí-los por outros mais recentes.»

Justificando a organização desta mesa-redonda, Palma dos Reis defende que o Colégio de Urologia e a APU «devem assumir um papel mais interventivo», no sentido de dialogarem com as direções hospitalares, para que, em conjunto, salvaguardem a existência de um *standard* qualitativo. ■



Núcleo de Internos vai debater opções de carreira pós-internato

A primeira reunião geral dos internos, organizada pelo recém-criado Núcleo de Internos da APU, terá lugar no dia 1 de novembro, entre as 19h00 e as 20h00, e terá como tema principal as opções de carreira, após a formação específica em Urologia.

No início da reunião, será apresentada a primeira direção deste grupo, cuja eleição será realizada no dia anterior, durante um jantar destinado aos internos. «A ideia é que todos os anos o Núcleo de Internos se reúna nos encontros da APU para abordar assuntos pertinentes sobre o Internato. Este ano, vamos ouvir testemunhos pessoais acerca da opção pela carreira académica, hospi-

talar não académica, no setor privado e no estrangeiro», adianta Ricardo Pereira e Silva, interno de Urologia no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e membro da Comissão Instaladora do Núcleo de Internos da APU.

Depois desta reunião, a nova direção estará sempre em comunicação com os internos. «O objetivo é conhecer as suas opiniões, perceber as necessidades específicas do internato nas diferentes regiões do País e, enquanto órgão consultivo, apresentar essa informação aos órgãos principais, nomeadamente à APU e a todas as instituições nacionais e internacionais responsáveis pela formação

em Urologia», explica Ricardo Pereira e Silva.

A iniciativa de criar um grupo que representasse os internos de Urologia surgiu de José Preza Fernandes e Frederico Furriel (atualmente especialistas), mas este «já era um desejo dos internos há muito tempo». «Sentimos a necessidade de ter uma organização nacional que nos representasse e que fosse também uma ligação a outras entidades, nomeadamente à European Society of Residents in Urology. No fundo, queremos que os internos também tenham uma voz ativa e que as nossas necessidades sejam atendidas», conclui o membro da comissão instaladora do Núcleo de Internos. ■ **Sofia Cardoso**

Destaques do transplante renal em congresso luso-brasileiro e ibérico

O XII Congresso Português/XIII Congresso Luso-Brasileiro de Transplantação, que este ano também integra o I Encontro Ibérico de Transplantação, vai reunir destacados especialistas em Lisboa, entre 9 e 11 de outubro. A transplantação renal é um dos temas em destaque, com apresentações ao longo dos três dias, sendo que algumas delas trazem novidades.

Sofia Cardoso

Laparoscopia em dadores renais, novos exames de diagnóstico, as mais recentes terapêuticas e a aplicação de células estaminais na transplantação, nomeadamente na renal, estão entre os principais temas do XII Congresso Português/XIII Congresso Luso-Brasileiro de Transplantação, que se realiza no Sana Lisboa Hotel.

A primeira sessão sobre transplantação renal decorre no dia 9 de outubro e conta com a participação de Arnaldo Figueiredo, presidente da Associação Portuguesa de Urologia e urologista



no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que vai falar sobre a aplicação da laparoscopia em dadores de rim. Na mesma sessão, o José Medina Pestana que dirige o maior centro mundial de transplantação renal, o Hospital do Rim em São Paulo, falará de novos aspetos de transplantação com dador vivo.

O presidente da Sociedade Portuguesa de Transplantação, Fernando Macário, apresentará o Registo de Transplantação Renal desta Sociedade, «um dos mais completos a nível internacional», destaca Domingos Machado, presidente do Congresso e coordenador da Unidade de Transplantação Renal do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz.

Outra intervenção importante está a cargo de Daniel Séron, nefrologista no Hospital Universitário Vall d'Hebron, em Barcelona, que vai abordar a rejeição.

O presidente do Congresso destaca também a participação de Roberto Manfro, nefrologista no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no Brasil. No dia 9 de outubro, este orador vai apresentar «marcadores de disfunção que podem permitir definir

medidas terapêuticas mais precoces».

Um dos mais conhecidos especialistas em transplantação renal, Julio Pascual, nefrologista no Hospital del Mar, em Barcelona, vai discutir «novos modos de associar fármacos», adianta.

No último dia, 11 de outubro, Miguel Forte, *Chief Medical Officer* na TxCell, em França, e Francisco Santos, cientista no Instituto Superior Técnico, em Lisboa, e Irene Noronha, nefrologista na Universidade de São Paulo, vão falar sobre «as novas terapêuticas que estão em desenvolvimento». A nefrologista brasileira irá abordar a possibilidade de criar órgãos e tecidos em laboratório, «uma hipótese que, embora longínqua, poderá vir a resolver um dos principais fatores limitantes do sucesso da transplantação – a escassez de órgãos», avança Domingos Machado. ■



Internos treinaram laparoscopia avançada

O primeiro Curso Avançado de Cirurgia Experimental Laparoscópica em Urologia decorreu nos dias 27 e 28 do passado mês de junho, no Centro de Cirurgia Experimental Avançada, em Vila do Conde, e contou com a participação do especialista belga Renaud Bollens, que abordou e executou procedimentos cirúrgicos de elevada exigência. Esta foi uma oportunidade única para os internos que não têm a possibilidade de contactar com estas técnicas avançadas no seu dia a dia.

«Permitir aos internos aprimorar a técnica cirúrgica laparoscópica, sobretudo em intervenções avançadas de elevada exigência técnica e num ambiente controlado, foi o principal objetivo deste curso», refere Miguel Almeida, urologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central (CHLC)/Hospital de São José, que integrou o painel de formadores.

Esta formação resultou de uma iniciativa conjunta entre o CHLC e o Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto, e contou com a presença de

especialistas belgas, como Renaud Bollens, que «tem uma experiência abismal em cirurgia laparoscópica, sem igual no nosso País», frisa Miguel Almeida. A coordenação do curso esteve a cargo de Luís Campos Pinheiro, urologista no CHLC, e José Teixeira de Sousa, urologista no CHSJ.

Os destinatários eram, essencialmente, os internos com experiência prévia em cirurgia laparoscópica e as vagas foram rapidamente preenchidas. Os 13 participantes «tiveram a oportunidade de treinar gestos que são, hoje em dia, fundamentais na cirurgia laparoscópica, em endo-



Luís Campos Pinheiro e Renaud Bollens durante uma cirurgia

TÉCNICAS TREINADAS

- Dissecção do pedículo renal
- Pieloplastia/ureterólise
- Nefrectomia parcial/completa
- Reimplantação uretral
- Conduto ileal

trainers e in vivo, com a supervisão constante de especialistas nacionais e internacionais».

O balanço desta primeira formação é «muito positivo» e já está prevista a realização de um outro curso ainda este ano. Aliás, «a ideia original desta iniciativa é realizar o curso duas vezes por ano», informa Miguel Almeida. E conclui: «O programa está organizado por intervenções cirúrgicas [ver caixa] que não se fazem comumente nos hospitais e, mesmo quando são realizadas, os internos raramente têm a oportunidade de as executar.» ■ **Sofia Cardoso**

Uma fórmula de sucesso na área formativa



Os coordenadores do 1.º Módulo da Academia de Urologia – Belmiro Parada (à esq.) e La Fuente de Carvalho (à dta.) – e o presidente da APU – Arnaldo Figueiredo – fizeram a introdução e explicaram os objetivos da formação

O balanço do primeiro módulo da Academia de Urologia, que decorreu de 20 a 22 de junho passado, é positivo, com a participação de 41 internos e jovens especialistas «altamente motivados». Estatística, cancro da bexiga e dermatologia urológica foram alguns dos temas abordados e avaliados pelos formandos com uma média de 8/9 numa escala de 0 a 10.

Marisa Teixeira

«O êxito desta formação assenta em três vetores: um programa atrativo, atual, prático e útil; palestrantes experientes e bons comunicadores; e uma equipa de formandos altamente motivados e interessados.» Para Belmiro Parada, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e um dos organizadores do primeiro módulo da Academia de Urologia, estes foram os ingredientes-chave para uma fórmula de sucesso.

Os resultados dos inquéritos aplicados aos inscritos sobre cada um dos temas abordados mostram que a satisfação foi generalizada. «Numa avaliação de 0 a 10, a média atribuída a cada assunto foi de 9, o que foi ótimo», sublinha Belmiro Parada. Na

opinião de Francisco Botelho, urologista no Hospital de Braga e um dos formadores, «esta estrutura foi uma excelente ideia, pois, em dois ou três dias intensivos, os internos focam-se e dedicam-se completamente, o que lhes permite uma rápida apreensão e atualização de conhecimentos».

Neste primeiro módulo da Academia de Urologia, os 41 inscritos contactaram com 12 formadores, especialistas reconhecidos que se empenharam em passar as mensagens de forma clara e eficaz. Dos múltiplos temas tratados, Belmiro Parada destaca os da primeira manhã – investigação, estatística e «Como fazer uma pesquisa bibliográfica» –, pela surpresa que causaram entre os mais jovens. «Como escrever um bom projeto, arranjar financia-

mento ou fazer uma correta análise estatística são questões pouco abordadas. Contudo, ser médico não é só tratar os seus doentes, também há que apostar na pesquisa científica», clarifica.

Francisco Botelho abordou o tema «Estatística: quais os conhecimentos indispensáveis». «Trata-se de uma matéria relevante mas pouco discutida e foi necessário colmatar essa falta de informação. É importante ter conhecimentos básicos de estatística para aplicar no dia a dia, nomeadamente em trabalhos de investigação ou análises de artigos científicos», comenta este urologista. «Epidemiologia, fatores de risco e carcinogénese urotelial» e «Tumor musculoinvasivo» foram os outros tópicos apresentados por este formador. ■

FORMANDOS ELOGIAM ESTRUTURA E CONTEÚDO

«Considereei este módulo bastante interessante e produtivo. Apreenderam-se novos conceitos, perspetivas, tratamentos e, o mais importante, sempre com apresentações atuais. Um dos aspetos de que mais gostei foi a diversidade de temas, sem ligação aparente entre eles, pois acabou por ser um verdadeiro *brainstorming* de informação num curto espaço de tempo. Entre os vários tópicos da formação, destaco “Investigação básica e clínica: das ideias ao projeto”, nomeadamente as apresentações “Como fazer uma boa pesquisa bibliográfica?” e “Estatística: quais os conhecimentos indispensáveis?”, talvez por serem áreas de menor conhecimento geral e com cada vez mais importância nos dias de hoje.»

Agostinho Cordeiro

Interno de Urologia no Hospital de Braga

«Esta formação foi uma oportunidade ímpar para sistematizar os conceitos fundamentais das diversas áreas da Urologia e, certamente, uma das iniciativas com maior valor para a nossa formação. A continuidade de módulos torna a Academia de Urologia um programa mais apetecível do que *workshops* ou cursos com temas isolados. Por outro lado, a própria organização, em regime de “internato”, permite que nos foquemos nos assuntos lecionados, com menos dispersão, e fomenta a interação entre os internos dos vários hospitais do País. Outro aspeto positivo foi o facto de todos os temas terem sido abordados de forma muito prática e orientados para problemas comuns da prática clínica, sempre de acordo com as últimas recomendações.»

João Pina

Interno de Urologia no Centro Hospitalar Lisboa Central/Hospital de São José

Disfunções miccionais em destaque no Módulo II da Academia de Urologia

A próxima formação organizada pela Academia de Urologia vai decorrer de 28 a 30 de novembro, nas Caldas da Rainha, com o objetivo central de abordar conceitos pouco explorados sobre o diagnóstico e o tratamento das principais patologias que afetam a micção.

Sofia Cardoso

À semelhança do primeiro, o segundo módulo formativo da Academia de Urologia também vai decorrer no Hotel Sana Silver Coast, nas Caldas da Rainha. Hiperplasia benigna da próstata (HBP), sintomas do trato urinário inferior (LUTS, na sigla em inglês), neurourologia, incontinência urinária, prolapsos pélvicos e urodinâmica vão ser os temas abordados neste módulo, que pretende apresentar e discutir «conceitos pouco explorados na bibliografia habitual», adianta Luís Abranches Monteiro, urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, e um dos coordenadores desta formação.

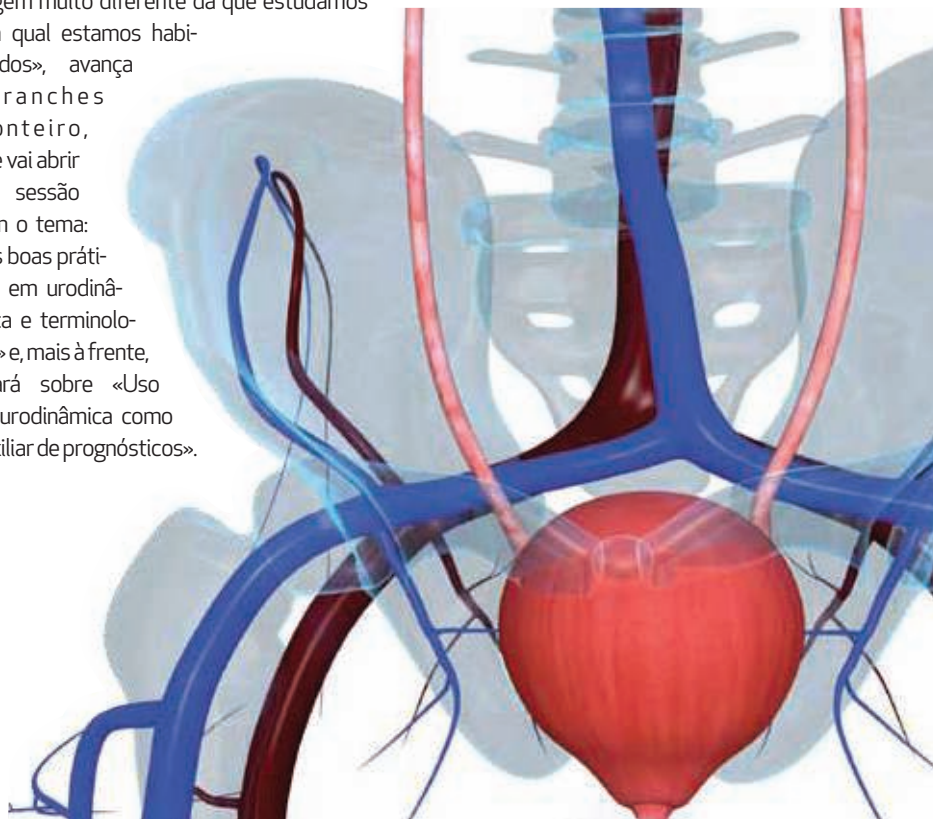
O programa do Módulo II, que conta também com a coordenação do urologista João Silva, do Centro Hospitalar de São João, no Porto, está dividido em quatro sessões: «Neurourologia», «HBP e LUTS», «Incontinência e prolapsos de órgãos pélvicos» e «Urodinâmica básica e específica». Enquanto as três primeiras sessões irão centrar-se na descrição da patologia, com exemplos de casos clínicos, a última focar-se-á na urodinâmica – «uma parte relativamente importante do programa, que vai discutir uma nova forma de olhar para os exames complementares de diagnóstico na Urologia funcional», afirma Abranches Monteiro.

A formação, que tem um número-limite de 60 participantes, destina-se principalmente aos internos de Urologia e vai ao encontro daquela que Abranches Monteiro considera ser «a grande obrigação» da Academia de Urologia – «fornecer aos associados mais jovens da APU a possibilidade de contactar, dialogar e aprender com os mais experientes nesta área». E acrescenta: «Não haverá muitos cursos ou *workshops* sobre os temas que vão ser abordados neste módulo formativo ou, pelo menos, na vertente que está definida. Trata-se de assuntos que não são habitualmente abordados nos livros, em artigos ou mesmo em congressos.»

A «nova» urodinâmica

A avaliação urodinâmica de cada uma das patologias abordadas (HBP e LUTS, incontinência e prolapsos dos órgãos pélvicos) é um dos principais pontos fortes do Módulo II da Academia de Urologia. Ocupando a manhã do último dia de formação, 30 de novembro, o objetivo da sessão dedicada a este tema é «chamar a atenção para uma nova urodinâmica». «Vamos apresentar uma abor-

dagem muito diferente da que estudámos e à qual estamos habituados», avança Abranches Monteiro, que vai abrir a sessão com o tema: «As boas práticas em urodinâmica e terminologia» e, mais à frente, falará sobre «Uso da urodinâmica como auxiliar de prognósticos».



Segundo este coordenador e formador, «os urologistas têm usado os exames complementares para tentar substituir a clínica e para legitimar o tratamento ou a cirurgia que escolhem fazer». «No entanto, hoje em dia, começamos a olhar para estes exames de forma um pouco diferente. O diagnóstico é bem feito clinicamente, a falar com o doente e a examiná-lo. Inclusivamente, a proposta de tratamento não depende dos resultados destes exames. Só depois de termos o diagnóstico e a terapêutica definidos na nossa cabeça, é que devemos avançar para os exames complementares, com o objetivo de evitar ao máximo as perturbações que as nossas terapêuticas podem ter ou, no caso de não as conseguirmos evitar, pelo menos prevê-las.»

Luís Abranches Monteiro alerta ainda que «os exames complementares têm mais potencialidades do que aquelas que estão a ser usadas, pelo que esta formação é uma excelente oportunidade para “ir mais além”, mesmo sem grande tecnologia,

apenas conceitualmente». Quanto à adesão dos formandos, o coordenador está otimista: «Hoje em dia, temos um grande número de internos que estão muitíssimo bem preparados e motivados. Creio que vão lá estar todos os que consigam ir.» ■

MOTIVOS PARA NÃO PERDER A FORMAÇÃO

Luís Abranches Monteiro destaca as razões por que deve inscrever-se no Módulo II da Academia de Urologia:

1. Apreender conceitos pouco abordados na bibliografia habitual;
2. Contactar, dialogar e aprender com os especialistas mais experientes na área da Urologia funcional;
3. Conhecer uma «nova urodinâmica», que propõe uma abordagem diferente no diagnóstico e no tratamento das patologias que afetam a micção.

LUÍS ABRANCHES MONTEIRO

«A estandardização da terminologia é um dos avanços mais importantes para a Urologia funcional»

Luís Abranches Monteiro foi um dos fundadores da European Society of Residents in Urology em 1991, altura em que a formação em Urologia ainda era muito díspar entre os países europeus. Além de recordar essa fase da sua carreira, o urologista fala sobre o trabalho que desenvolve atualmente como membro da International Continence Society, nomeadamente no Comité de Estandardização, que visa uniformizar a terminologia médica da área a nível mundial.

Marisa Teixeira e Sofia Cardoso

Foi um dos fundadores da European Society of Residents in Urology (ESRU). Como surgiu a ideia de criar esta entidade?

A iniciativa foi de um grupo de internos holandeses e ingleses que acharam importante criar uma organização europeia só de internos de Urologia, em setembro de 1991. Naquela altura, ao contrário do que acontece hoje, tínhamos menos facilidade em conseguir fazer estágios noutros serviços europeus, mas já havia a ideia de que era absolutamente fulcral para a nossa formação. A ESRU (inicialmente EBUT – European Board of Urologists in Training) surgiu precisamente para conhecer os recursos que tínhamos disponíveis, nos vários serviços da Europa para oferecer aos internos. Foi essa a grande ideia que impulsionou a sua fundação e foi «apadrinhada» pelo Prof. John Blandy que, na altura, era a referência da Urologia a nível mundial.

O que mudou na formação dos internos desde então?

Nas reuniões que fazíamos com os internos dos vários países, chegámos à conclusão de que o internato em Urologia na Europa era mais díspar do que julgávamos. Na altura, tínhamos a ideia de que fazer o internato de Urologia, ou de outra especialidade qualquer, aqui ou noutro país da Europa, seria muito idêntico, como é hoje em dia, mas não... Então, apercebemo-nos de que havia uma grande necessidade de uniformização e a ESRU fez uma grande diferença a esse nível.

De que forma contribuiu a ESRU para a uniformização dos internatos na Europa?

No início dos anos de 1990, em determinados países europeus, os alunos de Medicina inscreviam-se como internos e, ao fim de um determinado período de tempo, eram especialistas, tivessem ou não o currículo mínimo agora exigido. Hoje em dia, as condições mínimas para se chegar a especialista estão muito regulamentadas, mas, naquela altura, não. Em alguns países, eu diria mesmo que o sistema era quase anárquico. Na ESRU, apercebemo-nos destas diferenças. Não sei se contribuímos diretamente para mudança,

mas, pelo menos, contribuímos para o conhecimento claro da situação de disparidade e fizemos publicações no seio do European Board of Urology [EBU] que alertaram para essa realidade. Só por isso, já valeu a pena.

Foi membro da ESRU de 1991 a 1995. Hoje em dia, que balanço faz do trabalho desenvolvido por esta sociedade?

Quando me tornei especialista, em 1995, passei a minha «pasta» a outro interno, mas, obviamente, fui acompanhando o trabalho dos que entretanto entraram para a ESRU. Aliás, se esta sociedade teve um



papel importante, foi também porque estes internos mais novos a consolidaram. Em termos de balanço, se na altura restava alguma dúvida sobre a importância de termos uma organização europeia só com internos, creio que, hoje em dia, não há qualquer dúvida. E é um orgulho perceber que Portugal tem sido muito bem representado pelos nossos internos. Espero que assim continue.

PARTICIPAÇÃO NA ICS

O que o levou a integrar a International Continence Society (ICS)?

Depois de me tornar especialista, a minha carreira profissional começou a centrar-se muito na área da Urologia funcional e, em 2000, decidi associar-me à ICS. É uma organização que se dedica à Urologia funcional, que abrange todos os países do mundo e que, para mim, tem um atrativo principal – o facto de ser multidisciplinar e muito eclética em termos dos membros que a integram. A ICS é composta, fundamentalmente, por urologistas, mas também por ginecologistas e fisiatras que se dedicam à incontinência. Além disso, publica um jornal (o *Neurourology & Urodynamics*), que abrange precisamente os dois temas aos quais me tenho dedicado muito nos últimos anos – a neurourologia e a urodinâmica. Por estas razões, faz todo o sentido ser membro desta sociedade.

Em 2011, entrou para o Comité de Estandarização da ICS. Como surgiu essa oportunidade?

Ainda que falemos todos em línguas diferentes, as normas e a terminologia têm de ser absolutamente comuns. Esta necessidade foi percebida por volta dos anos de 1990, altura em que um grupo da ICS decidiu formar o Comité de Estandarização. É muito importante que estes comités de ter-

minologia e nomenclatura sejam constituídos por pessoas de vários cantos do globo e faltava um especialista que representasse os países latinos. Aceitei este desafio, porque sempre gostei muito da nomenclatura, da terminologia e da etimologia médica e considero que a normalização é um dos avanços mais importantes para a Urologia funcional.

Até 2002, havia um problema muito grave na Urologia, que é comum a todas as áreas da Medicina e tem vindo a ser resolvido – a ausência de terminologias e nomenclaturas comuns a todos os países. Para que exista ciência, não basta haver cientistas; é preciso uniformizar conceitos. Os resultados não podem surgir isoladamente e, muitas vezes, têm de ser comparados com trabalhos desenvolvidos em diferentes partes do mundo.

De que forma o esforço de estandardização da terminologia tem contribuído para o avanço da Urologia?

Durante muitos anos, a ciência médica apoiou-se muito na clínica, porque não havia a tecnologia de hoje. O diagnóstico era quase sempre feito através da observação do doente. Depois, com o aparecimento da tecnologia, fomos perdendo essa vertente e chegámos a um ponto, no final do século XX, em que o diagnóstico passou a ser praticamente «tecnológico». Quase esquecemos o que o doente diz (na minha opinião, retrocedemos muito a esse nível) para confiar nos exames complementares. Desde 2002, altura em que foi publicado o primeiro documento de estandardização – que, a meu ver, foi um dos mais importantes –, tudo mudou. Ouvir o doente e saber o que ele nos descreve passou a ter uma tremenda importância, porque essas palavras passaram a ser iguais em todo o mundo.

Que projetos estão a desenvolver neste momento no Comité de Estandarização?

Ainda estamos a validar as normas, a nomenclatura e a terminologia em várias línguas-chave. A nossa ideia é também instituí-las em chinês e em russo, mas esse é um processo que ainda vai demorar algum tempo. Posso avançar que estamos prestes a publicar a porção mais importante dessas normativas, em espanhol, português e francês. Espero que, no próximo congresso mundial da ICS [20 a 24 de outubro, no Rio de Janeiro, Brasil], já tenhamos a estandardização em português pronta a ser apresentada. Este é mais um passo muito importante, porque, embora em Portugal não sintamos muita necessidade de ter todas estas normativas em português, há muitos milhares de médicos que falam esta língua e que não têm tanta facilidade no inglês como nós.

O que tem sido mais gratificante para si nesta participação na ICS?

Por um lado, é muitíssimo grato participar na construção de algo que me parece ser tremendamente importante para este século – o trabalho de estandardização. Por outro lado, destaco a oportunidade de lidar com pessoas que eu só conhecia de nome e que, em tempos, foram os meus «ídolos». Comecei a dedicar-me à neurourologia por causa de um capítulo que li num livro conhecido da Urologia – o *Clinical Manual of Urology*. Entretanto, tive a grata oportunidade de conhecer os seus autores, os Profs. Alan Wein e Philip Hanno, e de dizer-lhes pessoalmente: «Neste momento, presido à Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia e o “culpado” é o senhor.» É enternecedor contactar com estas pessoas que, à distância e sem os conhecer, influenciaram a minha carreira.

O que o motiva a colaborar com instituições internacionais?

Esta participação dá muito trabalho, tira-me muito tempo profissional e, até do ponto de vista económico, não é muito fácil. Mas sinto que posso ter algum contributo nesta área. Nos últimos tempos, a Ciência tem sido esquecida em Portugal e o que tem contado nos hospitais é a produção desmedida. Falta-nos o espírito de conquista que deveríamos ter e do qual, por razões recentes, nos temos esquecido. Creio que cabe a cada um de nós libertar-nos desta ânsia de produtividade desmesurada, para fazermos algo que perdure mais no tempo. ■

MARCOS DE UM PERCURSO ASCENDENTE

1989: Luís Abranches Monteiro iniciou o internato de Urologia no Hospital Curry Cabral, em Lisboa, onde exerceu até 2011;

1991: Cofundou a European Society of Residents in Urology, com um grupo de internos de outros países europeus;

2002: Integrou a International Continence Society (ICS);

2009: Foi eleito secretário-geral da Associação Portuguesa de Urologia, função que manteve até 2011;

2010: Integrou o comité de publicações da IUGA (International Urogynecology Association)

2011: Entrou para o Comité de Estandarização da ICS;

2012: Iniciou funções no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, onde é urologista;

2013: Tornou-se presidente da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia, da qual já era vice-presidente no biénio 2011-2012.

Relato de um torneio de golfe entre urologistas



A convite de Tomé Lopes, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e ex-presidente da APU, um grupo de nove urologistas juntou-se para um animado torneio de golfe, que foi acompanhado pelo *Urologia Actual*. Dos mais experientes ao estreante, todos se divertiram e destacaram como mais-valias o contacto com a natureza e o convívio entre pares e amigos.

Luís Garcia

A beleza do Clube de Golfe da Aroeira, na Charneca de Caparica, quase dispensa o jogo para que valha a pena visitar o local. O passeio já seria justificado apenas pela resplandescência da relva, a robustez verdejante das árvores e a frescura dos lagos. Foi neste cenário que, num soalheiro dia de verão, nove urologistas se juntaram para um torneio de golfe. O mentor da iniciativa, Tomé Lopes, recebeu os colegas na *clubhouse*, dividindo-os em três grupos. Após um breve aquecimento no *driving range*, estavam prontos para o «embate».

A animação entre os jogadores era grande: alguns provocavam os colegas, em tom de brincadeira, cantando vitória antes de tempo; outros desfilavam anedotas e outros ainda discutiam as regras do jogo. No entanto, quando José Luís

Barreto, o primeiro a entrar em ação, preparou o *shot* inicial, o silêncio foi quase total, apenas quebrado pelo chilrear das aves.

Às primeiras tacadas, torna-se evidente quem não tem experiência: António Almeida Santos atirou a bola diretamente para as árvores e, de seguida, para o lago. Nada de anormal para quem nunca tinha entrado num torneio da modalidade. Munido de um sorriso de desportivismo, pegou no taco e seguiu caminho.

Com *swings* mais ou menos precisos, os jogadores foram prosseguindo com o torneio. Contrariando o preconceito de que o golfe é um jogo demasiado parado, os urologistas preocupavam-se



em manter o ritmo e não despende demasiado tempo entre jogadas. Afinal, uma partida de 18 buracos equivale a uma caminhada de cerca de nove quilómetros e demora, em média, à volta de quatro horas a concluir.

Desfrutar da paisagem

No grupo da frente, José Luís Barreto e António Pedro Pinto de Carvalho jogavam com grande concentração. O primeiro é um jogador regular, vice-presidente do Clube de Golfe Médico e participante em diversos torneios, tanto em Portugal como no estrangeiro. «Arrastei vários colegas para torneios de golfe, como aqueles que se organizavam antes ou depois das reuniões da European Association of Urology, e começámos a jogar também à margem dos simpósios e congressos da APU», recordou José Luís Barreto.

Já António Pedro Pinto de Carvalho não conseguia disfarçar alguma desilusão por perceber os efeitos da falta de treino na qualidade dos *shots*. Vencedor de alguns torneios no passado, não jogava há mais de dois anos e admitia estar algo «enferrujado».

Também um pouco destreinado estava Jorge Silva que, embora apaixonado pelo golfe, nunca levou esta prática demasiado a sério. «Quero lá saber se acerto na bola ou não! O que me interessa é o convívio e desfrutar destas paisagens», sublinhou. É por isso que procura experimentar campos diferentes, como o de Porto Santo, na Madeira, que está disposto ao longo de uma falésia. Também já jogou em campos de golfe do Canadá, com vista para as Montanhas Rochosas e para lagos lindíssimos.

A beleza da paisagem e a fruição do ar livre é, aliás, um dos pontos destacados em unanimidade pelos participantes neste torneio de urologistas. Rui Serra de Matos, por exemplo, gosta de respirar «o ar puro dos pinheiros» dos campos algarvios, enquanto aproveitava para fazer uma caminhada e «esvaziar a cabeça». O convívio é outra das vantagens. No Clube de Golfe da Aroeira, João Paulo Rosa, Carlos Monteiro, Gomes de Oliveira e Tomé Lopes já fizeram várias amizades. «Convivemos com os amigos antigos e conhecemos pessoas novas. O golfe é um desporto ideal para o convívio», frisou João Paulo Rosa.

Chamamento do desafio técnico

Além da vertente social, os nove urologistas são fascinados pela própria mecânica do golfe. «É difícil ter qualidade no *shot* e não há dois jogos iguais: num dia, jogamos muito bem e, no seguinte, muito mal. Mas, quando estamos quase a desistir, voltamos a acertar. Penso que qualquer cirurgião aprecia este desafio técnico», reconheceu Carlos Monteiro. Já Tomé Lopes fica com ainda mais vontade de aperfeiçoar o *shot* quando uma partida lhe corre pior. «Vou treinar, bater bolas, tentar melhorar... O golfe não é um jogo contra os outros, é um de-

safo connosco próprios e com o campo», explicou. A magia da modalidade é fácil de captar, como comprovou Almeida Santos. Terminada a partida, o urologista de Lisboa estava satisfeito com a sua evolução ao longo da manhã e já pensava em futuras oportunidades para voltar a jogar. ►



PARTICIPANTES DO TORNEIO

1. José Luís Barreto, Hospital da Luz, em Lisboa

Aficionado pelo golfe desde 1988, costuma jogar uma vez por semana, em diferentes campos, com destaque para a Quinta da Beloura, em Sintra, e para o Ribagolfe, em Samora Correia. Começou por jogar em Rio Maior, na altura em que trabalhava em Santarém, e nunca mais deixou a modalidade, acabando por levar o filho a acompanhá-lo. «Comecei a incentivá-lo para ir comigo jogar golfe e ele entusiasmou-se tanto que até deixou o futebol», refere o urologista, que também «arrastou» vários colegas para este desporto.

2. António Pedro Pinto de Carvalho, Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria

Chegou a vencer dois Campeonatos Nacionais de Pares de terceira categoria na Quinta do Lago e no

campo Vila Sol, no Algarve. Após quase 30 anos de golfe, já não jogava 18 buracos há dois anos e meio quando foi convidado para a partida organizada por Tomé Lopes. «Fartei-me um pouco do golfe, por ter começado a jogar cada vez mais curto, e passei a ter menos tempo porque comecei a dedicar-me a outras atividades. Mas vou ver se recomeço a jogar com mais frequência», refere este urologista, que costumava frequentar sobretudo os campos do Clube de Golfe do Estoril.

3. António Almeida Santos, Hospital da Luz, em Lisboa

Foi o «novato» no torneio organizado por Tomé Lopes. Já tinha curiosidade por esta modalidade, que é praticada por vários colegas e amigos, mas a estreia acabou por se concretizar em grande e perante as lentes do Urologia Actual. Um jogo bastou para se tornar adepto do golfe: «Nas próximas ocasiões em que me convidarem, só não estarei presente se me for de todo impossível», refere este urologista, destacando a diversão proporcionada pela partida e a forte ligação à natureza.

4. Jorge Silva, Instituto Português de Oncologia de Lisboa

Foi na cidade de Badajoz, em Espanha, há cerca de dez anos, que o urologista desafiou um amigo para, em conjunto, terem aulas de golfe. Mais tarde, decidiram tornar-se sócios do Lisbon Sports Club, em Belas, onde passavam vários domingos com a família e amigos. No entanto, a falta de tempo tem-no feito abrandar a frequência com que joga. Antes deste torneio, o último jogo em que participou foi no Canadá.

5. Artur Gomes de Oliveira, Hospital da Luz - Clínica de Oeiras

Morar ao lado dos campos de golfe da Aroeira é meio caminho andado para pegar nos tacos, em média, duas vezes por semana. Neste desporto que experimentou pela primeira vez há 14 anos, o urologista procura «um pouco de exercício e de descontração». «No golfe, temos de ter a cabeça concentrada no jogo, não podemos estar a pensar no trabalho», sublinha Gomes de Oliveira, que é membro do Clube de Golfe da Aroeira. ►

O convívio terminou com o habitual almoço. Seguiu-se uma simbólica entrega de prémios aos vencedores. Na categoria *gross*, que distingue o jogador que termina a partida com o menor número de pancadas, o vencedor foi José Luís Barreto. Já o troféu da categoria *net*, que tem em conta o *handicap* de cada jogador, foi entregue a João Paulo Rosa.

No final, Tomé Lopes manifestou a sua satisfação com a partida, embora reconhecendo que apenas esteve presente parte dos urologistas portugueses interessados pelo golfe. «Foi um prazer enorme organizar este torneio, não apenas por ter sido uma iniciativa do jornal *Urologia Actual* – um projeto nascido no meu mandato enquanto presidente da APU –, mas também pelo convívio que se estabeleceu entre colegas e pelo “pontapé” de saída que pode significar para futuros jogos», afirmou.

Sinal da vontade de fomentar mais a modalidade entre urologistas foi o desafio lançado por Tomé Lopes aos colegas para que se organize, em 2015, um *Open da Urologia*. «Seria um evento de fim de semana, em que os urologistas poderiam levar as suas famílias, ficando num hotel com campo de golfe, à semelhança do que já fazem médicos de outras especialidades», clarificou. O ex-presidente da APU acredita que este programa poderá seduzir colegas que nunca se tenham dedicado à modalidade. «Quando experimentarem o golfe, vão perceber como é viciante!» ■



LÉXICO DO GOLFE

- **Birdie** – resultado igual a uma pancada abaixo do par do buraco
- **Clubhouse** – edifício adjacente ao campo de golfe com infraestruturas de apoio e convívio
- **Clubs** – tacos de golfe
- **Cut** – resultado ou *handicap* exigido para admissão numa competição
- **Drive** – pancada dada no *tee* de saída de um buraco, normalmente com um *driver*
- **Driver** – taco de madeira número um
- **Driving range** – campo de prática
- **Eagle** – resultado igual a duas pancadas abaixo do par do buraco
- **Fade** – voo da bola em curva controlada da esquerda para a direita (de um jogador destro)
- **Gross** – resultado exato em número de pancadas dadas, sem ajustamento do *handicap*
- **Handicap** – representa a habilidade de jogo de um praticante amador, através de um valor numérico. Esse valor é tanto mais baixo quanto melhor for a capacidade do jogador
- **Hole in one** – conclusão de um buraco com apenas uma tacada
- **Madeira** – taco de golfe com cabeça maior, usado para as pancadas mais longas
- **Net score** – resultado obtido depois de deduzido o *handicap* de jogo
- **Par** – resultado esperado de um jogador *scratch* em determinado buraco em virtude do seu comprimento e dificuldade
- **Putter** – taco com face praticamente vertical que faz a bola rolar
- **Scratch** – jogador de *handicap* zero
- **Shot** – pancada
- **Swing** – movimento de rotação do corpo com eixo no externo do jogador em que as mãos percorrem mais de 180°
- **Trolley** – pequeno veículo de transporte de saco



6. Carlos Monteiro, Hospital de Cascais Dr. José de Almeida

Sempre que pode – leia-se uma vez por semana, na melhor das hipóteses – Carlos Monteiro pega no saco dos tacos e esgueira-se até à Aroeira. Apesar de jogar há menos de dois anos, assume o «vício» pelo golfe. «Além da componente social, interessa-me o próprio jogo: a qualidade do *shot*, a perfeição do gesto, a inconstância que faz com que joguemos muito bem num dia e muito mal no outro», partilha.

7. Rui Serra Matos, Hospital Lusíadas Faro

Residente em Vilamoura, este urologista conhece os campos do Algarve como poucos. San Lorenzo, Vale do Lobo, Pinheiros Altos e Herdade dos Salgados são alguns dos locais onde pratica a modalidade pela qual se apaixonou há três décadas. «Com campos tão bons no Algarve, o mais natural é jogar golfe. Os meus colegas entusiasmarão-me por este despor-

to, mas nunca consegui jogar muito bem. Faço-o pelo ar puro, pela caminhada e pelos amigos», explica.

8. Tomé Lopes, Centro Hospitalar Lisboa Norte / Hospital de Santa Maria

«Cada vez mais viciado no golfe.» É assim que o diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Santa Maria descreve a sua relação com uma modalidade cuja magia tem dificuldade em explicar. Tomé Lopes estreou-se no golfe há 15 anos, durante umas férias no Algarve, juntamente com o filho, que rapidamente revelou talento para a modalidade. Atualmente, joga entre uma a duas vezes por semana, mas tem o objetivo de chegar aos três jogos semanais.

9. João Paulo Rosa, Hospital Garcia de Orta, em Almada

Foi a dificuldade do jogo que o fez ganhar tanto gosto pelo golfe, assim que o experimentou pela primeira vez há três anos. «É uma modalidade bastante técnica e difícil, que implica muito treino. E gosto do desafio de procurar melhorar um pouco em cada partida», sublinha. A possibilidade de fazer novos amigos, fora da Medicina, é outro dos aspetos destacados por este urologista, que joga sobretudo na Aroeira, no Lisbon Sports Club e no Ribagolfe.



30th Annual EAU Congress

IFEMA — Feria de Madrid, Espanha | 20 a 24 de março de 2015

DATA	EVENTO	LOCAL	MAIS INFORMAÇÕES
OUTUBRO			
8 a 12	16 th World Meeting on Sexual Medicine	São Paulo, Brasil	www.issmslams2014.org
8 a 12	22 nd Meeting of the EAU (European Association of Urology) Section of Urological Research	Glasgow, Reino Unido	www.esur.uroweb.org
9 a 11	XII Congresso Português de Transplantação/XIII Congresso Luso-Brasileiro de Transplantação/I Encontro Ibérico de Transplantação	Sana Lisboa Hotel, Lisboa	www.spt.pt
10 a 12	EAU 14 th Central European Meeting (CEM)	Cracóvia, Polónia	www.cem2014.uroweb.org
12 a 15	34 th Congress of the Société Internationale d'Urologie	Glasgow, Reino Unido	www.siucongress.org
15 a 17	8 th European Congress of Andrology – ECA 2014	Barcelona, Espanha	www.eca2014.com
20 a 24	Annual Meeting of the International Continence Society (ICS)	Rio de Janeiro, Brasil	www.ics.org
24 e 25	13 th International Kidney Cancer Symposium	Chicago, EUA	www.kidneycancer.org
31 de out. a 2 de nov.	XIII Simpósio APU 2014	Epic Sana Algarve Hotel, Albufeira	www.apurologia.pt
NOVEMBRO			
5 e 6	Masterclass in Video-Assisted Extraperitoneal Transcapsular Prostatic Adenectomy (Laparoscopic Millin)	Hospital de Braga/ Instituto de Ciências da Vida e da Saúde, Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho	www.ecsaude.uminho.pt
13	3 rd Meeting of the EAU Section of Urological Imaging	Centro de Congressos de Lisboa	www.esui2014.uroweb.org
13 e 14	Curso de Introdução à Laparoscopia em Urologia	Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto/ Hospital de Santo António	www.apurologia.pt
14 e 15	I Reunião Ibérica sobre Cancro do Rim	Quinta das Lágrimas, Coimbra	www.apurologia.pt
14 a 16	13.º Congresso Nacional de Oncologia	Centro de Congressos da Alfândega do Porto	congresso.oncologia@bloom.pt
14 a 16	Congreso Español de Sexología e 1 Encuentro Iberoamericano de Profesionales de Sexología	Córdoba, Espanha	www.meetandforum.net
21 e 22	2.º Congresso Português de Urosexopatia Neurogénica	Hotel Tryp Lisboa Aeroporto	www.admedic.pt
24 a 27	XXX Congreso CAU (Confederación Americana de Urología)/ XIX Congreso SIUP (Sociedad Iberoamericana de Urología Pediátrica)/ IX Congreso Uruguayo de Urología	Punta del Este, Uruguai	www.congresocau2014.com
25 e 26	1 st ASPIC (Associação Portuguesa de Investigação em Cancro) International Congress	Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa	www.aspic.pt
28 e 29	I Laparoscopic Basic Skills Course	Hospital de Santa Maria, Lisboa	instfa@fm.ul.pt
28 a 30	Módulo II da Academia de Urologia	SANA Silver Coast Hotel, Caldas da Rainha	www.academia.apurologia.pt
2015			
JANEIRO			
16 a 18	12 th Meeting of the EAU Section of Oncological Urology (ESOU)	Munique, Alemanha	www.esou2015.uroweb.org
FEVEREIRO			
7 a 10	European Urology Forum 2015 – Challenge the Experts	Davos, Suíça	www.esudavos.uroweb.org
5 a 7	17 th Congress of the European Society for Sexual Medicine	Copenhaga, Dinamarca	www.essm-congress.org
MARÇO			
20 a 24	30 th Annual EAU Congress	Madrid, Espanha	eumadrid2015.uroweb.org