

N.º 27

Junho 2016/Ano 8
Trimestral
€0,01

UROLOGIA ACTUAL

APU inicia um ciclo de encontros científicos – o primeiro, dedicado à imagem, decorre já no próximo dia 25 de junho, em Viseu

P.14

Infeções urinárias, traumatologia urológica e cirurgia reconstructiva estiveram em destaque no Módulo V da Academia de Urologia

P.26



«As faculdades têm de investir mais na formação pós-graduada»

O diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Duarte Nuno Vieira, defende um papel mais ativo das universidades no desenvolvimento das carreiras médicas e um maior envolvimento com instituições internacionais. Com um percurso profissional reconhecido nacional e internacionalmente, a avaliar pelos cargos de liderança que já assumiu e assume na sua área, este médico legista enfatiza a importância da gestão humanizada e de valores como a solidariedade, a dedicação aos outros e a dignidade humana no exercício da Medicina P.8

Jornal da:



Associação
Portuguesa
de Urologia

www.apurologia.pt

05

ATUALIDADES

06

08

DISCURSO DIRETO

10

IN LOCO

12

MEDICINA FAMILIAR

14

16

18

19

UROEVENTOS

21

22

24

ECOS DO COLÉGIO

26

ESPAÇO JOVEM

28

(INTER) NACIONAIS

30

VIVÊNCIAS

Programa preliminar do XIV Simpósio APU 2016

Base de dados ibérica sobre tumores do testículo deverá estar pronta em outubro

Entrevista a Duarte Nuno Vieira, diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Reportagem no Serviço de Urologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco/Hospital Amato Lusitano

Rui Freitas e Pedro Nogueira da Silva apresentam um algoritmo sobre a deteção de tumores renais

1.º Encontro Científico da APU visa juntar urologistas mais seniores à volta do tema da imagem

Cirurgia intrarrenal retrógrada foi o tema de mais um curso promovido pelo Centro Hospitalar Lisboa Norte

Balanço do *Live Surgery Urogynecology Course*, promovido pelo Serviço de Urologia do Hospital de São José

Peter Kronenberg foi distinguido com o *Best Abstract* no último congresso da American Urological Association

Arnaldo Figueiredo interveio na 32.ª Reunião do Grupo Espanhol de Urologia Oncológica, que decorreu em Cádiz

Highlights da I Reunião de Andrologia e Sexologia Clínica do Hospital de Braga

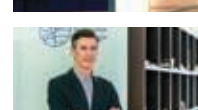
A formação *hands-on* foi a grande aposta do *Masterclass in Advanced and Minimally Invasive Urological Surgical Innovation*

Parecer sobre a falta de evidência da embolização arterial prostática no tratamento de HBP e LUTS

Módulo V da Academia de Urologia deu especial destaque à cirurgia reconstrutiva do aparelho geniturinário

Depois do doutoramento na Johns Hopkins University, Filipe Carvalho decidiu concluir o internato nos EUA

Os selos que marcam a vida de Frederico Ferronha, um apaixonado pela filatelia



Corpos Gerentes da APU para o biênio 2015-2017

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

Edição:



esfera das ideias
PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

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

EsferaDasIdeiasLda
Direção: Madalena Barbosa
(mbarbosa@esferadasideias.pt)

Marketing e Publicidade: Ricardo Pereira
(rpereira@esferadasideias.pt)

Coordenação: Luís Garcia
(lgarcia@esferadasideias.pt)

Redação: Ana Luísa Pereira, João Xará,
Luís Garcia, Marisa Teixeira e Sandra Diogo

Fotografia: Rui Jorge

Design e paginação: Susana Vale

Colaborações: Jorge Correia Luís
e Tozé Canaveira

Depósito Legal: N.º 338826/12

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

Benefícios e riscos do progresso da Urologia

Acompanhando os progressos da Medicina nos últimos 30/40 anos, nomeadamente os avanços proporcionados pela Biologia Molecular, pela computadorização e pela estatística, a Urologia tem vindo a assumir um claro protagonismo devido, essencialmente:

- Ao aumento da esperança média de vida (de 72 anos, em 1979, para 80, em 2009), com mais idosos com patologia urológica (hiperplasia benigna da próstata – HBP, cancro da próstata, incontinência urinária na mulher, disfunções sexuais);
- Aos meios de diagnóstico mais precisos (ecografia, tomografia axial computadorizada – TAC, ressonância magnética, ureterorrenoscopia), permitindo a deteção mais precoce de algumas patologias (nódulos renais, tumores do excretor alto...);
- Ao advento do antígeno específico da próstata (PSA) e à sua influência, mesmo que controversa, no diagnóstico do cancro da próstata, com aumento exponencial das biópsias prostáticas e das terapêuticas com intenção curativa;
- À introdução, no arsenal terapêutico da Urologia, de fármacos com eficácia comprovada em determinadas patologias, como é o caso dos alfabloqueantes e dos inibidores da 5 alfarredutase na HBP, e dos inibidores da fosfodiesterase-5 na disfunção erétil.

A par destes progressos, a verdade é que a melhoria no diagnóstico e na terapêutica das doenças urológicas também se deve à melhor cobertura médica nacional e a uma maior sensibilização dos médicos de família para as patologias urológicas. Tal é fruto das reuniões de

atualização científica, como as já clássicas Jornadas de Urologia em Medicina Familiar, que se realizam anualmente, um pouco por todo o País.

Hoje, já mais de 20% das consultas de Medicina Geral e Familiar são devidas a problemas urológicos e, segundo a Organização Mundial da Saúde, no doente idoso, a HBP, a incontinência urinária e as disfunções eréteis ocupam, em termos de prioridades de saúde, o quarto, o quinto e o sexto lugares, respetivamente, logo depois das doenças cardiovasculares (primeiro), do cancro (segundo) e da patologia endócrina (terceiro).

Em consequência de toda esta evolução e do progresso tecnológico, o paradigma também mudou a nível da cirurgia urológica: cirurgia da litíase reduzida às técnicas percutâneas; diminuição considerável da cirurgia aberta na HBP; aumento significativo das prostatectomias radicais abertas, laparoscópicas e robóticas; prevalência clara da cirurgia laparoscópica renal conservadora; predomínio da cirurgia minimamente invasiva; advento de novos procedimentos cirúrgicos com recurso a próteses (penias), a esfíncteres artificiais e a stents.

Todo este progresso – benéfico, sem qualquer dúvida – não deixou de ter um impacto negativo na clássica relação médico/doente e na arte médica, bem expresso na metáfora: «Hoje, o médico relaciona-se mais com o computador do que com o doente.» Não devemos ignorar que o progresso tecnológico sem humanização dos atos e das instituições vai contra a nossa prática milenar. Por isso, são legítimas e devem merecer a nossa atenção as preocupações do Prof. Lobo Antunes (neurocirurgião): «Não sei o que nos



Alfredo Mota

Ex-diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

espera, mas sei o que me preocupa: é que a Medicina, empolgada pela ciência, seduzida pela tecnologia e atordoada pela burocracia, apague a sua face humana e ignore a individualidade única de cada pessoa que sofre, pois, embora se inventem cada vez mais modos de tratar, não se descobriu ainda a forma de aliviar o sofrimento sem empatia ou compaixão.»

PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS RECENTES DA APU

3.º Curso de Introdução à Laparoscopia em Urologia

8 e 9 de julho de 2016
ICBAS – Centro de Investigação de Urologia, no Porto
Organização: Frederico Teves e Miguel Ramos

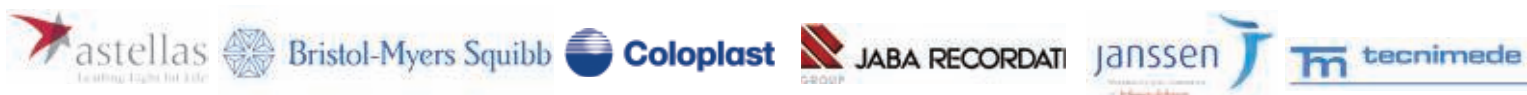
1.º Simpósio de Diabesidade e Fertilidade

22 e 23 de setembro de 2016
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS) e Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto
Organização: Mariana P. Monteiro

Simpósio Nacional da Sociedade Portuguesa de Oncologia

17 a 19 de novembro de 2016
Hotel Eurostars Oasis Plaza, na Figueira da Foz
Organização: Gabriela Sousa

Patrocinadores desta edição:



27 de Outubro | Quinta-feira

Chegada dos participantes

28 de Outubro | Sexta-feira

08h00 Abertura do Secretariado

08h30 **Cerimónia de boas-vindas**
Arnaldo Figueiredo (APU)

09h00 - 10h15 **MESA-REDONDA**
URGÊNCIA UROLÓGICA – A ÚLTIMA FRONTEIRA....
(Relação da Urologia com outras especialidades e hospitais)
Discussão

10h15-11h15 **MESA-REDONDA**
TRANSPLANTAÇÃO RENAL
• Nefrectomia de dador vivo para transplante
• Complicações cirúrgicas em transplantação renal
• Patologia do aparelho urinário baixo e transplantação renal
• Técnicas de transplantação aplicadas à Urologia geral
Discussão

11h15-11h45 Pausa para café

11h45-12h15 **MESA-REDONDA**
UROGINECOLOGIA
• Prolapsos: Qual a melhor abordagem?
• Cirurgia vaginal para urologistas

12h15-13h00 **SIMPÓSIO-SATÉLITE 1**

13h00-14h30 Almoço

14h30-15h30 **APRESENTAÇÃO DE CARTAZES**

15h30-16h15 **CONFERÊNCIA**
IMUNOTERAPIA EM ONCOLOGIA:
APLICAÇÕES EM UROLOGIA

16h15-16h30 Pausa para café

16h30-17h30 **APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS DAS BOLSAS APU**

17h30-18h15 **SIMPÓSIO-SATÉLITE 2**

18h15-19h00 Reunião do Colégio da Especialidade

19h00-20h00 Reunião NIAPU

19h00-20h00 Assembleia-geral do Colégio da Especialidade

20h30 Jantar de palestrantes

29 de Outubro | Sábado

08h00 Abertura do Secretariado

9h00-10h00 **SESSÃO DE VÍDEOS**
Sobre áreas de fronteira e procedimentos inovadores

10h00-10h30 **CONFERÊNCIA**
ATUALIZAÇÃO EM ANTICOAGULAÇÃO
E ANTIAGREGAÇÃO

10h30-11h00 **CONFERÊNCIA**
BIÓPSIAS DE FUSÃO: UM NOVO PADRÃO?

11h00-11h30 Pausa para café

11h30-12h45 **MESA-REDONDA**
TRATAMENTO MÉDICO DAS NEOPLASIAS
UROLÓGICAS
ESTADO DA ARTE
• CaPmRC
• CCRm
• Tumor do testículo
• Tumores uroteliais



XIV SIMPÓSIO APU 2016

28 a 30 outubro

CENTRO DE
CONGRESSOS
DE TROIA

FRONTEIRAS
EM UROLOGIA

12h45-13h30 **SIMPÓSIO-SATÉLITE 3**

13h30-14h45 Almoço

14h45-15h15 **MESA-REDONDA**
HTA RENOVASCULAR E SUPRARRENAL
• HTA renovascular: estudo e tratamento
• Abordagem cirúrgica da suprarrenal

15h15-16h15 **MESA LUSÓFONA**

16h15-16h45 Pausa para café

17h00-18h00 **MESA IBÉRICA**
AS FRONTEIRAS GEOGRÁFICAS

18h00-18h45 **SIMPÓSIO-SATÉLITE 4**

19h00 Assembleia-geral APU

20h30 Jantar oficial do Simpósio

30 de Outubro | Domingo

08h30 Abertura do Secretariado

09h00-10h30 **MESA-REDONDA**
CIRURGIA UROLÓGICA DE AMBULATÓRIO

10h00-10h30 **SIMPÓSIO-SATÉLITE 4**

10h30-11h00 **CONFERÊNCIA**
FRONTEIRA COM OS CUIDADOS DE SAÚDE
PRIMÁRIOS
• PSA – A visão da Urologia
• PSA – A visão da Medicina Geral e Familiar

11h00-11h30 Pausa para café

11h30-12h15 **SIMPÓSIO-SATÉLITE 5**

12h15-13h15 **MESA-REDONDA**
ONCOLOGIA PROSTÁTICA
• Doença oligometastática
• Tratamento local na doença metastizada
• Implicações das novas *guidelines* no CAPm

13h15-13h30 Encerramento do Simpósio e entrega de certificados

Novo livro com fotografias históricas do avô de Manuel Mendes Silva



MAIS cem fotografias de Portugal há cem anos é o título do livro editado pelo urologista Manuel Mendes Silva, que abarca uma segunda seleção de fotografias pertencentes à coleção do seu avô, o cirurgião Jorge Marçal da Silva (1878-1929). As imagens, selecionadas de um total de cerca de 2 000, foram reunidas pelo neto, que considera representarem «um Portugal antigo que já não existe, tanto do ponto de vista histórico, como

sociológico, etnográfico, antropológico e médico». Manuel Mendes Silva pretende assim, novamente, realçar e homenagear o trabalho do seu avô, «médico, fotógrafo, melómano e homem de cultura». Recorde-se que, há três anos, outras 100 imagens tinham já sido expostas e editadas em livro.

As fotografias foram agrupadas em seis capítulos – família; medicina e cirurgia (feitas nos hospitais de São José e Dona Estefânia, onde Jorge Marçal da Silva trabalhou); paisagens; monumentos e vistas; ofícios e tarefas; feiras, mercados, espetáculos e procissões. Na introdução, foram incluídas também algumas imagens da vida académica e pessoal do fotógrafo. Trata-se de fotografias datadas de 1902 a 1928, algumas acompanhadas por registos minuciosos do autor.

O projeto conta com o apoio da Ordem dos Médicos (OM) e este segundo livro foi apresentado nas suas instalações, em Lisboa, a 13 de abril passado, por Barros Veloso (especialista em Medicina Interna), numa sessão presidida pelo bastonário da OM, José Manuel Silva. Os dois netos mais velhos de Manuel Mendes Silva, Simão e Maria Ana, usaram também da palavra neste lançamento, fazendo rasgados elogios ao avô. As receitas da venda do livro reverterão a favor da ACREDITAR, Associação de Pais e Amigos das Crianças com Cancro.

Base de dados ibérica sobre tumores do testículo

Nascido na Reunião Ibérica de Cancro do Rim, que decorreu em novembro do ano passado, em Ciudad Rodrigo, Espanha, o projeto de criação de uma base de dados comum entre Portugal e Espanha sobre tumores do testículo já está em andamento e deverá estar pronto a ser implementado em outubro próximo, a tempo de ser apresentado no XIV Simpósio da Associação Portuguesa de Urologia (APU). «Já estão definidos os elementos que vão constar e estamos agora a elaborar a própria base de dados, no sentido de permitir uma fácil incrementação dos doentes sem correr o risco de exposição dos dados pessoais», informa Arnaldo Figueiredo, presidente APU.

Sobre a pertinência desta iniciativa, o especialista é perentório: «Todos temos uma ideia dos números do cancro do testículo, devido às mais variadas bases de dados, mas não existe nenhuma ferramenta que nos dê uma noção real sobre a prevalência e a evolução deste tipo de tumor.» Uma informação particularmente importante já que, como defende Arnaldo Figueiredo, a Urologia é a especialidade referencial nesta área. «Não devemos esquecer que, mesmo os tumores do testículo que se apresentam de forma metastizada e mesmo nos serviços onde, porventura, o seguimento destes doentes esteja mais na dependência oncológica, a primeira abordagem, salvo circunstâncias de exceção, passa sempre pelo urologista.»

Neste contexto, a grande mais-valia desta base de dados ibérica será permitir um conhecimento epidemiológico mais aprofundados sobre o carcinoma do testículo, nomeadamente se existem assimetrias geográficas na sua incidência, manifestação, referência ou tratamento. «Estes dados ajudar-nos-ão a interpretar as conclusões que se devem tirar sobre a otimização do tratamento de uma doença que, sendo curável na maioria dos casos, não deixa de ser dramática quando corre menos bem, atendendo até à faixa etária que atinge de forma preferencial», frisa Arnaldo Figueiredo.

APU no Facebook

A página de Facebook da APU foi criada no início do passado mês de maio com o grande objetivo de divulgar as informações colocadas no *website* da associação, pois «a comunidade urológica nacional não recebe *updates* ou avisos no *e-mail* quando existe um novo evento colocado nesta plataforma», justifica Ricardo Pereira e Silva, presidente do Núcleo de Internos da APU (NIAPU), que «aceitou com todo o gosto» a tarefa de ajudar na gestão e atualização desta nova página.

O NIAPU tinha já criado anteriormente as suas próprias contas de Facebook e Twitter, para «uma maior interação, melhor divulgação de eventos mais fácil e um fluxo de informação mais rápido», afirma Ricardo Pereira e Silva. E defende: «É positivo constatar que Portugal acompanha a tendência crescente de adesão às redes sociais, uma vez que ainda há muitas pessoas que não as utilizam, nomeadamente o Twitter, e muitas outras que ainda só usam o Facebook a nível pessoal, não explorando todas as suas funcionalidades. Esta plataforma continua a ser um canal de comunicação muito importante e há que o utilizar melhor do ponto de vista profissional.» O futuro poderá passar pela utilização de outras plataformas de *social media*, que têm despertado o crescente interesse da comunidade urológica a nível europeu.



DUARTE NUNO VIEIRA

Diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

«Gostaria de ser exemplo no âmbito de uma gestão humanizada»

Tem 56 anos, preside a diversos órgãos internacionais ligados à Medicina Legal e já recebeu a maior distinção mundial nesta área, mas abrandar não está nos seus planos. O mais recente desafio que abraçou, em setembro do ano passado, foi dirigir a Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) e as mudanças já se fazem sentir, com a reforma curricular total do Mestrado Integrado em Medicina. Ideias não faltam a Duarte Nuno Vieira, que tem como grande objetivo de vida continuar a trabalhar no âmbito da sua grande paixão: as ciências forenses humanitárias.

Sandra Diogo

O que o levou a aceitar o cargo de diretor da FMUC?

A universidade sempre foi e será a minha vocação principal. Estando agora liberto das funções dirigentes que exerci durante 16 anos consecutivos e até de funções públicas no âmbito da carreira médico-legal, e não tendo o anterior diretor decidido recandidatar-se (o que eu apoiaria sem hesitação), achei que seria tempo de dedicar alguma da minha atividade à faculdade, em funções que não tinha exercido até hoje. Nesta fase da minha vida, fez sentido aceitar este desafio, até porque tenho ao meu lado um conjunto de colegas com perspetivas semelhantes às minhas sobre o que a faculdade deve ser e de como deve preparar o seu futuro.

Qual é, então, a sua lógica de pensamento sobre uma Faculdade de Medicina?

Uma escola médica tem de permanecer constantemente atenta às contínuas mudanças, nomeadamente sociais, científicas, tecnológicas, etc. Tem de desenvolver esforços permanentes de atualização e modernização nos seus diversos níveis de intervenção, isto é, a nível pedagógico, da prestação de serviços, da investigação científica, da intervenção social, etc.

Percebe-se que tem muitas iniciativas já delineadas...

Os êxitos de uma instituição nunca são mérito de uma pessoa só e tenho a sorte de contar com quatro subdiretores: para a investigação científica; para o ensino, formação e educação médica; para a prestação de serviços; e para as parcerias e relações institucionais nacionais e internacionais. Esta última área é também uma das nossas preocupações. Este ano, começámos a ministrar um Curso de Medicina em Cabo Verde, mas gostaríamos de estender esse apoio a outros países de língua oficial portuguesa e o processo está bem encaminhado: já tivemos contactos com o diretor da Faculdade de Medicina de Moçambique, estive recentemente em Luanda abordando este assunto e, no ano passado, passei por Timor, onde se iniciou um Curso de Medicina lecionado por Cuba, no qual gostaríamos de vir a ter algum papel. Ainda neste âmbito, outra iniciativa recente foi a instalação na FMUC de uma sala de videoconferência com sistema de alta definição, patrocinada pela Janssen, que, neste momento, une as Universidades de Coimbra, Lisboa, Porto e Açores, e que poderá ser, entre outras potencialidades, um elemento facilitador da nossa participação em formações pré e pós-graduadas noutras regiões do globo.

Que legado gostaria de deixar na FMUC?

Gostaria de deixar um sentimento de permanentemente insatisfação e inquietação. A convicção de que é sempre possível fazer mais e melhor e do quanto é fundamental que todos deem o melhor que têm na mente e no coração. E a convicção de que não haverá projeto na área da Medicina que valha a pena se não se tiverem em conta valores como a sensibilidade, a solidariedade, a dedicação aos outros e a dignidade da pessoa humana. Gostaria também de ser considerado exemplo no âmbito de uma gestão humanizada.

Quais os principais desafios que o ensino da Medicina enfrenta?

Os progressos tecnológicos e científicos, por exemplo, são contínuos e intensos, influenciando a própria forma de ensinar e de aprender. Hoje, temos um Centro de Simulação em Coimbra, em parceria com o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, no qual se podem aprender e praticar gestos terapêuticos fundamentais, como entubações, punções, massagens cardíacas, replicar ambientes de emergência médica, etc. O ensino médico precisa de se adaptar a estas novas possibilidades, mas também a aspetos como a evolução demográfica e os novos padrões de doença. Por exemplo, as doenças geriátricas, as doenças múltiplas, a necessidade de tratamentos de Medicina Física e de Reabilitação ou as doenças crónicas têm de entrar na formação dos futuros médicos.

Como encara o problema da falta de lugares para todos os médicos realizarem internato em Portugal?

Com preocupação. Mas o número elevado de alunos que entram todos os anos para os cursos de Medicina preocupa-me não tanto por ser potencialmente gerador de desemprego, mas, sobretudo, porque gera condicionalismos em termos da qualidade pedagógica. Não podemos ter 30 alunos numa aula prática ou a fazerem determinados gestos fundamentais para a formação médica. Do ponto de vista ético e da dignidade humana, tal não está correto.

No seu discurso, as questões éticas estão sempre presentes...

Quando escolhi a especialidade de Medicina Legal, fi-lo porque, após analisar as várias áreas médicas de que gostava, percebi que, enquanto as outras tinham já um desenvolvimento consentâneo com o panorama europeu, a Medicina Legal apresentava grandes insuficiências e carências. Não havia serviços médico-legais que cobrissem todo o País, os exames às pessoas ainda eram muitas vezes feitos em salas de tribunais e as autópsias nos cemitérios, por exemplo. Achei que, se havia área onde eu poderia acrescentar valor, era esta e isso seria compensador do ponto de vista humano.

Sente necessidade de ajudar os outros?

Sim, gosto muito de trabalhar no âmbito dos Direitos Humanos. Neste momento, há uma área que se chama precisamente Medicina Legal Humanitária ou Ciências Forenses Humanitárias e que, embora não sendo compensatória do ponto de vista económico, até porque muito do trabalho realizado neste âmbito é feito em regime de voluntariado, é todavia muito gratificante do ponto de vista humano.

Em termos de Medicina Legal, o que ainda gostaria de fazer?

Desde logo, eliminar definitivamente a assimetria regional ao nível da qualidade das perícias médico-legais que ainda existe, assim como melhorar ainda mais a qualidade dos procedimentos periciais. E também dinamizar mais intensamente a investigação e o número de publicações científicas nacionais nesta área.

E que aspetos técnicos gostaria de ver implementados em Portugal?

Diversos. Gostaria, por exemplo, que se dinamizasse a virtópsia, na qual se adiciona à análise macroscópica todo o potencial das novas tecnologias de imagem. Mas tenho de reconhecer que não existem condições financeiras para a aquisição destes equipamentos pelos serviços públicos médico-legais, nem movimento que

UMA CARREIRA NA LINHA DA FRENTE

- **Presidente do Conselho Europeu de Medicina Legal** (atualmente);
- **Presidente do Conselho Forense Consultivo do Procurador do Tribunal Penal Internacional** (atualmente);
- **Presidente da Rede Ibero-Americana de Instituições de Medicina Legal e Ciências Forenses** (atualmente);
- **Presidente da Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal** (atualmente);
- **Presidente da Thematic Federation on Legal and Forensic Medicine da União Europeia de Médicos Especialistas** (atualmente);
- **Vice-presidente da Confederação Europeia de Especialistas em Avaliação e Reparação do Dano Corporal** (atualmente);
- **Consultor Forense Temporário das Nações Unidas no âmbito do Alto Comissariado para os Direitos Humanos** (atualmente);
- **Presidente do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses e do Conselho Médico-Legal** (2000-2013);
- **Presidente da Academia Internacional de Medicina Legal** (2006-2012);
- **Presidente da Associação Internacional de Ciências Forenses** (2008-2011);
- **Presidente da Associação Mundial de Médicos de Polícia** (2008-2011);
- **Presidente da Academia Mediterrânea de Ciências Forenses** (2005-2007);
- **Presidente da Associação Latino-Americana de Direito Médico** (2005-2007);
- **Diretor do Instituto de Medicina Legal de Coimbra** (1996-2000).

proporcione a sua rentabilização. Haverá que estabelecer parcerias neste âmbito. Gostaria também, apenas para dar outro exemplo, que se pusesse fim à duplicação de laboratórios no campo da genética e da toxicologia. ■

MOMENTOS MARCANTES

Numa carreira pautada pelo sucesso e pelo reconhecimento internacional, que inclui 18 prémios científicos e 15 títulos honoríficos, Duarte Nuno Vieira não hesita em identificar alguns momentos particularmente especiais: «Ter sido eleito presidente da Academia Internacional de Medicina Legal ainda muito jovem (aos 46 anos) e com opositores que eu reverenciava, assim como o facto de ter sido reeleito nestas funções, um acontecimento que, nos 77 anos da instituição, apenas ocorreu com três pessoas.» Mas a maior emoção estava reservada para 2014, ano em que recebeu a **Douglas Lucas Medal Award** da Academia Americana de Ciências Forenses. «Ainda hoje encaro este prémio com surpresa porque considero que as pessoas anteriormente distinguidas estão num patamar muito superior ao que ocupo. Por exemplo, uma delas foi Sir Alec Jeffreys, que descobriu a aplicação forense do ADN e que, na minha opinião, até mereceria o Nobel da Medicina por esse facto; e outra foi Pierre Margot, um dos maiores criminologistas de sempre, que revolucionou toda a metodologia da investigação criminal», afirma Duarte Nuno Vieira, reconhecendo que este prémio lhe foi atribuído pelo seu trabalho humanitário. «Já fiz centenas de conferências internacionais sobre este tema e, sempre que vejo que uma perícia ou um relatório da minha autoria contribui para que a justiça seja feita, é altamente compensador.»

Escassez de recursos humanos é a grande batalha por vencer

Desde 3 de junho de 1988, data da sua fundação, o **Serviço de Urologia da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco/Hospital Amato Lusitano** tem vindo a evoluir, mas, para manter o dinamismo e o atendimento personalizado que fazem parte do seu ADN, há um desafio que se impõe: integrar mais elementos. Uma batalha difícil, mas a equipa acredita que sairá vencedora, em prol de todos os doentes.

Marisa Teixeira



José Valdemar Rodrigues (enfermeiro-chefe), Alberto Benjamin (urologista), Manuela Silva (urologista), Eva Frade (enfermeira), André Mendes (enfermeiro) e João Fonseca (diretor)

As andorinhas que escolheram o Hospital Amato Lusitano para fazerem os seus ninhos deram as boas-vindas à equipa de reportagem do *Urologia Actual* com o seu chilrear, num dia primaveril agraciado pelo sol. E a simpatia dos que nos receberam acalorou ainda mais o ambiente. Chegámos mais cedo do que o previsto, mas João Fonseca, diretor do Serviço de Urologia, recebeu-nos de imediato. Enquanto mostrava os «cantos à casa», localizada no 8.º andar do edifício, o responsável foi explicando a evolução da equipa que integra praticamente desde o início, visto ter sido aqui o primeiro interno. «O Serviço foi fundado por Armando Dinis, já falecido, a quem toda a equipa reconhece um grande mérito. Juntei-me a ele em 1991 e, no ano seguinte, chegou a Manuela Silva, também como interna e, posteriormente, em 2004, o Alberto Benjamin.»

João Fonseca conta que, desde 2009, altura em que ficou responsável pelo Serviço – as-

sumindo em 2012 o cargo de diretor –, além do regresso de Alberto Benjamin (tinha saído em 2007), não entrou mais nenhum urologista. «Quando nos reformarmos, este Serviço está

em risco de desaparecer», alerta. Todavia, não perdem a esperança e, com o apoio do Conselho de Administração, que tem feito o possível, esperam conseguir crescer em termos de recursos humanos.

Atendimento especializado e individualizado

A relação de proximidade com o doente é uma das apostas desta equipa e, a par da subespecialização dos médicos em várias áreas, contribui para os bons resultados. O enfermeiro-chefe José Valdemar Rodrigues considera que a personalização do atendimento é uma das principais mais-valias deste Serviço, que integra há menos de um ano. «Conhecemos todos os doentes e as suas histórias de vida. O facto de termos um doente por enfermaria permite um atendimento mais individualizado. Muitas vezes, o ambiente em sigilo faz com que os doentes expressem melhor o que sentem e, se pudermos cuidar deles desta forma, é vantajoso para todos.»

Por outro lado, a diferenciação, uma ideia que surgiu na direção de Armando Dinis e prosseguiu com João Fonseca, e a simbiose entre esta e a individualização do tratamento marcam a diferença. A Consulta de Oncologia Urológica, coordenada pelo atual diretor, é exemplo disso. «Atendo, maioritariamente, do-

LITÍASE COM TECNOLOGIA DE PONTA

A Unidade de Litotricia do Serviço de Urologia do Hospital Amato Lusitano nasceu oficialmente em 2006, impulsionada por Armando Dinis e o enfermeiro André Mendes, um apaixonado por esta área. «Já antes desse ano, começámos a trabalhar para a aquisição de equipamento e, desde então, houve um grande desenvolvimento neste âmbito», lembra este enfermeiro, que, atualmente, acompanha João Fonseca nesta área. É de referir que, em 2011, foi criada uma consulta dedicada à litíase, que abrange doentes oriundos de Castelo Branco, Covilhã, Portalegre e Guarda. «Infelizmente, não realizamos mais tratamentos destes porque não reencaminham mais doentes para cá. Já pensámos em entrar em conversa com os nossos vizinhos espanhóis para não se desperdiçar estes preciosos recursos», nota João Fonseca. Em termos tecnológicos, o diretor revela que a área dedicada à litíase está bem apetrechada, dispondo de um holmium laser, um litotritor ultrassónico com aspiração para cirurgia renal percutânea, um lithoclast, um ureterorenoscópio semirrígido e outro flexível (este último com tecnologia chip on the tip).



Sessão de litotrícia extracorpórea por ondas de choque num doente com um cálculo no ureter proximal

entes mais velhos com problemas na próstata, que, muitas vezes, vêm sozinhos... Se fossem enviados para a Consulta Externa, seria mais confuso para eles.» João Fonseca optou, então, por receber estes doentes num gabinete situado no próprio Serviço de Urologia e espera que a possibilidade de oferecer esta comodidade não se perca.

A Consulta de Andrologia é o «recém-nascido» deste Serviço. Arrancou na semana anterior a esta reportagem, no início do passado mês de maio, e está sob a alçada de Alberto Benjamim. «Esta valência foi criada no âmbito do meu doutoramento e acredito que será benéfica para os doentes, pois, por tratar de temas delicados, é necessária alguma privacidade», frisa. Outro interesse deste urologista é a cirurgia laparoscópica. Apesar de efetuar algumas intervenções *minor*, principalmente a remoção de quistos renais, Alberto Benjamim gostava que se desse um salto neste âmbito. «A curva de aprendizagem é grande, pelo que precisamos de pessoas mais novas e mais “formatadas” para esta tecnologia... Se viesse pelo menos mais um colega, seria possível avançarmos para a realização de nefrectomias e até cistectomias por via laparoscópica.»

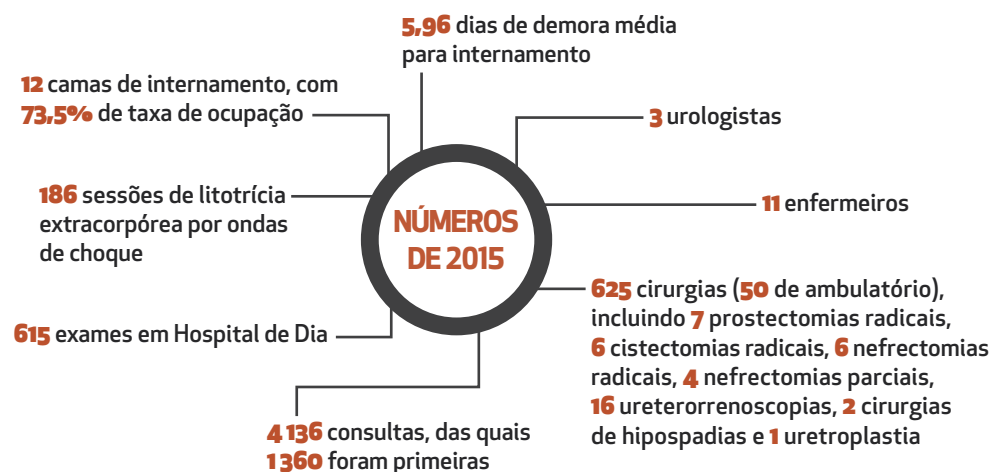
Desafios da interioridade

Já a Urologia Pediátrica está sob a responsabilidade de Manuela Silva, uma das primeiras mulheres do país a especializar-se em Urologia. Na sua consulta semanal observa maioritariamente patologias dos genitais externos e no seu seguimento, quando se justifica, realiza cirurgia de hipospadias, área em que fez formação na Holanda. Manuela Silva aproveita para reforçar a ideia de que, de facto, a falta de pessoas é a principal lacuna deste Serviço. E lança o repto: «Existe preconceito em viver no Interior, pois

ainda é sinónimo de atraso. Mas não é assim e as vantagens são diversas. Moro a cerca de 80 quilómetros do hospital e demoro muito

menos tempo do que quando fazia o percurso entre Carcavelos e o Hospital Militar de Lisboa. Além disso, aqui respira-se ar puro, a qualidade de vida é maior.»

Evidenciando os desafios de uma equipa composta por apenas três urologistas, João Fonseca afirma: «Servimos uma população de 120 mil habitantes e, desde 1999, temos uma urgência organizada de 24 horas, mas não sei se aguentaremos muito mais tempo.» O diretor e Alberto Benjamim asseguram atualmente essa necessidade, além de prestarem formação a alunos do 4.º ano da licenciatura em Medicina da Universidade da Beira Interior. «Espero que o Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos e o Ministério da Saúde entendam a relevância de podermos contar, em breve, com mais pessoas na equipa. Gostava que este Serviço de Urologia adquirisse idoneidade, pois, apesar de tudo, temos capacidade para isso e a entrada de pelo menos um interno faria a diferença», conclui João Fonseca. ■



Alberto Benjamim a realizar um exame de controlo a um doente que, em 2014, foi submetido a cirurgia endoscópica da bexiga

Exames imagiológicos versus biópsias na deteção de tumores renais



Rui Freitas



Pedro Nogueira da Silva

As neoplasias renais constituem um grupo heterogéneo que abrange neoplasias benignas e malignas com alto potencial metastático e a sua incidência tem aumentado nos últimos anos. São mais prevalentes em homens e a partir da sexta década de vida.

O diagnóstico é cada vez mais frequente através da realização de exames de rotina. Desta forma, as lesões diagnosticadas de forma acidental são tendencialmente mais pequenas e em estádios mais baixos.

A caracterização imagiológica das lesões renais varia consoante se trata de uma lesão quística ou uma massa sólida. No caso de um quisto simples, não é necessária nenhuma caracterização adicional para além da ecografia. Todavia, o mesmo não se aplica a quistos com-

plexos (Bosniak II ou superior) ou a massas renais, que exigem um estudo complementar com tomografia computadorizada (TC) ou ressonância magnética (RM). Esta última modalidade diagnóstica é muito útil em casos de neoplasia localmente avançada ou na definição da extensão venosa de um trombo tumoral. Está igualmente indicada em casos de alergia ao contraste iodo utilizado na TC ou nas mulheres grávidas.

No que se refere ao estudo com TC, este deve avaliar a massa renal antes e após a administração de contraste, sendo que a diferença de 15 unidades de Hounsfield é altamente sugestiva de carcinoma de células renais. Pelas suas características patognomônicas, o angiomiolipoma é das poucas lesões nas quais a imagiologia permite a definição específica e, desta forma, o deferir de tratamentos invasivos.

«A capacidade diagnóstica da biópsia parece ser muito próxima dos 100% e a ocorrência de resultados inconclusivos ronda os 8%»

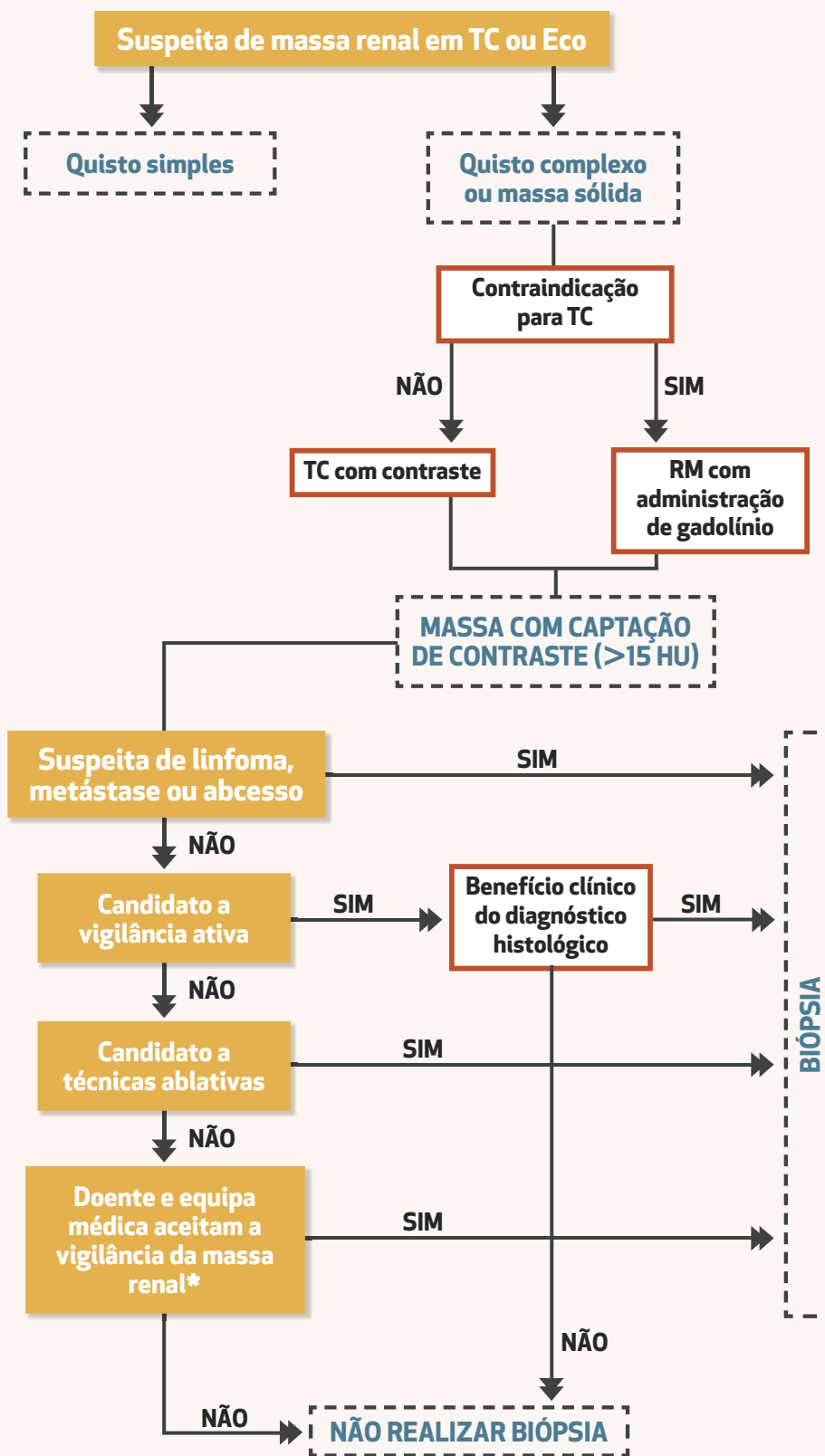
Uma opção cada vez mais viável

Todavia, o estudo imagiológico não permite a diferenciação entre uma lesão benigna, como um oncocitoma, e um carcinoma de células renais. Baseando-se neste pressuposto, o papel da biópsia renal tem crescido nos últimos tempos. Em indivíduos idosos e/ou com comorbidades, sobretudo nos casos em que se pondera observação ou outras modalidades de tratamento, a biópsia apresenta-se como uma excelente estratégia terapêutica.

Contudo, esta não é uma técnica que esteja indicada universalmente. Assim, em jovens, sobretudo os que não aceitam a incerteza associada ao diagnóstico da biópsia, o tratamento cirúrgico facilmente omitirá uma biópsia prévia.

Se, até há bem pouco tempo, se considerava que cerca de uma em cada cinco biópsias dava um resultado falso negativo, este valor foi recentemente revisto – a capacidade diagnóstica da biópsia parece ser muito próxima dos 100% e a ocorrência de resultados inconclusivos ronda os 8%. Se a estes fatores aliarmos a baixa taxa de complicações, facilmente se prevê, num futuro próximo, o aumento das indicações para esta técnica. ■

Algoritmo de diagnóstico



TC: tomografia computadorizada; Eco: ecografia; RM: ressonância magnética; HU: unidade de Hounsfield

***NOTAS:** A vigilância das lesões benignas pode exigir seguimentos longos. Não existe evidência robusta sobre o seguimento longo dos oncocitomas. Existem neoplasias com características histológicas híbridas.

APU investe em encontros científicos para atualização de conhecimentos

Com o objetivo de fomentar a partilha de experiências e conhecimentos entre os urologistas mais seniores, a Associação Portuguesa de Urologia (APU) decidiu criar os Encontros Científicos. O primeiro vai decorrer já no próximo dia 25 deste mês, em Viseu, e terá como tema central a imagem, não só do ponto de vista científico, como também lúdico.

Sandra Diogo



Arnaldo Figueiredo

Uma iniciativa que partiu da anterior direção da APU, mas que só agora conseguiu ser concretizada, cerca de 30 urologistas vão juntar-se no próximo dia 25 para trocarem opiniões e experiências. «A criação deste evento resulta de uma carência que existe em relação à partilha de conhecimentos entre urologistas que, não sendo internos, também não são propriamente reformados», esclarece Arnaldo Figueiredo, presidente da APU. O objetivo do primeiro Encontro Científico da APU será explorar o tema da imagem em termos de interpretação e validação no âmbito cirúrgico e anatomopatológico, como meio auxiliar para identificação de doenças.

«Primeiro, vamos debater o que de mais recente a tecnologia da imagem tem para oferecer à cirurgia urológica. De seguida, o Prof. Vítor



Paulo Rebelo

Sousa [anatomopatologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – CHUC] vai falar sobre o papel da imagem nos diagnósticos anatomopatológicos», avança Paulo Rebelo, um dos organizadores e urologista no Centro Hospitalar Tondela-Viseu/Hospital de São Teotónio. Esta parte do encontro terminará com a participação de todos os elementos do grupo, a quem será pedido para levarem imagens de casos clínicos, no sentido de «se fazer uma “prova de caras”, ouvindo as explicações e os comentários de Vítor Sousa».

Outra das inovações desta iniciativa da APU consiste na interligação entre a parte científica e a componente lúdica. Neste caso, sob a valência da imagem, o encontro proporcionará aos participantes um Curso de Fotografia, a ser ministrado por Tiago Monteiro, reconheci-

do fotógrafo e formador da Academia Olhares. «Será aliciante aprender ou relembrar os fundamentos da Fotografia para que possamos usufruir em pleno das máquinas fotográficas que temos», justifica Paulo Rebelo. E Arnaldo Figueiredo acrescenta: «Será uma oportunidade para otimizar as fotografias que tiramos, sejam de doentes, intervenções cirúrgicas ou peças anatomopatológicas, com qualidade frequentemente aquém do desejável, e que são em si mesmas um reportório que permite a partilha e a apresentação de casos.» ■

PROGRAMA DO 1.º ENCONTRO CIENTÍFICO DA APU

10h30

Café de boas-vindas

11h00

Introdução – Arnaldo Figueiredo

11h10

Avanços em imagem
Imagem cirúrgica – Ferran Menescal (Espanha)

Anatomia patológica – Vítor Sousa (CHUC)

«Prova de caras»: apresentação de casos clínicos em imagem – todos

13h30

Almoço de trabalho

14h30

Curso de Fotografia para Amadores

17h30

Pausa para café

18h30

Encerramento

20h00

Jantar



CARCINOMA DA PRÓSTATA NO 2.º ENCONTRO

Segundo o presidente da APU, o sucesso deste primeiro Encontro Científico determinará a regularidade com que a iniciativa se repetirá, mas as expectativas são elevadas, ao ponto de um segundo encontro já estar agendado para o próximo mês de setembro. A temática também já está definida (o carcinoma da próstata) e haverá uma participação da Sociedade Portuguesa de Oncologia. «Um dos tópicos em análise será o desenvolvimento de estratégias de alimentação para o doente oncológico, com a participação de um chef de cozinha que ensinará a melhor forma de preparar os alimentos e confeccionar uma refeição que seja eficaz na maximização da nutrição destes doentes, mas igualmente saborosa», explica Arnaldo Figueiredo.

Atualização em cirurgia intrarrenal retrógrada

A cirurgia intrarrenal retrógrada (RIRS, do inglês *retrograde intrarenal surgery*) foi a técnica abordada no II Curso Pós-graduado de Atualização em RIRS, que decorreu nos passados dias 25 e 26 de maio, no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM), inserindo-se no plano formativo do Centro de Formação Pós-graduada em Urologia. Dirigido a 16 participantes, entre internos e especialistas, este curso teve uma componente teórica muito alargada e treino prático *hands-on* em ambiente *wet lab* com equipamento e modelos (*endotainers*), além de cirurgias ao vivo realizadas por um reconhecido especialista internacional.

Ana Luísa Pereira



Corpo docente do II Curso Pós-graduado de Atualização em RIRS, acompanhado pelo grupo de formandos

A RIRS é uma técnica cirúrgica que «permite aceder ao rim através de um ureteroscópio flexível, de calibre muito pequeno, e fragmentar cálculos renais», explica Tito Leitão, urologista e coordenador do Centro de Formação Pós-graduada em Urologia do CHLN/HSM. Trata-se de um método pouco invasivo, «que sofreu uma evolução muito grande na última década e que, atualmente, possibilita o tratamento da maioria dos cálculos, independentemente do seu tamanho».

Comparativamente a outras técnicas, como a cirurgia renal percutânea e a litotricia extracorpórea por ondas de choque, «a RIRS tem assumido um papel cada vez mais importante, sendo usada atualmente para tratar a maior parte dos doentes nos centros de referência». No CHLN/HSM, esta técnica «já é usada há cerca de oito anos, em regime de ambulatorio, com mínimo desconforto para os doentes», sublinha Tito Leitão.

Olivier Traxer, professor de Urologia em Paris e cirurgião de referência mundial nesta matéria, realizou duas cirurgias ao vivo neste curso e esclareceu que «a RIRS trata não só cálculos renais, mas também outros problemas, como os tumores uroteliais», sendo «o método mais eficiente, menos invasivo e com menor taxa de complicações». Este especialista concluiu que «a RIRS é a técnica número um e não existe dúvida de que é o futuro». Tito Leitão elogiou o «contributo que Olivier Traxer tem dado à implementação e à evolução da RIRS, técnica que, hoje em dia, qualquer urologista deveria dominar».

O Curso Pós-graduado de Atualização em RIRS tem a acreditação da European School of Urology (ESU) da European Association of Urology (EAU) e, na opinião de Tomé Lopes, diretor do Serviço de Urologia do CHLN/HSM e da Clínica Universitária de Urologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, «é muito especializado e completo, sendo difícil de superar a nível europeu». A transmissão de cirurgias em direto a partir do bloco operatório «tem uma excelente qualidade», sublinha o responsável, adiantando que, no CHLN/HSM, «existem muitas facilidades e condições para este tipo de formação». ■

PRÓXIMAS FORMAÇÕES PÓS-GRADUADAS

Este ano, irão ainda decorrer mais três cursos de formação pós-graduada nas áreas de neuromodulação sagrada, urodinâmica e técnica laparoscópica, com um cariz muito prático, sendo que o número de vagas é reduzido de modo a que os participantes tirem o máximo partido da formação. A saber:

■ I Curso de Atualização em Neuromodulação Sagrada 24 de junho

A neuromodulação das raízes nervosas sagradas é uma técnica de tratamento da disfunção miccional, recentemente disponível em Portugal. Realizada em poucos serviços do País, o CHLN/HSM é, possivelmente, o local que tem a maior casuística, o que justifica a realização deste curso para generalizar a aplicação desta técnica a mais doentes.

■ II Curso de Atualização em Urodinâmica – 23 de setembro

A urodinâmica é essencial na avaliação dos doentes com disfunção

miccional (bexiga hiperativa ou bexiga hipotónica), sendo uma área transversal que desperta o interesse de vários profissionais, inclusive ginecologistas e enfermeiros.

■ I Semana da Laparoscopia Urológica de Lisboa 12 a 14 de outubro

Desta formação fazem parte dois cursos: III Curso Pós-graduado em Técnica Laparoscópica Urológica (12 e 13 de outubro) e I Curso de Laparoscopia Avançada - Nefrectomia Parcial (14 de outubro). O primeiro abordará os princípios técnicos da laparoscopia e o segundo focar-se-á na laparoscopia avançada, nomeadamente na nefrectomia parcial, hoje em dia padrão de ouro no tratamento das neoplasias do rim. A formação terá a acreditação da ESU, e será possível concorrer à certificação da E-BLUS (European-Basic Laparoscopic Urological Skills), única certificação em laparoscopia urológica disponível a nível mundial.

Cirurgias ao vivo em curso de uroginecologia

Nos dias 20 e 21 de maio passado, em Lisboa, cerca de 130 médicos participaram no *Live Surgery Urogynecology Course*, no qual assistiram a intervenções de oradores nacionais e internacionais e observaram cirurgias ao vivo, realizadas no Centro Hospitalar Lisboa Central/Hospital de São José (CHLC/HSJ).

Paulo Palma, professor de Urologia da Universidade Estadual de Campinas, Brasil, foi o primeiro cirurgião a entrar em ação, com a correção de um defeito apical transverso associado a cistocele. «Tradicionalmente, removia-se o útero, mas, como este é saudável, optou-se por outro procedimento. Criámos um novo ligamento artificial, por intermédio de uma fita sintética, e tratámos o prolapso com uma reconstrução sítio-específica, ou seja, reposicionou-se a face vesicovaginal ao anel pericervical do útero», explicou. Para este urologista, faz sentido preservar o útero, pois, «por um lado, evita-se o risco de prolapso da cúpula da vagina, por outro, este órgão é importante para a satisfação sexual».

«Este Curso superou todas as expectativas, pois mostraram-se novas técnicas e abordagens de forma bastante prática e estimulante», referiu Frederico Ferronha, responsável pela área



Paulo Palma (ao centro) a realizar a correção de um defeito apical transverso associado a cistocele

de uroginecologia do CHLC/HSJ, organizador e coordenador deste curso. Este especialista e Clóvis Pereira, urologista em Recife, Brasil, procederam a duas sacrocolpexias laparoscópicas com e sem preservação do útero, respetivamente. A colocação de mini-slings para a incontinência urinária ou de slings na insuficiência esfinteriana intrínseca foram outras das intervenções cirúrgicas levadas a cabo ao longo do Curso.

Luís Campos Pinheiro, diretor do Serviço de Urologia do CHLC/HSJ e também organizador deste curso, afirma que recebeu «um feedback

excelente dos participantes, palestrantes, moderadores e cirurgiões». E acrescentou: «O CHLC tem grande tradição na área de uroginecologia, que se refletiu no sucesso deste curso.» Outro dos organizadores, Ricardo Mira, diretor da área de Ginecologia e Obstetrícia do CHLC/Maternidade Alfredo da Costa, sublinha «a multidisciplinaridade no tratamento das patologias uroginecológicas, nomeadamente entre urologistas e ginecologistas, pelo intercâmbio de *know-how* em benefício dos doentes, aspeto a que este curso atendeu». ■ **Marisa Teixeira**

Debate multidisciplinar sobre o tratamento do CPmRC



O oncologista Peter Nelson (à direita) falou numa sessão presidida por Tomé Lopes e moderada por António Araújo e Nuno Vau

«Desafiar o presente para avançar no futuro» foi o mote da 5.ª edição do Prossyga, que decorreu nos dias 20 e 21 de maio passado, em Lisboa. Trata-se de uma reunião anual promovida pela Janssen, que debate as últimas novidades no tratamento do carcinoma da próstata metastático resistente à castração (CPmRC). Uma das oradoras foi Catarina Gameiro, que apresentou sua perspetiva, enquanto urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, em relação à otimização do estadiamento e da avaliação imagiológica da doença avançada. «Enfatizei aspetos relativos à dificuldade de seleção dos doentes ideais para a realização de exames

de seguimento e de estadiamento e à necessidade de personalizar a avaliação e de estratificar o risco, visto os urologistas serem, geralmente, os primeiros a abordar estes doentes.» A especialista caracterizou esta reunião de «excelente, porque a multidisciplinaridade é palavra de ordem na discussão de assuntos muito específicos».

A provar isso mesmo, entrevistaram vários oncologistas, como Peter Nelson, do Fred Hutchinson Cancer Research Center, nos EUA, e Heather Payne, dos University Colleges London Hospitals, no Reino Unido. Enquanto o primeiro incidia na via dos androgénios como alvo crítico do CPmRC, a segunda comentou as terapêuticas com base na eficácia e na qualidade de vida. «O recetor de androgénio ainda se mostra muito ativo no CPmRC, mesmo depois de se tratar com privação de androgénio, enzalutamida ou acetato de abiraterona, portanto, continua a ser um alvo importante», referiu Peter Nelson.

Por sua vez, Heather Payne salientou que «a eficácia dos fármacos tem de ser balanceada com a qualidade de vida, mas tem de se perceber as mais-valias de cada medicamento e as necessidades específicas de cada doente». Um dos moderadores desta sessão, José Palma dos Reis, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, avançou que «o acetato de abiraterona, além de prolongar a quantidade de vida, fá-lo com qualidade». «Não existir dor nem náuseas e o doente ter o mínimo de autonomia para desfrutar de forma aceitável a vida que lhe resta é fundamental», concluiu. Tendências futuras em laparoscopia, gestão da adesão às terapêuticas orais e doença metastática hormonosensível foram outros dos temas abordados no Prossyga 2016. ■ **Marisa Teixeira**

Urologia portuguesa em alta no congresso da AUA

Foram vários os portugueses que participaram no AUA (American Urological Association) Annual Meeting 2016, que decorreu em San Diego, entre 6 e 10 de maio. Com um programa dinâmico e muito variado, que abrangeu diferentes subespecialidades, este congresso contou com um momento alto da representação nacional, quando a classificação de melhor *abstract* foi atribuída a Peter Kronenberg.

Ana Luísa Pereira

O último congresso da AUA «teve um nível globalmente elevado e cobriu todas as vertentes da Urologia», nas palavras de Raul Rodrigues, diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira, nos Açores. Já Lorenzo Marconi, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, destaca «as três novidades que vão transformar a cirurgia robótica num futuro próximo: o *feedback* tátil, os braços robóticos flexíveis e a entrada no mercado de novos fabricantes de robots». Estreante no congresso americano, Álvaro Nunes, urologista no Centro Hospitalar Barreiro Montijo, considera que este evento «estava muito bem organizado, oferecendo um vasto leque de temas e abordando as mais recentes novidades», mas sublinha que «a Europa não fica atrás do que se faz nos Estados Unidos».

O que mais se destacou no AUA 2016, na opinião de Lorenzo Marconi, foi «o enfoque na nefrectomia citorrredutora, campo no qual a seleção dos doentes que irão ser submetidos



O AUA 2016 atraiu cerca de 16 000 participantes oriundos de todo o mundo, entre os quais vários portugueses

a essa técnica cirúrgica assume cada vez maior importância» e «a caracterização das pequenas massas renais, com debates sobre as biópsias percutâneas e o potencial papel da imagiologia quantitativa (*radiomics*)». Para Raul Rodrigues, a principal novidade foram as sessões apelidadas de SOS (sigla resultante de *Setbacks and Operative Solutions*), que «colocaram os melhores urologistas a falar sobre as complicações que surgem na prática diária e as estratégias para as resolver».

Também Álvaro Nunes salienta este aspeto como o mais interessante a que assistiu neste encontro, uma vez que «foram apresentadas complicações que raramente são abordadas nos congressos, o que constituiu um ato de humildade por parte de cirurgiões reconhecidos mundialmente». Este congressista destaca tam-

bém a abordagem de «algumas inovações tecnológicas no campo da endourologia e de novas terapêuticas para o carcinoma da próstata metastizado resistente à castração».

Maiores desafios e novidades

Porém, as maiores novidades no contexto urológico, segundo Álvaro Nunes, passam pela robótica e pela endourologia, com «a tendência de surgirem instrumentos cada vez mais pequenos e menos invasivos», e pela terapêutica do carcinoma da próstata, «que está em grande evolução com o aparecimento de novas informações e fármacos em ensaios clínicos de fases II e III». Esta área do carcinoma da próstata está «em grande mudança, surgem novidades praticamente todos os semestres e, de facto, o que se faz hoje não se fazia há uma década». «Provavelmente, daqui a cinco ou dez anos, teremos indicações e combinações de fármacos muito diferentes dos que temos atualmente», frisa Álvaro Nunes.

Por sua vez, Raul Rodrigues admite que o maior desafio, a nível nacional, é a «criação de verdadeiros centros de referência, por analogia com o que se faz no estrangeiro, parecendo que estão a ser dados passos sérios nesse sentido». Este urologista prevê que «apareçam muitas novidades tecnológicas, farmacológicas e até patológicas (com novas doenças e novos paradigmas terapêuticos), tendo em conta que a Urologia é, possivelmente, uma das especialidades mais tecnológicas e mais diversificadas da Medicina». ■

PETER KRONENBERG DISTINGUIDO ENTRE MILHARES

De uma seleção inicial dos seis melhores trabalhos, entre os milhares que foram apresentados no AUA 2016, o *abstract* intitulado «*Ultra-short, short, medium and long-pulse laser lithotripsy performance*», da autoria de Peter Kronenberg, do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora, foi classificado como *Best Abstract*. Este urologista português desenvolve investigação há vários anos no âmbito dos lasers em endourologia, «algo muito prático e inovador», como classifica Álvaro Nunes, que considera ter sido «muito relevante assistir à distinção mundial do trabalho de um colega e amigo português, no âmbito de um congresso americano». Peter Kronenberg assume-se satisfeito por ver o seu trabalho científico reconhecido internacionalmente, sendo «recompensador pelo tempo dedicado à investigação e “roubado” à família» e antecipa que «existirão muitos avanços na Urologia nos anos que se avizinham, sobretudo em termos de robótica».

Urologistas portugueses e espanhóis mais próximos

Na sequência da parceria entre a Associação Portuguesa de Urologia (APU) e a sua congénere espanhola, Arnaldo Figueiredo foi um dos intervenientes na 32.ª Reunião Nacional do Grupo Espanhol de Urologia Oncológica, que decorreu em Cádiz, nos dias 15 e 16 de abril. «Foram apresentados os projetos da Associação Espanhola de Urologia [AEU] no campo da Oncologia, designadamente os registos do tumor do testículo (este projeto em parceria com a APU), assim como um curso *online* de carcinoma da próstata e o registo de vigilância ativa», resume o presidente da APU, a quem coube dirigir a sessão dedicada ao carcinoma da bexiga. Relativamente à neoplasia do rim, foi abordada a importância das metástases num contexto em que existem fármacos com uma eficácia que não era expectável há uns anos. No que diz respeito ao cancro da próstata, debateram-se os avanços no tratamento, mas também a importância da prevenção e da vigilância ativa.

Sobre esta reunião, Arnaldo Figueiredo ressalva «a importância que a Oncologia ocupa na Urologia atualmente, desde a prevenção até aos casos de carcinoma metastizado». É, aliás, nesse contexto que as duas associações têm desenvolvido projetos comuns, nomeadamente a implementação de uma base de dados ibérica de cancro do testículo. Mas há outras iniciativas que terão aplicação prática ainda este ano: a segunda reunião do também recentemente constituído Grupo Ibérico do Carcinoma da Próstata Metastizado, que terá lugar em La Granja, no próximo mês de julho, e a 3.ª Reunião do Rim Metastizado, que irá decorrer em novembro, na Ericeira. «São reuniões de urologistas portugueses e espanhóis que se dedicam especialmente ao tratamento das neoplasias metastizadas, dado que tanto a APU



como a AEU entendem que o papel do urologista é fulcral no tratamento e acompanhamento dos doentes com neoplasias urológicas, em todas as fases da doença», conclui o presidente da APU. ■ **Sandra Diogo**

I Reunião de Andrologia do Hospital de Braga



NA SESSÃO DE ABERTURA (da esq. para a dta.): Pedro Venda (vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia), Manuel Vila Mendes (urologista no Hospital de Braga - HB), Estêvão Lima (diretor do Serviço de Urologia do HB), Alberto Bessa Peixoto (diretor clínico do HB), Miguel Guimarães (presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos) e Firmino Marques (vice-presidente da Câmara Municipal de Braga)

Segundo o seu coordenador, Manuel Vila Mendes, a I Reunião de Andrologia e Sexologia Clínica do Hospital de Braga, que decorreu a 30 de abril, «ultrapassou as expectativas, com um número de inscritos superior a três dígitos e palestrantes de nível fabuloso», o que fez com que «fosse sugerida a futura repetição do evento». O tema da disfunção erétil (DE) assumiu grande destaque nesta primeira edição. Apesar de os inibidores da fosfodiesterase-5 constituírem o tratamento *standard*, Joaquim Lindoro, diretor do Serviço de Urologia no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, afirmou que «devem ser iden-

tificados os fatores de risco vascular, os fatores reversíveis e as causas menos vulgares, além de perceber que uso o doente pretende fazer da medicação (pontual, ocasional ou contínuo), uma vez que os fármacos têm perfis diferentes que permitem uma escolha individualizada».

No que diz respeito à cirurgia, esta opção «surge, habitualmente, como tratamento de segunda ou terceira linha», esclareceu Isaac Braga, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, sendo que «as próteses penianas assumem-se atualmente como o tratamento cirúrgico por excelência». Porém,

colocam-se ainda alguns desafios, como «o preço, o desenvolvimento de técnicas cirúrgicas que não impliquem a destruição dos corpos cavernosos, as potenciais complicações e a seleção dos candidatos ideais», frisou Isaac Braga.

Ao nível das causas da DE, Sofia Pinheiro Lopes, urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, falou sobre os «fatores iatrogénicos associados, como os farmacológicos, os cirúrgicos e a radio-terapia». Esta oradora explicou que «a intervenção nos fatores de risco e o controlo dos fatores iatrogénicos associados devem estar na base do tratamento», ressaltando que «tanto o médico de Medicina Geral e Familiar como o urologista devem ter uma atitude pró-ativa perante a DE».

No âmbito da disfunção sexual feminina, Luís Braga, ginecologista-obstetra no Hospital de Braga, sublinhou que, «dada a peculiaridade da sexualidade feminina face à masculina, o tratamento na mulher é mais complexo e deve envolver as questões psicológicas, os afetos e a dinâmica do casal». Durante o jantar de encerramento da reunião, Alfredo Malheiro, ex-diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Braga, foi homenageado pelos seus «discípulos», que lhe dirigiram palavras de apreço e reconhecimento. ■ **Ana Luísa Pereira**

Formação prática em cirurgia minimamente invasiva



Participantes e formadores no *Masterclass in Advanced and Minimally Invasive Urological Surgical Innovation*

A formação *hands-on* foi a grande aposta do *Masterclass in Advanced and Minimally Invasive Urological Surgical Innovation*, que decorreu no Hospital de Braga, nos dias 15 e 16 de abril passado. Destinado a internos, este curso mostrou os últimos avanços tecnológicos em cirurgia minimamente invasiva e promoveu o intercâmbio de informação entre médicos e engenheiros biomédicos.

Ana Luísa Pereira

Estêvão Lima, diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Braga e professor na Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, não hesita em afirmar que «Braga oferece condições únicas para este tipo de formação, contando com dez torres de laparoscopia que permitem formação em 3D», sendo «caso único em Portugal e dos poucos centros a nível europeu com estas valências», o que atrai também a «vinda de formandos e oradores estrangeiros».

O *Masterclass in Advanced and Minimally Invasive Urological Surgical Innovation* incluiu «treino cirúrgico *hands-on* de laparoscopia avançada em porco vivo anestesiado, palestras, teste de protótipos e intercâmbio de conhecimentos». Pela primeira vez, «contactou-se com tecnologias urológicas ainda em fase experimental, como o novo sistema de punção renal guiada por campo eletromagnético (desenvolvido na Universidade do Minho), stents biodegradáveis, entre outras». Mas «o mais interessante foi o contacto entre os formandos e os engenheiros biomédicos, que criou uma in-

teração pouco habitual e uma “feira de ideias”, frisa Estêvão Lima.

Importância da simulação cirúrgica

Domenico Veneziano, urologista vindo de Itália, aluno de doutoramento na Universidade do Minho e coordenador da formação *hands-on* do EUREP (European Urology Residents Education Programme), apresentou o tema «*Surgical training and education projection to 2025*». Este orador admitiu que «têm aparecido muitas novidades no campo da educação em cirurgia nos últimos 15 anos», sendo que «o treino

hands-on permite uma aprendizagem mais fácil por parte dos internos e permite evitar erros técnicos no bloco operatório com o doente real».

No entanto, o especialista espera que, nos próximos anos, surja «mais padronização, protocolos mais dedicados, mais envolvimento tecnológico e mais certificações, para preservar a segurança do doente e diminuir as diferenças entre os vários países». Além disso, sublinhou que «as universidades devem perceber o potencial da simulação na formação de novos especialistas, além de ser uma forma divertida de ensinar cirurgia».

Interação entre diferentes profissionais

Na opinião de Riccardo Autorino, urologista vindo dos Estados Unidos, estes eventos educacionais constituem «uma experiência de aprendizagem única e uma oportunidade de expor os formandos a novas ferramentas e técnicas». Este curso em particular «pautou-se por uma boa combinação entre a componente prática, a teoria e a interação com a universidade», o que justifica que «Estêvão Lima e a sua equipa continuem com o esforço e o compromisso necessários para levar a cabo este evento anual em Braga». Este convidado sublinhou ainda os «grandes desenvolvimentos que ocorreram no campo da endourologia» e mostrou-se confiante em relação aos «avanços futuros e às mudanças de paradigma que vão ocorrer dentro de poucos anos».

Também Marco de Sio, urologista italiano, considerou que os «progressos na Medicina e na cirurgia urológica resultam, cada vez mais, da troca de ideias e do debate entre diferentes especialistas». Sobre o *Masterclass in Advanced and Minimally Invasive Urological Surgical Innovation*, este orador destacou «o debate entre médicos, engenheiros e biólogos», tal como a realização de cirurgia *wet lab*, que «foi essencial para o desenvolvimento de competências técnicas dos formandos». ■

UROLOGIA É UMA DAS ESPECIALIDADES MAIS TECNOLÓGICAS

«A cirurgia urológica tem grande influência da tecnologia e, por essa razão, os urologistas sempre estiveram na linha da frente em termos de inovações, novas ferramentas e dispositivos. É fundamental que estes especialistas se mantenham a par dos avanços tecnológicos para oferecer o melhor cuidado aos doentes.»

Riccardo Autorino

Opinião // **Belmiro Parada**

Embolização das artérias prostáticas no tratamento da HBP



Urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra | Membro do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos

A embolização das artérias prostáticas é descrita como uma técnica alternativa, minimamente invasiva, para o tratamento dos sintomas urinários do trato urinário inferior (LUTS) secundários a hiperplasia benigna da próstata (HBP), em doentes que não responderam adequadamente ou que não toleraram a terapêutica médica. A técnica envolve a avaliação da anatomia arterial pélvica e prostática por angiotomografia computadorizada (angio-TC) ou ressonância magnética nuclear, antes do procedimento.

O procedimento decorre sob anestesia local, geralmente através de uma abordagem da artéria femoral direita. É realizado sob controlo angiográfico, com embolização seletiva das arté-

rias prostáticas, consequente oclusão vascular e isquemia do órgão. A fundamentação teórica dos mecanismos de ação que justificam os benefícios clínicos observados é escassa e superficial: a embolização levaria a necrose isquémica de uma proporção significativa da próstata e a posterior redução do volume justificaria a melhoria dos sintomas. Esta explicação revela-se bastante frágil e incoerente com os resultados publicados, dado que, em muitos trabalhos, não há relação entre a redução do volume e a melhoria clínica.

Revisão crítica da literatura

São escassos os estudos prospetivos que avaliem os resultados da embolização das artérias prostáticas no tratamento da HBP. A maior série publicada é um estudo não randomizado, que incluiu 255 doentes, com HBP e LUTS moderados a severos, após falência da terapêutica médica instituída durante, pelo menos, seis meses. Segundo os autores, os doentes foram informados acerca das opções terapêuticas disponíveis e escolheram a embolização. O sucesso clínico foi definido como uma melhoria nos sintomas e na qualidade de vida: redução do IPSS (*International Prostatic Symptom Score*) $\geq 25\%$ e IPSS < 18 ; melhoria do score de qualidade de vida (QoL) de pelo menos 1 e QoL ≤ 3 .

Após um seguimento médio de dez meses, o sucesso clínico foi de 81,9%; 77,9%; 75,2%; 72%; 72% aos 1, 6, 12, 24 e 36 meses, respetivamente. Foi referida uma complicação *major*, a isquemia vesical, com necessidade de cirurgia e o sucesso técnico foi de 97,9%. O mesmo grupo, num outro artigo publicado no mesmo ano, avaliou 89 homens. Os critérios de inclusão foram os mesmos do estudo anterior, com exceção da idade e do período temporal, pelo que se presume que este estudo englobe uma subpopulação de doentes do trabalho anterior. Após um seguimento médio de oito meses, os autores relatam uma melhoria clínica aos um e seis meses de 88 e 78%.

Convém referir que a melhoria clínica foi definida por critérios diferentes do trabalho anterior: redução do IPSS $\geq 25\%$ e IPSS < 15 ; melhoria de QoL de pelo menos 1 e QoL ≤ 3 ; melhoria do Qmax (*maximum urinary flow rate*) $\geq 2,5$ ml/seg

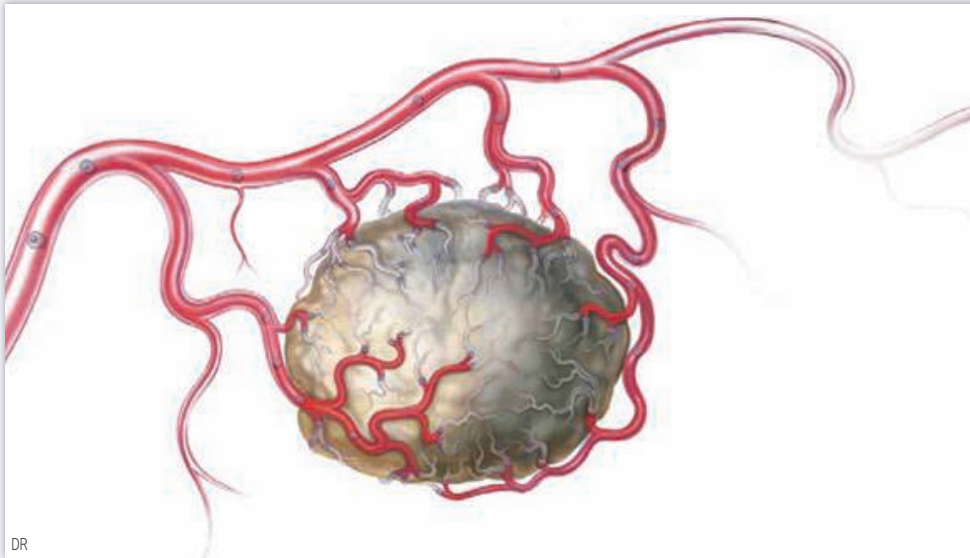
e Qmax $\geq 7,0$ ml/seg. A definição de sucesso clínico é questionável. A título de exemplo, um doente com persistência de sintomas moderados (IPSS - 14), com obstrução infravesical (Qmax - 8 ml/seg) e não satisfeito (QoL - 3) após a embolização prostática é considerado um sucesso, segundo a definição dos autores.

«A evidência atual sobre a eficácia e a segurança da embolização arterial prostática para o tratamento de LUTS secundários a HBP é insuficiente em quantidade e qualidade, não estando comprovada a sua eficácia nem assegurada a segurança dos doentes que a realizam»

O único estudo prospetivo e randomizado destinado a comparar a embolização das artérias prostáticas e a ressecção transuretral da próstata (RTU-P) no tratamento de doentes com HBP é de um grupo chinês. A RTU-P obteve melhorias clinicamente mais significativas em todos os parâmetros analisados, exceto o tempo de internamento. Quanto às complicações, foram mais elevadas no grupo da embolização, quer em número absoluto quer nas complicações *major* III/IV.

Uma revisão sistemática acerca deste tema debruçou-se sobre 562 artigos, dos quais foram destacados nove com 706 doentes incluídos. Em oito destes nove artigos, havia uma sobreposição de dados e a sua qualidade foi considerada fraca. Do ponto de vista de evidência científica, a embolização das artérias prostáticas para o tratamento dos LUTS na HBP apresenta, no momento atual, diversas limitações:

- Uma fundamentação teórica do mecanismo de ação escassa e superficial;
- As publicações científicas são limitadas e de fraca qualidade;



- As séries clínicas provêm, maioritariamente, da mesma instituição, com repetição de dados, com heterogeneidade nas metodologias utilizadas e na definição de sucesso clínico. Além disso, os critérios usados para definir sucesso clínico são discutíveis e diferentes dos utilizados nas outras técnicas já estabelecidas;
- Períodos de seguimento curtos;
- Existe apenas um estudo prospetivo, randomizado, comparativo desta técnica com a RTU-P, que demonstra ser esta última a mais eficaz e segura.

Posição de diversas sociedades científicas

- European Association of Urology, American Urological Association e Canadian Urological Association: não aparece qualquer referência a esta técnica nas *guidelines* destas associações.
- A Urological Society of Australia and New Zealand recomenda:
 - A embolização das artérias prostáticas apenas deve ser oferecida em contexto de ensaio clínico aprovado e deveria ser considerada experimental;
 - Esta técnica não pode ser recomendada como forma de tratamento de LUTS secundários a HBP até que a segurança e a eficácia sejam comprovados por estudos adicionais;
 - Dadas as múltiplas causas de LUTS, além da HBP, a consulta com um urologista é altamente recomendada antes de qualquer intervenção, inclusive para os homens que considerem a realização desta técnica.

- A Society of Interventional Radiology considera que esta técnica, apesar de potencialmente promissora para o tratamento da HBP, apresenta várias limitações:

- Não pode ser utilizada no tratamento de outras causas de LUTS;
- Os critérios de exclusão não estão claramente estabelecidos;
- É tecnicamente difícil de executar;
- Alguns procedimentos associam-se a tempos de exposição longos, podendo ocorrer efeitos adversos;
- Embora possa haver indicações para embolização arterial prostática de emergência em hemorragias pós-operatórias ou outras situações urgentes, a utilização eletiva desta técnica para o tratamento eletivo da HBP requer investigação adicional antes de ser aceite.

- Convém ainda destacar a posição do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) do Reino Unido: «A evidência atual sobre a eficácia e a segurança da embolização arterial

prostática no tratamento da HBP é insuficiente em quantidade e qualidade. Desta forma, o procedimento apenas deve ser efetuado no contexto de investigação. A embolização arterial prostática para a HBP deveria ser realizada apenas após avaliação dos doentes por uma equipa multidisciplinar que inclua um urologista e um radiologista de intervenção.»

CONCLUSÕES

1. A evidência atual sobre a eficácia e a segurança da embolização arterial prostática para o tratamento de LUTS secundários a HBP é insuficiente em quantidade e qualidade, não estando comprovada a sua eficácia nem assegurada a segurança dos doentes que a realizam;
2. Esta técnica não pode ser recomendada como forma de tratamento de LUTS secundários a HBP até que a sua segurança e eficácia sejam comprovados por estudos adicionais de qualidade científica inquestionável, prospetivos, randomizados, com um grande número de doentes e seguimento temporal adequado;
3. Esta técnica deve ser considerada experimental e apenas realizada em contexto de ensaio clínico aprovado e que cumpra todas as normas em vigor, bem como a *leges artis* relativas a estudos experimentais/ensaio clínicos;
4. A serem realizados ensaios clínicos, a equipa multidisciplinar deve obrigatoriamente incluir um especialista em Urologia, reconhecido pela Ordem dos Médicos, com as competências clínicas necessárias para participar em ensaios clínicos;
5. A embolização das artérias prostáticas não tem qualquer indicação para o tratamento do carcinoma da próstata, sendo nula a evidência científica nesta área. ■

NOTA: A versão integral deste parecer técnico-científico pode ser consultada em www.apurologia.pt

PARECER APROVADO PELO CEUOM

Avelino Fraga, presidente do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos (CEUOM), salienta a relevância deste parecer técnico-científico sobre a embolização das artérias prostáticas, que foi aprovado por unanimidade pela direção do CEUOM. «Trata-se de um parecer muito rigoroso e importante, que vem ao encontro dos anseios da comunidade urológica e dos médicos em geral, combatendo e denunciando o experimentalismo e a má prática médica», frisa Avelino Fraga, adiantando que, em breve, proceder-se-á à análise dos aspetos publicitários e éticos relacionados com esta questão.

Desafios atuais e futuros da cirurgia reconstrutiva



Entre os dias 27 e 29 de maio passado, reuniram-se na Batalha 31 formandos e oito formadores para participar no Módulo V da Academia de Urologia, que abordou temas como as infeções urinárias, a traumatologia urológica e as patologias urológicas decorrentes da gravidez e do parto. Mas o grande destaque foi para os desafios atuais e futuros das técnicas cirúrgicas de reconstrução do aparelho geniturinário.

Sandra Diogo

Os coordenadores do Módulo V da Academia de Urologia, Paulo Temido e José Santos Dias, respetivamente urologistas no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM), quiseram reestruturar a organização dos temas, concentrando-os em menos sessões, mas garantindo o espírito de partilha de

conhecimentos que já caracteriza estas reuniões formativas. «Para além da comunicação da ciência que vem nos livros, a grande mais-valia da Academia de Urologia é a troca de experiências clínicas pessoais», reforça Paulo Temido. Uma lógica particularmente útil neste módulo mais recente, que destacou os temas da traumatologia do aparelho urinário e a cirurgia reconstrutiva. «São questões que levantam até

algumas polémicas, porque há várias possibilidades terapêuticas e técnicas que podemos seguir», frisa José Santos Dias.

A formação arrancou com a abordagem de um problema que é mais familiar para os urologistas: as infeções urinárias. «Ainda que não haja propriamente novidades sobre este assunto, a verdade é que importa termos os conhecimentos sempre presentes, porque estamos a

COMPLEXIDADES DA REATRIBUIÇÃO SEXUAL

O Módulo V da Academia de Urologia contou também com uma sessão sobre cirurgia de reatribuição sexual, na qual Susana Pinheiro, cirurgiã plástica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, apresentou as diferentes técnicas disponíveis e as respetivas vantagens e desvantagens. «A primeira intervenção deve ser a mastectomia porque facilita a integração do indivíduo enquanto sexo masculino na sociedade e, muitas vezes, é associada, no mesmo tempo cirúrgico, com a vaginectomia, a histerectomia e a anexectomia. Depois, avança-se para a reconstrução dos genitais externos, sendo que há duas opções dependentes da vontade do utente: a metoidioplastia e a construção de um neofalo», explicou a formadora, falando da reatribuição sexual de mulher para homem.

Sobre a complexidade dos procedimentos, Susana Pinheiro deixou o alerta de que é necessário «o doente estar bem informado de que se trata de um processo irreversível, com inúmeras complicações, sujeito a muitas revisões». Neste sentido, a cirurgiã plástica reforçou a importância deste processo ser acompanhado por uma equipa multidisciplinar com psicólogos, psiquiatras, endocrinologistas, e uma equipa cirúrgica formada por urologistas, cirurgiões plásticos e ginecologistas, como acontece na Unidade de Reconstrução Geniturinária e Sexual do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

perder a guerra contra as bactérias e o excesso de prescrição de antibióticos é um problema sério e atual.» Neste sentido, o urologista do CHLN/HSM quis alertar para a necessidade de os médicos serem cada vez mais disciplinados no seguimento dos protocolos de antibioterapia, quer terapêutica quer profilática, nomeadamente em relação aos antibióticos de primeira linha e à duração dos tratamentos.

Estratégias em situação de emergência

As questões relacionadas com a traumatologia urológica estiveram a cargo de Miguel Rodrigues, urologista no Centro Hospitalar do Algarve/Hospital de Faro. Este formador dividiu a sua apresentação em seis partes (rim, ureter, bexiga, uretra, genitais e abordagem do doente politraumatizado), salientando que «o rápido controlo da hemorragia, o desbridamento de tecidos desvitalizados e a minimização do extravasamento urinário são as estratégias a ter em conta para a estabilização do doente».

Miguel Rodrigues reforçou que no trauma renal, cada vez mais, se deve privilegiar o tratamento conservador, «mesmo em lesões graves, desde que o doente esteja estável». Neste contexto, e reforçando que muitas vezes a intervenção cirúrgica leva à perda do rim, o especialista realçou as circunstâncias em que se deve proceder à exploração: «instabilidade hemodinâmica, estudo de lesões associadas, hematoma expansivo-pulsátil, lesão vascular de grau V e, dependendo da extensão da lesão, no traumatismo penetrante de grau IV e V».

Inovações nas derivações urinárias

Por sua vez, Estêvão Lima, diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Braga, partilhou com os formandos os seus conhecimentos e experiência sobre as derivações urinárias, apresentando as diferentes técnicas heterotópicas e ortotópicas, nas vertentes aberta, laparoscópica e robótica, e referindo as vantagens e desvantagens de cada uma. «No caso da neobexiga ortotópica na mulher, há o benefício de preservar o útero e os ovários, o que contribui para impedir a incontinência precoce e a retenção urinária; assim como a parede anterior da vagina, os feixes músculo-nervosos e os músculos elevadores do ânus», exemplificou. Foi também neste contexto que defendeu que «80 a 90% dos homens e 75% dos elementos do sexo feminino deviam ser submetidos a esta técnica».

Este formador aproveitou ainda para falar sobre a sua experiência pessoal e apresentar alguns dados da prática clínica no Hospital de Braga. «Das cerca de 80 cistectomias realizadas por via laparoscópica, quase todas foram feitas intraperitonealmente e sem qualquer complicação por ter os ureteres colocados den-

tro da cavidade abdominal. Aliás, até as estenoses do ureter à neobexiga são mais facilmente resolúveis usando a via laparoscópica, porque estão visíveis e de fácil acesso.»

Paciência e rigor

Para apresentar a sessão «Cirurgia reconstrutiva da uretra», tomou a palavra Francisco Martins, urologista no CHLN/HSM, que começou por alertar para a necessidade de o cirurgião estar preparado para encontrar um cenário diferente daquele que tinha idealizado antes da cirurgia. «Cada localização da estenose da uretra pode ter uma técnica diferente ou várias. Depende muito da experiência e da filosofia do cirurgião, sem esquecer que este tem de se adaptar às condições dos tecidos do doente e às características da estenose, que devem ser avaliadas no início da cirurgia com um endoscópio, de preferência pediátrico.»

Uma das preocupações deste palestrante foi a de que os formandos percebessem a importância dos pormenores neste tipo de intervenção. «Numa cirurgia reconstrutiva, o menor descuido pode ser a causa crucial para o fracasso da intervenção, pelo que é preciso ter muita paciência e evitar gestos bruscos», recomendou Francisco Martins, explicando que «um cirurgião reconstrutivo deve manter sempre a calma e o controlo». Foi também nesse sentido que explicou que alguns procedimentos não podem ser realizados de uma vez só, sob o risco de se aumentarem as complicações futuras. Este formador terminou a sua intervenção com a abordagem às fístulas retouretrais, uma complicação que surgiu dos tratamentos recentes utilizados em patologias da próstata, bexiga e reto.

Outro orador do Módulo V da Academia de Urologia foi Nuno Louro, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António. Numa primeira intervenção, o especialista debruçou-se sobre a cirurgia reconstrutiva nos tumores do pénis e traumatismos genitais e sobre as próteses penianas. Numa segunda fase,

PROJETO MICROBIOMA HUMANO

Luís Abranches Monteiro aproveitou a sua intervenção na sessão dedicada às infeções urinárias para falar sobre o Projeto Microbioma Humano, através do qual se descobriu que 90% das células humanas são parasitas bacterianos. «Há evidência científica de que estas bactérias usam o seu próprio DNA e RNA para poder infestar o nosso, influenciando o valor e, principalmente, a qualidade de alguns neurotransmissores do urotélio e transformando alguns neurotransmissores que estavam inativos em ativos e vice-versa.» Neste contexto, «os investigadores estão a tentar perceber se há diferentes microbiomas em pessoas com determinadas patologias», explicou o urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures. A bexiga hiperativa foi uma das primeiras doenças a serem pesquisadas e «a verdade é que parece existir evidência de que pessoas com este problema têm um padrão de microbioma diferente».

falou sobre o futuro deste tipo de cirurgia, nomeadamente questões relacionadas com a engenharia de tecidos e a regeneração neuronal.

A formação terminou com a intervenção de Paulo Temido, a quem coube debater as patologias urológicas decorrentes da gravidez e do parto. «Selecionei três doenças que me parecem as principais, quer pela frequência quer pela gravidade: a infeção urinária, que é muito frequente e causa inúmeros problemas; a urolitíase, em especial no seu estado agudo, isto é, a cólica renal, que nos coloca muitos desafios não só em termos de diagnóstico, como também de tratamento; e, por último, as complicações urológicas do parto, em especial as traumáticas.» ■



Os formadores Francisco Martins e Estêvão Lima (ao centro), acompanhados pelos coordenadores Paulo Temido (à esq.) e José Santos Dias (à dta.)

FILIPE CARVALHO



«Estes anos nos EUA têm sido pautados por bastante trabalho, que se tem traduzido em resultados»

Em 2010, interrompeu o internato no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António para fazer o doutoramento na Johns Hopkins University, em Baltimore, Estados Unidos. Entretanto, as potencialidades deste país foram tão aliantes que Filipe Carvalho decidiu obter a especialidade no Georgetown University Hospital, em Washington, e ainda não sabe se o futuro voltará a passar por Portugal. Certezas, para já, só que pretende continuar a ser um académico e a dedicar-se à investigação.

Sandra Diogo

Porque decidiu fazer o doutoramento na Johns Hopkins University?

Desde que terminei o curso de Medicina que pretendia fazer um doutoramento. O *timing* teve um pouco a ver com razões pessoais e com a certeza de que, se não o fizesse no início do internato, possivelmente, nunca mais o faria. Quando ainda estava a fazer o internato de Urologia em Portugal, comecei a ter um interesse especial em estudar o cancro da próstata e, por isso, a Johns Hopkins University destacou-se como o lugar ideal para fazer investigação nessa área.

Porque tem esse interesse especial pelo cancro da próstata?

É a neoplasia maligna mais frequente no homem e a sua evolução pode ser perfeitamente indolente, sem necessitar de tratamento ativo ou extremamente agressivo. Desde que comecei o internato no Hospital de Santo António que me intrigava saber que vias moleculares estariam envolvidas na progressão dos tumores da próstata. Grande parte do meu trabalho consistiu em perceber que diferenças moleculares existem entre os tumores indolentes e os agressivos, que, apesar dos tratamentos modernos, são letais.

Quando se mudou para os Estados Unidos, a preparação que levava foi suficiente para enfrentar os desafios que encontrou?

Penso que, em termos de conhecimentos teóricos, estava bem preparado. No entanto, o doutoramento tem períodos de muita repetição de processos experimentais que não funcionam bem, de otimização de técnicas e resultados que podem não aparecer durante meses. Para isso não estava preparado. Ainda assim, acredito que é uma «caminhada» semelhante para todos os estudantes de doutoramento, seja nos EUA ou em Portugal.

Que motivos o levaram a optar por concluir o internato no Georgetown University Hospital?

Não estava exatamente planeado continuar a viver nos EUA depois do doutoramento, mas, durante os anos em que estive dedicado a fazer investigação, mantive contacto com internos de Urologia norte-americanos e achei bastante aliante a possibilidade de fazer cá o internato. Concorri para programas de todos os Estados Unidos, fui a várias entrevistas e o Georgetown University Hospital acabou por ser a minha primeira escolha. No dia da entrevista e, mais tarde, quando visitei o Departamento de Urolo-

gia, considerei que seria o programa ideal para mim por dar aos internos um treino clínico sólido, bastante autonomia e, ao mesmo tempo, permitir que continuem a fazer investigação em uro-oncologia.

Que fatores aliciantes foram esses que o fizeram ficar mais tempo nos EUA?

A Urologia tem sido uma das especialidades que mais cedo adotam novas tecnologias e isso está em constante evolução. Eu sabia que, continuando aqui nos EUA, ia conseguir ter contacto desde cedo com a cirurgia robótica, por exemplo, uma área que me interessa bastante. Além disso, os factos de a Urologia ser tão competitiva e de levar os internos ao «extremo» em termos de trabalho eram desafios que eu queria enfrentar nesta fase da minha carreira. Por fim, durante as entrevistas, tive a garantia de que poderia continuar a fazer investigação, o que também me agradou bastante.

Está nos seus planos continuar nos EUA?

Não penso muito nisso neste momento porque, pelo menos nos próximos quatro anos, vou ficar em Georgetown a acabar o internato. Depois, penso que vai depender das oportunidades para a minha carreira e família aqui e em Portugal. Mas ainda falta bastante tempo para saber o que vai acontecer...

Quando percebeu que era a especialidade de Urologia que queria?

Na verdade, quando acabei o curso de Medicina, pensei que queria fazer transplantação e fiz o internato geral no Centro Hospitalar Lisboa Central/Hospital Curry Cabral para ter um pouco mais de contacto com essa área. No entanto, percebi que o tipo de patologias e cirurgias não era exatamente o que tinha imaginado. Como a Urologia está envolvida no transplante renal,

tive a oportunidade de conhecer a especialidade um pouco melhor e perceber que se enquadrava inteiramente no que queria para a minha carreira.

«O meu trabalho de doutoramento consistiu em perceber que diferenças moleculares existem entre os tumores indolentes e os agressivos»

Quais os seus objetivos profissionais?

Quero continuar no meio académico e trabalhar num hospital universitário que tenha internos, *fellows* e estudantes de Medicina. Neste momento, quero continuar o internato como até aqui, com uma forte componente clínica e treino cirúrgico sólido. Além disso, tenho a liberdade e o apoio para fazer investigação e continuar a publicar artigos de forma regular, o que, para mim, é uma parte fundamental do internato. Quando acabar, muito provavelmente, vou fazer um *fellowship* que, pelo menos nos EUA, vai sendo cada vez mais um requerimento para quem quer continuar uma carreira académica. Pelo meu percurso até aqui, provavelmente, irei dedicar-me à uro-oncologia ou à cirurgia minimamente invasiva/robótica. Decisões mais a longo prazo são difíceis de prever, porque falta bastante tempo e dependem das oportunidades que surgirão. Mas, seja aqui ou em Portugal, vou continuar a ser um académico ou, como alguém começou a chamar, um «*surgeon-scientist*».

Continua a fazer investigação?

Sim, na área da uro-oncologia, nomeadamente em cancro do rim e da próstata. Neste momento, os trabalhos em que estou envolvido são

mais clínicos. No cancro do rim, estamos a analisar *outcomes* após nefrectomia em doentes que foram tratados com inibidores de tirosinase. No cancro da próstata, estou envolvido em dois projetos: um também clínico, de análise de *outcomes* após prostatectomia radical robótica, e outro que utiliza uma assinatura genética para prever a recorrência e a mortalidade pós-prostatectomia em doentes com tumores de alto grau.

Que balanço faz da sua experiência nos EUA?

Estes anos nos EUA têm sido excelentes, pautados sempre por bastante trabalho, que se tem traduzido em resultados. Felizmente, durante o doutoramento, consegui publicar os meus projetos. Agora no internato, tenho aprendido bastante e, ao mesmo tempo, tenho conseguido fazer investigação.

Quais os momentos mais marcantes da sua carreira?

Os dois momentos mais marcantes na minha curta carreira foram acabar o doutoramento e entrar no internato de Urologia no Georgetown University Hospital. Os anos do doutoramento foram bastante intensos e, até ter resultados que se possam materializar em artigos, houve imensa ansiedade. Além disso, é uma altura em que se trabalha muitas vezes sozinho a melhorar ideias e métodos de projetos só nossos, o que torna a rotina diária bastante introspetiva e solitária. Por isso, acabar o doutoramento foi encerrar um ciclo de vários anos de um trabalho completamente diferente do que estava habituado.

O processo de candidatura ao internato nos EUA passa por uma fase inicial de enviar um perfil de candidato com cartas de recomendação, depois um período de entrevistas e, finalmente, um processo eletrónico de match entre a lista de preferências das instituições e dos candidatos. Ou seja, cada departamento e candidato apresenta um *ranking* de preferências e a escolha é feita através de um algoritmo matemático que alinha as preferências mais altas de ambos. Como em Portugal, entrar em Urologia aqui é bastante competitivo. Trata-se da segunda especialidade mais difícil de entrar nos EUA, em que todos os candidatos têm obrigatoriamente de ter feito investigação antes. E a verdade é que esta especialidade é bastante fechada a estrangeiros. Para além disso, por motivos pessoais, queria continuar a viver na área de Washington e, preferencialmente, fazer o internato em Georgetown. Por todos estes motivos, foi extraordinário tudo ter resultado tão bem! ■

DE PORTUGAL PARA OS EUA

- **2007** – Conclusão da licenciatura na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto;
- **2008** – Internato do Ano Comum no Hospital Curry Cabral, em Lisboa;
- **2009** – Início do Internato de Urologia no Hospital de Santo António, no Porto;
- **2010** – Interrupção do internato;
- **2010** – Início do doutoramento na Johns Hopkins University;
- **2013** – Fim do doutoramento;
- **Até abril de 2015** – Investigação na Johns Hopkins University;
- **2015** – Início do internato de Urologia no Georgetown University Hospital.



Selos de uma vida

Reflexo da sua geração, Frederico Ferronha, 37 anos, é um aficcionado pela tecnologia. Nada faria então prever que, apesar de estar sempre a par dos últimos *gadgets* no mercado, uma das suas grandes paixões é outra: a filatelia. Foi no Museu das Comunicações, em Lisboa, que ficámos a conhecer um pouco mais sobre a vida e os selos deste urologista que exerce no Centro Hospitalar Lisboa Central/Hospital de São José.

Marisa Teixeira

Antes de uma visita à área do Museu das Comunicações dedicada à filatelia, passámos pela Casa do Futuro, que também ali se encontra. Uma dicotomia espacial interessante, coincidente com Frederico Ferronha. Se, por um lado, é um homem das tecnologias, atento às novidades neste campo, inclusive na Medicina; por outro, como o próprio refere, é um *old fashioned guy* por gostar de colecionar selos, até porque «a filatelia, infelizmente, está fora de moda».

Gostos algo contraditórios que talvez se devam, em parte, aos seus pais. Hortense Ferronha fez carreira enquanto farmacêutica e António Ferronha como professor de Filosofia, tendo escrito vários livros sobre a temática. Assim, o filho de ambos acabou por nascer no seio de uma contraposição entre a ciência e as artes da reflexão e da escrita. «Os meus pais conheceram-se na África do Sul, no pós-25 de Abril, um período conturbado. Decidiram então rumar primeiro ao Brasil e, posteriormente, estabeleceram-se definitivamente em Portugal», conta.

Frederico Ferronha nasceu a 13 de outubro de 1978, na cidade de Lisboa, e, por sugestão dos progenitores, ingressou no Colégio Militar, onde estudou do 5.º ao 12.º ano. «Quando visitei o Colégio, fiquei logo fascinado e adaptei-me muito bem ao regime de internato, até porque os meus pais sempre me deram a liberdade de escolha. Sem dúvida que o local onde estudei marcou o meu caráter, foi onde aprendi valores e conceitos como a disciplina, a responsabilidade, o respeito e a amizade.»

O chamamento da cirurgia

O interesse pela Biologia e pela Anatomia levou Frederico Ferronha a ingressar na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, em 1996. «Comecei a interessar-me, cada vez mais, pelas áreas cirúrgicas e, depois de no último ano passar por várias especialidades, optei pela Urologia, por ser muito abrangente e abarcar diferentes tipos de cirurgias e exames complementares, com áreas distintas de atuação,

como a Oncologia, a Andrologia ou a Uroginecologia, entre outras», justifica o urologista, referindo-se ao caminho profissional que decidiu seguir, tornando-se especialista em 2011, no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Central/Hospital de São José.

Entretanto, dois anos mais tarde, ficou responsável pela área de uroginecologia. «A cirurgia laparoscópica e a cirurgia do pavimento pélvico cativaram-me desde cedo. A formação é contínua, pelo que se exige a participação em congressos, simpósios e cursos muito específicos. Depois de o Dr. Vaz Santos se reformar, passei a liderar esta área no Hospital de São José», relata Frederico Ferronha, que adiantou ter boas perspetivas neste âmbito. «Este ano, começámos a colaborar com a Maternidade Alfredo da Costa, inclusive, realizámos em conjunto o *Live Surgery Urogynecology Course*, que registou uma grande participação e recebeu excelentes críticas. Nesta colaboração interdisciplinar, move-me o gosto de partilhar

o conhecimento, só assim é que se cresce; ensinar também é aprender. O intuito futuro é desenvolver um departamento de uroginecologia multidisciplinar, que englobe a Urologia, a Ginecologia, a Cirurgia Geral e a Fisiatria», salienta.

O «bichinho» da filatelia

A carreira profissional de Frederico Ferronha foi evoluindo ao longo dos anos, bem como a sua coleção de selos. Um «bichinho» que nasceu ainda enquanto criança e que não mais o largou. «Achar piada aos selos que via na correspondência que os meus pais guardaram dos tempos do Ultramar, por exemplo, os de África do Sul eram lindíssimos, com imagens de animais exóticos», recorda o urologista, enquanto folheia um dos vários dossiês da sua coleção, mostrando alguns exemplos semelhantes, que adquiriu mais tarde.

Mas foi no Colégio Militar, por volta dos 10 anos, que o interesse aumentou. Alguns alunos demonstraram gostar de filatelia e Frederico Ferronha descolava selos dessa correspondência antiga, guardava-os e, por vezes, levava-os para mostrar aos colegas. «Foi uma “febre” da altura, como tantas outras modas, mas a maioria acabou por perdê-la. Eu, pelo contrário, apercebi-me de um mundo da filatelia que desconhecia, comecei a comprar selos novos e nunca mais parei. Havia miúdos que queriam um *game boy* ou um computador; eu cheguei a poupar várias mesadas para comprar coleções inteiras de selos», conta o urologista. Entretanto, foi adquirindo progressivamente catálogos, livros, álbuns e carteiras filatélicas, sobretudo de Portugal, organizados por anos, remontando o primeiro ao ano de 1990.

Fragmentos da História

Questionado sobre o que o move nesta paixão, Frederico Ferronha revela: «É uma forma de

reviver tanto a história de um país, como os episódios em que cada um dos selos foi adquirido. Percorrer um catálogo de selos é como revisitar momentos históricos ou pessoais que já estavam esquecidos. É tão belo compreender o selo como veículo de conhecimento e de divulgação cultural e como forma de saber um pouco mais, neste caso, de Portugal, pois é um verdadeiro “cartão de visita” do país. No aspeto social, os selos permitem também transmitir ideias e sentimentos e estimular o encontro de pessoas.»

A coleção comemorativa dos 200 anos do Colégio Militar, lançada em 2003, foi uma das que o urologista nos mostrou. Os CTT convidam as pessoas a sugerir temáticas e, orgulhoso, Frederico Ferronha comenta que contribuiu para que esta existisse, enquanto aponta para os selos ilustrados por figuras vestidas com as várias fardas de gala utilizadas pelos «Meninos da Luz» ao longo dos anos.

«150 anos do primeiro selo português! Era assim, de 25 reis, já não me lembrava deste!», clama com entusiasmo o urologista, mostrando o que a filatelia o faz sentir. Continuando a revisitar a sua coletânea, partilha: «Esta também é outra coleção pela qual tenho um especial carinho, pois é dedicada a Cristóvão Colombo e repartida entre Portugal, Itália, Espanha e EUA. Está espetacular, mostra várias fases do percurso do navegador, a solicitação do apoio real para a viagem, o avistamento de terra, etc. Quem gosta de História fica deliciado ao ver isto!»

Geralmente, este filatelista arquiva todos os selos que adquiriu num determinado ano de uma só vez, com exceção de um ou outro que consegue arranjar para preencher alguma lacuna. «Às vezes não é fácil, há selos caríssimos, mas também não sou de cometer loucuras», sublinha. Quanto à preferência pelo tipo de selos, evidencia que privilegia os mais novos, em

detrimento dos usados, ou seja, «ainda por estrear, limpos, sem carimbos, intactos e prontos a utilizar», embora confesse que nunca os colocará em nenhuma carta.

«Este é um gosto que se alimenta por si só e espero que os meus filhos continuem este legado; é algo que quero deixar organizado para eles, mas só se assim o entenderem», menciona. Posteriormente, já na área de filatelia do Museu das Comunicações, os olhos de Frederico Ferronha brilham ao observar a exposição, enquanto aponta para um e outro selo e explica brevemente o seu propósito, recordando outros tantos que fazem parte da sua própria história... Os selos de uma vida. ■

CURRÍCULO EM RESUMO

2002 — Licenciatura em Medicina pela Universidade de Lisboa;

2003-2004 — Internato Geral no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental;

2005-2010 — Internato Complementar de Urologia no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José (CHLC/HSJ);

2009 — Estágio de laparoscopia no Hospital Bichat-Claude Bernard, em Paris;

2010 — Estágio de litotricia extracorporeal por ondas de choque no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz;

2010 — Curso de Certificação em Urodinâmica no Bristol Urological Institute, no Reino Unido;

Desde 2011 — Assistente hospitalar de Urologia no CHLC/HSJ;

Desde 2013 — Responsável pela área de uroginecologia do Serviço de Urologia do CHLC/HSJ.

NOTA: O *Urologia Actual* agradece ao Museu das Comunicações pela disponibilidade em ceder o espaço para a realização da entrevista e das fotografias a Frederico Ferronha.



Frederico Ferronha mostra a sua coleção de selos comemorativa dos 200 anos do Colégio Militar, onde estudou, que foi lançada em 2003