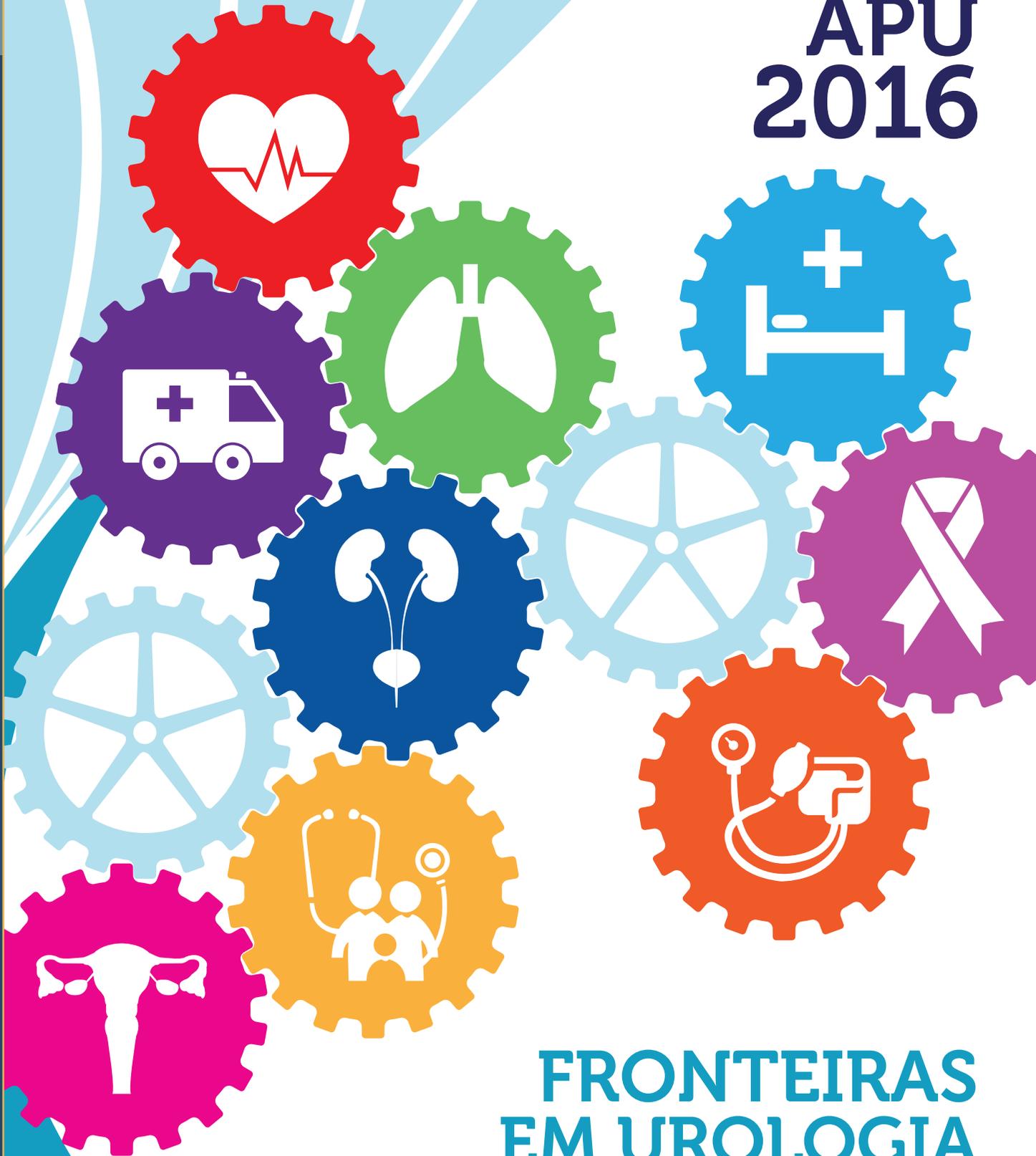


N.º 28

Setembro 2016/Ano 8
Trimestral
€0,01

UROLOGIA ACTUAL

XIV SIMPÓSIO
APU
2016



FRONTEIRAS EM UROLOGIA

O XIV Simpósio da Associação Portuguesa de Urologia (APU) 2016, que terá lugar no Centro de Congressos de Troia, de 28 a 30 de outubro, vai centrar-se em temas de charneira com outras áreas da Medicina, como a Cardiologia, a Pneumologia, a Oncologia, a Medicina Geral e Familiar ou a uroginecologia. Serão também abordadas as fronteiras geográficas, sobretudo a colaboração com Espanha, e as fronteiras internas da própria Urologia: a urgência, a referênciação, a cirurgia de ambulatório, o internamento e os modelos formativos da especialidade são alguns dos aspetos a discutir para que nada falhe na delicada engrenagem que é o tratamento dos doentes urológicos **Pág.12 a 16**

Jornal da:



Associação
Portuguesa
de Urologia

www.apurologia.pt

04 ATUALIDADES

Cancro da próstata e nutrição no 2.º Encontro Científico da APU



06 DISCURSO DIRETO

Entrevista a Maurizio Brausi, presidente da EAU Section of Oncological Urology (ESOU)



08 IN LOCO

Reportagem no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga/Hospital de São Sebastião



10 MEDICINA FAMILIAR

Algoritmo de diagnóstico e tratamento do trauma geniturinário, por José João Marques



12

Urgência urológica e disfunções miccionais entre os temas do XIV Simpósio da APU 2016 (28 a 30 de outubro)

14

Mesa-redonda vai discutir impacto da anticoagulação, da antiagregação e do tabaco em Urologia

16

Controvérsias e novidades em cirurgia urológica de ambulatório e oncologia prostática



18 UROEVENTOS

Cobertura do XIV Congresso da Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología (SINUG)



19

Alfredo Mota homenageado no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



21

Avanços da imagem marcaram 1.º Encontro Científico da APU



22

Especialistas de todo o mundo participaram no *Challenges in Laparoscopy & Robotics*



24 ECOS DO COLÉGIO

Belmiro Parada escreve sobre o modelo de internato complementar de Urologia



26

Cancro da próstata e novas tecnologias no VI Módulo da Academia de Urologia



27 ESPAÇO JOVEM

Vincenzo Mirone divulga os estágios existentes ao abrigo do European Urological Scholarship Programme



28

Os estágios de Pedro Miguel Baltazar, João Dóres, Rui Duarte Abreu e Raquel João na Bélgica e no Reino Unido



30 VIVÊNCIAS

Em todo o terreno ou na estrada, Gustavo Gomes dedica-se ao ciclismo sempre que a prática clínica o permite



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: Tomé Lopes
Vogal: Francisco Rolo
Vogal: Manuel Mendes Silva
Vogal: Adriano Pimenta

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:



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

Direção: Madalena Barbosa
 (mbarbosa@esferadasideias.pt)
Marketing e Publicidade: Ricardo Pereira
 (rpereira@esferadasideias.pt)

Coordenação: Luís Garcia
 (lgarcia@esferadasideias.pt)

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

Fotografia: Rui Jorge

Design e paginação: Susana Vale

Colaborações: João Xará e Jorge Correia Luís

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

Quarto trimestre repleto de atividade

Caros colegas,

Esperamos que um dos verões mais quentes de que há memória tenha servido para vos preparar para um último trimestre de 2016 pleno de atividades urológicas.

O Conselho Diretivo da Associação Portuguesa de Urologia (APU) tem-se empenhado em manter um ritmo intenso de organização de eventos e iniciativas próprias ou em parceria com outras sociedades nacionais e estrangeiras. Reuniões, encontros, publicações, consensos, formação, divulgação, redes sociais – todos os formatos, se bem pensados e executados, podem ser adequados para contribuir para a excelência da Urologia portuguesa.

Uma palavra de agradecimento ao NIAPU – que criou e atualiza os conteúdos da plataforma de Facebook da APU. O seu dinamismo intensifica e enriquece a comunicação da APU com os seus associados.

Os Encontros Científicos que a APU estreou em junho pretendem ser um fórum de discussão aberta para todos os urologistas. São preparados com extremo cuidado e os temas são escolhidos pensando nos vossos interesses e sugestões. É nossa vontade aliar esta componente científica com um forte cariz cultural, social e de convívio. A primeira edição, organizada em parceria com o Dr. Paulo Rebelo, dedicada à imagem e à fotografia, foi extremamente estimulante. Antecipamos que o 2.º Encontro Científico da APU, já nos próximos dias 16 e 17 de setembro, na Curia, desperte a vossa curiosidade com o tema da nutrição nos doentes oncológicos e um curso de culinária.

O nosso Simpósio de 2016 terá como mote principal as «Fronteiras em Urologia». Pretendemos discutir e recuperar temas que, para alguns de nós, estarão distantes, ao ponto de os deixarmos escapar... Mas é importante que na Urologia nacional tenhamos massa crítica para os reivindicar para nós: a transplantação renal, a cirurgia da suprarrenal, a hipertensão renovascular, os prolapsos pélvicos, o tratamento médico das neoplasias urológicas avançadas são disto exemplos. Não é aceitável que uma nefrectomia de dador vivo para transplante seja realizada por alguém que não seja urologista. O estudo básico e a terapêutica cirúrgica da suprarrenal devem fazer parte do nosso arsenal.

Abordaremos também as fronteiras entre nós, urologistas: a urgência urológica, a referência, os centros de referência, os modelos formativos da especialidade são, porventura, assuntos polémicos, mas que deverão ser discutidos frontalmente.

As fronteiras com outras especialidades também «subirão ao palco»: a antiagregação e a anticoagulação, o tabaco e as suas relações com a terapêutica e as patologias urológicas serão temas debatidos. As diferenças na utilização e na interpretação do PSA [antígeno específico da próstata] pela Urologia e pela Medicina Geral e Familiar tentarão ser conciliadas. Por fim, as fronteiras geográficas: teremos convidados e testemunhos de projetos de colaboração que a APU tem tentado estreitar com a sua congénere espanhola.

Esperamos carimbar o vosso passaporte na travessia destas fronteiras...



Saudações urológicas,

Pedro Nunes
Secretário-geral da APU

EVENTO COM PATROCÍNIO CIENTÍFICO DA APU

Erectile Dysfunction Symposium

7 de outubro de 2016

Hospital das Forças Armadas, em Lisboa
Organização: Artur Palmas

Patrocinadores desta edição:



Bristol-Myers Squibb



Coloplast



JABA RECORDATI
GROUP



tecnimedica

Oncologia prostática e nutrição no 2.º Encontro Científico da APU

O 2.º Encontro Científico da APU decorre já nos próximos dias 16 e 17 de setembro, no Curia Palace Hotel, e conta com a parceria da Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO) para discutir estratégias de combate multidisciplinar ao cancro da próstata e o papel da nutrição na prevenção de complicações no decurso do tratamento.

Sandra Diogo



Arnaldo Figueiredo

«A Urologia deve afirmar-se como uma peça central no tratamento de todas as fases do cancro da próstata, num cenário que envolve múltiplas especialidades», começa por referir Arnaldo Figueiredo, presidente da APU, justificando a parceria com a SPO neste 2.º Encontro Científico da APU. Por sua vez, Gabriela Sousa, presidente da SPO, explica que, «hoje em dia, a decisão de tratamento de um doente oncológico é cada vez mais multidisciplinar, portanto, é pertinente trazer este conceito – que já se verifica no dia a dia dos hospitais – para a discussão científica». Foi nesse contexto que ambos tentaram construir um programa apelativo para as duas especialidades.

À semelhança do 1.º Encontro, também nesta edição, que conta com o apoio da Sanofi Genzyme, o objetivo é conciliar o debate de um tema científico – neste caso, os avanços no tratamento do cancro da próstata metastizado e resistente à castração (CPRCm) –, com uma componente de cultura mais geral. Nesse sentido, no Curso Prático de Culinária, o chef Fábio Bernardino vai confeccionar pratos recomendados para doentes oncológicos, e um enólogo (ainda a definir) falará sobre os benefícios do vinho tinto. «Além de debatermos a inquestionável evolução na área da Oncologia, iremos discutir a importância da dieta, não só como fator de prevenção do cancro, mas também de complicações



Gabriela Sousa

muitas vezes associadas ao tratamento», reforça Arnaldo Figueiredo.

Na sessão «A heterogeneidade do CPRCm, resistência ADT/quimioterapia e seleção do tratamento» e na discussão de casos clínicos, vai participar o urologista Bertrand Tombal, diretor do Serviço de Uro-oncologia da Universidade Católica de Lovaina, na Bélgica, que falará sobre a sua grande experiência no tratamento e na abordagem destes tumores. «Outro palestrante que também merece destaque é o Prof. Rui Henrique, anatomopatologista, pois, hoje em dia, é com base na informação fornecida por estes especialistas, ao nível do diagnóstico, dos marcadores moleculares, etc., que decidimos quase tudo sobre o tratamento dos doentes», refere a presidente da SPO.

Nutrição no doente oncológico

A manhã do segundo dia será dedicada às questões relacionadas com a nutrição. Carolina Bento, nutricionista no Instituto Português de Oncologia (IPO) de Coimbra, abordará a importância da alimentação no dia a dia dos doentes, quer no tratamento quer na prevenção de outras complicações relacionadas com o mesmo. Segundo Gabriela Sousa, este aspeto «é um pouco negligenciado nas faculdades, mas cada vez é mais importante». Será também apresentado um estudo, que está a ser realizado no IPO do Porto, sobre as alterações do padrão alimen-

tar nos indivíduos a quem é diagnosticado cancro, pela diretora do Serviço de Nutrição dessa instituição, Paula Alves.

O Encontro terminará com uma sessão de culinária protagonizada pelo chef Fábio Bernardino. «Hoje em dia, já se tem mais informação sobre os alimentos mais saudáveis e aqueles que poderão ter um papel na prevenção de alguns tipos de cancro, mas ainda temos muito a aprender sobre a forma de cozinhar, e o chef dará, com certeza, uma boa ajuda nesse domínio», confirma Gabriela Sousa, lembrando que este é um assunto que a SPO colocou na sua agenda de trabalho para o triénio 2015-2017. ■

PROGRAMA

16 de setembro

18h00 – 18h10

Abertura e introdução – Gabriela Sousa e Arnaldo Figueiredo

18h10 – 18h40

«A heterogeneidade do CPRCm, resistência ADT²/quimioterapia e seleção do tratamento» – Bertrand Tombal

18h40 – 19h00

«Caracterização genética no carcinoma da próstata» – Rui Henrique

19h00 – 19h20

«Otimização do tratamento no CPRCm: abordagem multidisciplinar» – José Palma dos Reis e Isabel Fernandes

19h20 – 20h00

Casos clínicos – Pedro Nunes e Pedro Madeira
Discussão e conclusão – Bertrand Tombal
Jantar-simpósio Sanofi Genzyme

17 de setembro

10h30 – 11h15

«Nutrição em Oncologia» – Carolina Bento e Paula Alves

11h30 – 15h00

Curso Prático de Culinária – Fábio Bernardino (chef) e Mário Sérgio Nuno (vitivinicultor)

¹ CPRCm – Cancro da próstata metastático resistente à castração

² ADT – Terapêutica de privação androgénica

MAURIZIO BRAUSI Presidente da Secção de Urologia Oncológica da EAU



«A prevenção vai ser o futuro na área da uro-oncologia»

Maurizio Brausi é um urologista especializado na patologia oncológica, foi presidente da Sociedade Italiana de Urologia em 2014 e 2015, preside à European Association of Urology Section of Oncological Urology (ESOU) desde 2011 e dirige o Serviço de Urologia e a Unidade de Cancro da Próstata do Hospital de Carpi da AUSL (Unidade Sanitária Local) Modena, em Itália. Defensor da importância de basear a prática clínica na investigação, este especialista tem-se dedicado, mais recentemente, ao estudo da prevenção do cancro da próstata – um campo do qual espera novidades importantes a médio prazo.

Ana Luísa Pereira

Como apareceu a Urologia na sua vida?

Por mero acaso. Quando eu era estudante do 4.º ano de Medicina, o diretor do Serviço de Urologia do Hospital da AUSL Modena convidou-me para integrar a equipa, uma vez que tinham poucos especialistas e necessitavam de ajuda. Aceitei e fiquei impressionado com a especialidade, da qual gostei muito, devido às componentes médica e cirúrgica. Desde então, abracei a Urologia por completo e fiz a especialidade.

Do que gosta mais e menos na sua atividade profissional?

Na verdade, gosto de tudo: de endourologia, cirurgia, robótica, investigação básica, sobretudo na área do cancro da bexiga e do carcinoma da próstata... E gosto também da interação com os doentes. Não há nada que me agrade menos.

É professor, faz investigação, tem atividade clínica, assume vários cargos em instituições... Como consegue gerir tudo isto?

Sim, eu ensino na European School of Urology (ESU), tenho atividade clínica e faço investigação básica e clínica. Além disso, assumo a presidência da ESOU, que é uma tarefa muito importante, e dirijo o Serviço de Urologia e a Unidade de Cancro da Próstata do Hospital de Carpi da AUSL Modena. Na realidade, não é fácil, mas consigo fazê-lo. Tento dividir o meu tempo da melhor forma possível, mas trabalho entre 13 a 14 horas por dia.

Dirige também a Unidade de Cancro da Próstata do Hospital de Carpi da AUSL Modena. Como descreve o trabalho desta Unidade?

A Unidade de Cancro da Próstata foi criada em 2013 e presta cuidados a doentes com cancro da próstata diagnosticado. Acredito que, agora e no futuro, haverá uma abordagem multidisciplinar à patologia oncológica. Temos o apoio de diversos profissionais, tais como urologistas, oncologistas, radioterapeutas, radiologistas, patologistas, gestores de dados, secretariado... Vemos mais de 250 doentes por ano; claro que temos de melhorar este número, mas é um bom começo. Todas as semanas reunimos a equipa e discutimos os casos dos doentes para decidir a melhor terapêutica.

Será presidente da ESOU até 2019. Quais as principais funções desta Secção?

O objetivo principal da ESOU é a educação. Organizamos encontros e formações *hands-on* para que os jovens urologistas e uro-oncologis-

tas possam atualizar os seus conhecimentos. Promovemos uma reunião a cada ano e temos um segundo encontro durante o congresso anual da European Association of Urology (EAU), sendo que, no contexto da educação, também trabalhamos em conjunto com a EAU Robotic Urology Section (ERUS) e a EAU Section of Uro-Technology (ESUT). Outro objetivo muito importante é ajudar os jovens urologistas a desenvolverem uma carreira de sucesso. Verifico, com grande satisfação, que a nossa reunião começou com 200 pessoas e agora tem 1 200. Penso que a ESOU desempenha um papel de relevo na uro-oncologia na Europa.

Publicou mais de 300 artigos científicos. A investigação básica é importante para si?

Sim, é muito importante, porque, através da investigação, podemos ir do laboratório até ao doente. Por exemplo, quando eu trabalhei em Memphis, nos Estados Unidos, fiz investigação em cancro da bexiga, usando quimioterapia em ratos, com o objetivo de a aplicar depois em humanos. Um outro exemplo é o estudo que fizemos com chá verde na prevenção do cancro da próstata: primeiro efetuámos testes *in vitro* em linhas celulares, depois em animais e, por último, em humanos.

«O conhecimento e a ciência básica são fundamentais. O conselho que dou aos jovens urologistas é: não queiram operar toda a gente. A cirurgia é algo que virá ao longo da carreira, mas, antes, é necessário diagnosticar os doentes»

Se tivesse de optar entre o ensino, a investigação básica e a prática clínica, o que escolheria?

Espero não ter de escolher, porque adoro as três vertentes... Comecei com a investigação básica e passei depois pela prática clínica com investigação e pelo ensino. Claro que gosto de ensinar, embora não considere o ensino uma missão fácil, porque é necessário conseguir transmitir os conhecimentos e a experiência de uma forma muito simples e clara.

Tem um interesse especial pela uro-oncologia. Que avanços estão a ocorrer nesse campo e o que espera para um futuro próximo?

Uma das novidades nesta área são alguns estudos de prevenção, que vai ser o futuro. Sou o investigador principal de um programa internacional em prevenção do cancro da bexiga, um projeto também abraçado pela EAU. Outro trabalho a que me dedico centra-se na prevenção do cancro da próstata através do chá verde, como mencionei anteriormente. Se prevenirmos a doença, podemos poupar muito dinheiro e, obviamente, prolongar a vida dos doentes.

No campo da tecnologia, podemos referir muitos avanços, sendo a imagiologia de grande importância, sobretudo para o diagnóstico. Destaco o recente PSMA PET/CT [tomografia computadorizada por emissão de positrões com antigénio da membrana específica da próstata], que é muito vantajoso no diagnóstico do cancro da próstata, por exemplo. Além disso, estou a trabalhar com o Cellvizio®, um novo equipamento que fornece imagens em tempo real dos tecidos, permitindo detetar células malignas nos nódulos linfáticos durante a cirurgia, o que ajuda o médico a decidir se deve ou não estender a cirurgia aos nódulos.

Outro aspeto interessante é o tratamento da patologia oncológica. No caso do cancro da bexiga, sabemos agora que a melhor abordagem é a quimioterapia antes da cistectomia radical. No que respeita ao cancro da próstata, a incidência está a aumentar, mas a mortalidade está a diminuir.

Que conselho dá aos jovens urologistas?

Recomendaria estudar muito e tentar ser muito focado no que se gosta e no que se quer fazer. É essencial que cada um perceba os seus interesses e se lembre de que, para ser um ótimo urologista, deve construir a carreira desde um ponto de base. O conhecimento e, sobretudo, a ciência básica são fundamentais. Os avanços que vão surgindo, como os novos marcadores moleculares para a deteção de doenças, são fruto da investigação. A genética, a genómica e a proteómica serão o futuro. Portanto, considero que se devem dedicar a esta vertente. Não queiram operar toda a gente – a cirurgia é algo que virá ao longo da carreira, mas, antes, é necessário diagnosticar os doentes.

O que gostaria ainda de fazer pela Urologia?

Uma vez que o meu trabalho é muito focado na prevenção do cancro da próstata e tenho dife-

«O nosso estudo prévio demonstrou que, se dermos a um homem uma dose elevada de chá verde, podemos prevenir o início do cancro da próstata. Se esse resultado for confirmado numa amostra populacional grande, será ótimo»

rentes artigos publicados acerca de aspetos clínicos dessa prevenção, gostaria muito de consolidar o resultado do nosso primeiro ensaio clínico, que se encontra em fase II. O nosso estudo prévio demonstrou que, se dermos a um homem uma dose elevada de chá verde, podemos prevenir o início do cancro da próstata. Se esse resultado for confirmado numa amostra populacional grande, será ótimo. ■

HISTÓRIA DA EAU SECTION OF ONCOLOGICAL UROLOGY

- Foi criada em 2001, como membro oficial da EAU, com o nome de European Society of Oncological Urology;
- Em 2003, organizou a sua primeira reunião científica;
- Em 2009, adotou a atual designação de EAU Section of Oncological Urology e continuou a desenvolver temas relacionados com a prática clínica baseada na evidência, divulgando avanços recentes, apoiando a investigação europeia de excelência e oferecendo múltiplos benefícios aos membros da EAU e aos especialistas dedicados à Urologia oncológica em todo o mundo.

Evolução assistencial num quadro adverso



EQUIPA (da esq. para a dta.): Na fila da frente: Pilar Barreiro (enfermeira), Glória Gonçalves (assistente operacional), Sandra Pereira (assistente operacional), Madalena Amorim (enfermeira-chefe), Cláudia Fortuna (enfermeira), Olga Pedrosa (assistente operacional) e Del Mar Sanchez (enfermeira). Na fila de trás: Alexandre Resende (urologista), Fátima Quaresma (assistente técnica), Rosa Silva (assistente técnica), Tiago Carvalho (urologista), Rui Oliveira (diretor), Ivo Lopes (urologista), Simon Estrela (enfermeiro) e Joana Ribeiro (enfermeira)

Prestar cuidados urológicos de qualidade à população da zona de influência do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga (CHEDV) é a missão do Serviço de Urologia. Apesar da carência de recursos humanos, a equipa orgulha-se de dar uma resposta assistencial dentro dos tempos clinicamente aceitáveis, sobretudo em situações prioritárias ou de cancro.

Ana Luísa Pereira

Localizado em Santa Maria da Feira, o Hospital de São Sebastião, pertencente ao CHEDV, acomoda a área de consultas de Urologia no piso 1, onde os repórteres do *Urologia Actual* foram recebidos por Rui Oliveira, diretor do Serviço, e por dois membros do Gabinete de Relações Públicas. Subindo ao nono andar, onde se encontra o internamento, partilhado com a Oftalmologia e a Otorrinolaringologia, o diretor refere que aquela ala tem 26 camas. No entanto, dada a baixa taxa de internamento em Oftalmologia, a gestão partilhada permite que a Urologia disponha de um maior número de camas do que as 11 que lhe estão alocadas, quando necessário – no dia da reportagem do *Urologia Actual*, havia 22 doentes urológicos internados. Esta ala inclui ainda alguns quartos de isolamento para casos de infeções bacterianas, por exemplo.

Ainda assim, na opinião de Rui Oliveira, a falta de camas, principalmente em algumas alturas do ano, limita, sobretudo, as atividades cirúrgicas programadas. «Os doentes programados acabam por ser os mais desfavorecidos neste contexto, embora haja o cuidado de privilegiar os doentes prioritários e oncológicos, repre-

sentando estes últimos uma importante fatia da Urologia», sublinha o diretor do Serviço, acrescentando que «a taxa de neoplasias na lista de espera de doentes prioritários da especialidade é muito alta».

Carência de recursos humanos

«O quadro hipotético e desejável de cinco ou seis urologistas nunca foi uma realidade», enfatiza Rui Oliveira. O Serviço de Urologia surgiu com o nascimento do Hospital de São Sebastião, em janeiro de 1999, tendo Fidalgo de Matos assumido o cargo de primeiro diretor. A evolução foi marcada pela entrada e saída de urologistas, mas, ao longo desse tempo, a equipa nunca teve mais de três médicos, havendo mesmo períodos em que dispôs de apenas um. «A partir de 2011, ganhou-se mais alguma esta-

bilidade, quando António Pinheiro foi nomeado diretor e me convidou para ingressar no Serviço. Depois, conseguimos contratar o especialista Ivo Lopes, ficando a equipa com quatro elementos», recorda Rui Oliveira.

Durante o ano de 2014, António Pinheiro e Fidalgo de Matos afastaram-se, entrou o urologista Alexandre Resende e Rui Oliveira foi nomeado diretor do Serviço. «Desde então, embora tenhamos adicionalmente um quarto urologista em prestação de serviços [Tiago Carvalho], estamos numa fase de sobrevivência, pois temos números assistenciais muito pesados para a nossa estrutura e este quadro não é sustentável», desabafa o atual diretor, que considera a carência de recursos humanos «gritante». Porém, «a evolução assistencial tem sido positiva e estes números só são possíveis

IDOSOS SÃO OS DOENTES PREDOMINANTES

A faixa etária mais comum entre os doentes urológicos é a geriátrica. Já ao nível da Urologia oncológica, as doenças são mais prevalentes nos homens a partir dos 55-60 anos. Existem alguns doentes em idades jovens, sobretudo com patologias oncológicas do testículo, embora não sejam significativos, em termos de representatividade, na média geral de idades.

devido à entreatada e ao trabalho das pessoas que fazem parte da equipa», defende.

Também Ivo Lopes, Alexandre Resende e Tiago Carvalho destacam as dificuldades ao nível da falta de recursos humanos e técnicos. Estas limitações só vão sendo minoradas graças ao esforço da equipa e ao bom ambiente de trabalho, existindo uma grande união e coordenação entre todos os elementos.

Além dos quatro médicos, a equipa de Urologia conta com 26 enfermeiros, que partilham a sua atividade com a Oftalmologia e a Otorrinolaringologia, prestando também apoio à consulta e à urgência destas especialidades. Embora não exista uma subespecialização, alguns enfermeiros estão mais dedicados à Urologia, dando assistência à consulta na realização de exames auxiliares de diagnóstico, tais como biópsias ou exames endoscópicos.

Madalena Amorim assume a chefia da Enfermagem dos Serviços de Oftalmologia e Otorrinolaringologia desde 1999 e do Serviço de Urologia desde 2004. Para esta profissional, o facto de o CHEDV dispor de um Serviço de Urologia «é uma valência de grande importância, pois o Hospital abrange uma área significativa, com cerca de 350 000 habitantes, que não necessitam, assim, de ser referenciados para outros hospitais». No entanto, na sua opinião, «o funcionamento da Urologia em permanência durante 24 horas justificar-se-ia devido ao elevado número de doentes transferidos para o Serviço».

Investigação adiada

A realização de projetos de investigação ou ensaios clínicos é algo que, para já, não está no horizonte destes profissionais, dados os constrangimentos atuais. «É um tema adiado, exatamente devido à falta de recursos médicos. Tal só seria



possível com prejuízo da atividade assistencial, o que não é aceitável», explica Rui Oliveira. Também devido a estas carências, o Serviço de Urologia não dispõe de idoneidade formativa.

Ao nível das consultas, «não existe subespecialização, embora, em casos mais complexos ou atípicos, haja uma referência interna para alguns colegas, nomeadamente das áreas da neurologia, da cirurgia reconstructiva e da Urologia feminina», esclarece o diretor. As técnicas mais usadas no âmbito das consultas são as ureterocistoscopias e as biópsias da próstata. Já no internamento os procedimentos mais realizados são, sobretudo, as cirurgias endoscópicas. «Embora não exista urgência urológica, operamos alguns doentes internados com situações urgentes que não se enquadram na cirurgia

programada», acrescenta Rui Oliveira. Quando o Serviço necessita de recursos dos quais não dispõe, os doentes são referenciados para o Centro Hospitalar do Porto e o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. «Neste contexto, oferecemos a solução possível: o doente é referenciado, tem alta da nossa consulta, é tratado pelos colegas e, depois, é referenciado novamente ao nosso Serviço ou ao seu médico de família.»

Para o futuro, Rui Oliveira espera ultrapassar a atual fase de dificuldades e poder contar com um quadro médico estável, com um mínimo de cinco assistentes hospitalares. Apesar de tudo, estes profissionais orgulham-se de cumprir o tempo máximo de resposta garantida aos doentes prioritários e oncológicos, que tem sido o seu principal compromisso assistencial. ■



Rui Oliveira executa uma ureterocistoscopia, sob o olhar atento da enfermeira Pilar Barreiro e da assistente operacional Glória Gonçalves (ao fundo)



Ivo Lopes realiza uma ressecção transuretral (RTU) de bexiga, num doente com suspeita de patologia oncológica



Formas de atuação no trauma geniturinário

lesão e o estado hemodinâmico são os fatores preponderantes na avaliação do doente. Embora a hematúria seja o principal sinal de trauma GU, o grau de sangue na urina não se correlaciona com a gravidade das lesões.

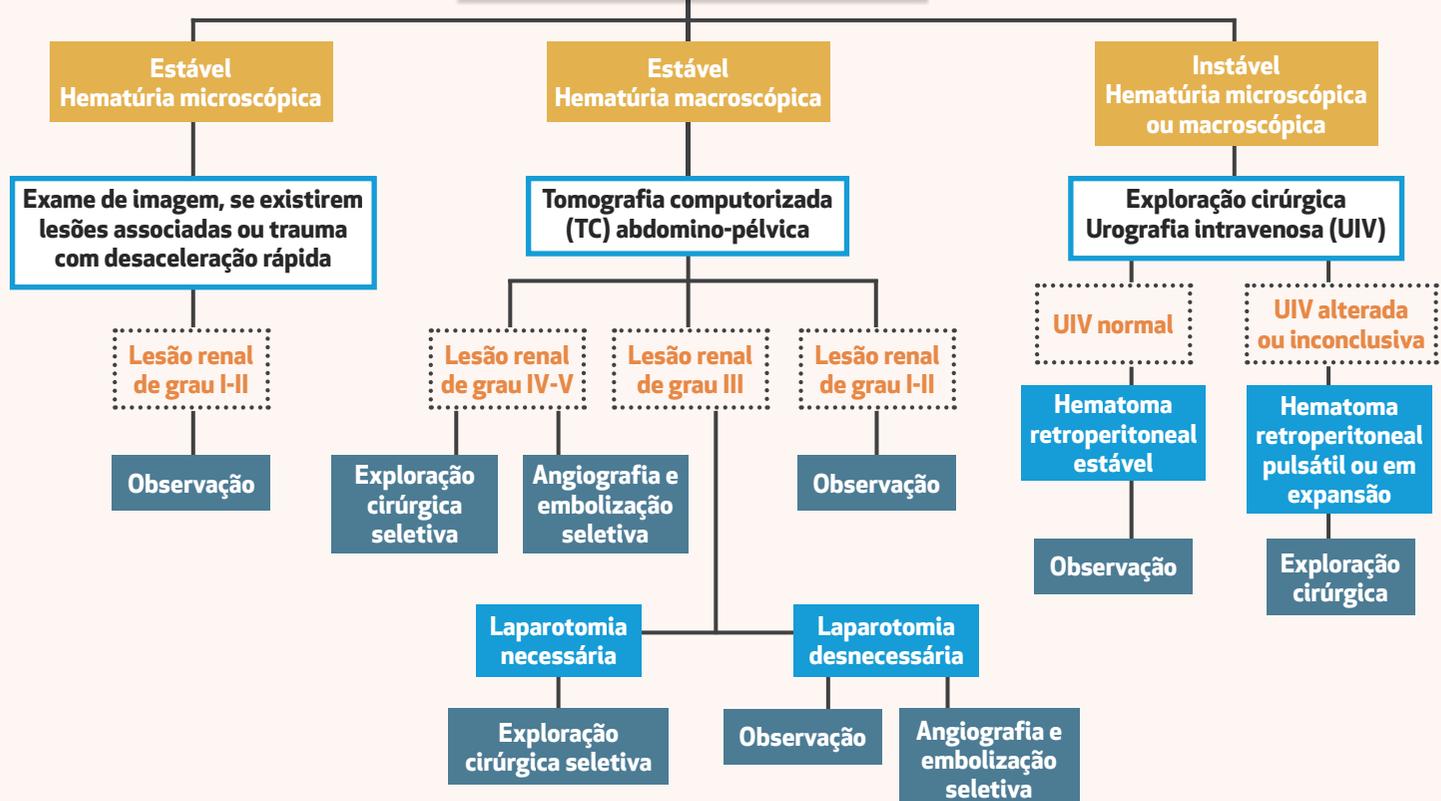
A lesão pode ser aberta ou fechada e englobar rins, ureteres, bexiga, uretra e genitais externos. Cerca de 10% das contusões abdominais envolvem o aparelho urinário, sendo o rim o órgão mais frequentemente atingido, o que acontece em 1 a 5% dos casos (quase sempre em resultado de traumas fechados). A tomografia computadorizada (TC) com contraste é o exame de eleição para avaliação dos doentes estáveis.

O trauma da uretra é o segundo mais comum, está associado a uma lesão fechada em 90% dos casos e é muito mais frequente

nos homens. Divide-se em traumatismos da uretra anterior (peniana e bulbar) e da uretra posterior (membranosa e prostática). A lesão fechada da uretra anterior associa-se, habitualmente, a contusões diretas do períneo, denominadas de quedas «à cavaleiro»; o trauma da uretra posterior ocorre quase exclusivamente associado a fraturas pélvicas. A presença de sangue no meato uretral e a incapacidade para urinar são os sinais clássicos de problemas nesta área e a uretrografia retrógrada é o exame de eleição para avaliar a situação. Num contexto de urgência, a colocação de cistocateret sob controlo ecográfico é uma excelente opção terapêutica na maioria das lesões uretrais, sendo o tratamento definitivo estabelecido de acordo com a localização e o grau da lesão.

A maioria dos casos de trauma geniturinário (GU) ocorre em indivíduos do sexo masculino, com idade entre os 15 e os 45 anos. O mecanismo do trauma, a localização da

SUSPEITA DE TRAUMA RENAL



Lesões genitais mais comuns no sexo masculino

O trauma genital é muito mais comum nos homens, sendo em 80% dos casos um trauma fechado. Na fratura peniana, verifica-se rutura da túnica albugínea, que pode estar associada a hematoma subcutâneo e a lesões do corpo esponjoso ou da uretra em 10 a 22% dos casos. Nas fraturas dos corpos cavernosos associada a relação sexual, recomenda-se intervenção cirúrgica, com encerramento da túnica albugínea.

No trauma testicular, deve ser feita ecografia escrotal de alta resolução, para determinar hematoma intra ou extratesticular, contusão (nestes casos, pode verificar-se hematocele significativo, mesmo sem rutura testicular) ou rutura testicular (em que é necessário realizar intervenção cirúrgica com remoção do tecido necrótico e encerramento da túnica albugínea).

O trauma externo do ureter é raro: representa menos de 1% de todos os traumas GU e acontece muito mais frequentemente dentro de um hospital do que fora dele. Quanto

«A cistografia com TC permite uma melhor caracterização e classificação do trauma vesical. Na maioria das situações, a rutura extraperitoneal pode ser tratada de forma conservadora com algaliação, mas a rutura intraperitoneal exige, normalmente, intervenção cirúrgica»

à etiologia, é iatrogénico em 75% dos casos, decorrente de trauma fechado em 18% dos casos e de trauma aberto em 7% dos casos. O tratamento indicado pode ser a observação, a colocação de *stent* ureteral, a nefrostomia ou a correção por cirurgia aberta, dependendo do grau e da localização da lesão.

O trauma vesical é identificado em 1 a 2% das contusões abdominais fechadas (raramente decorre de ferida aberta). A rutura vesical é convencionalmente classificada como extraperitoneal, intraperitoneal ou mista. Aproximadamente 60% das ruturas são extraperitoneais, ocorrendo quase sempre num contexto de fraturas pélvicas. Cerca de 30% das ruturas vesicais são intraperitoneais e as restantes 10% mistas. A hematúria macroscópica é o indicador mais fidedigno, pois está presente em 95% dos casos. Num trauma vesical fechado com suspeita de rutura vesical, devemos proceder a algaliação.

A cistografia retrógrada é o exame de eleição para avaliar a situação, devendo ser instilados, no mínimo, 350 ml de contraste diluído. A cistografia com TC permite uma melhor caracterização e classificação do trauma. Na maioria das situações, a rutura extraperitoneal pode ser tratada de forma conservadora com algaliação; no entanto, a rutura intraperitoneal exige, normalmente, intervenção cirúrgica. ■

Destaques do XIV Simpósio APU

O XIV Simpósio APU 2016 assume como tema «Fronteiras em Urologia», tanto na relação com outras especialidades, que terão ampla participação no evento, como dentro da própria realidade urológica, sem esquecer a fronteira geográfica com o país vizinho e parceiro, Espanha. Conheça alguns dos principais assuntos em debate neste Simpósio, que decorrerá entre 28 e 30 de outubro, no Centro de Congressos de Troia.

Melhorar a urgência urológica



A primeira mesa-redonda do Simpósio, a decorrer entre as 9h00 e as 10h30 de 28 de outubro, será dedicada ao tema «Urgência urológica – a última fronteira» e discutirá a relação

da Urologia com outras especialidades e a organização inter-hospitalar das várias urgências. O debate contará com o contributo de hospitais do Norte, Centro, Sul e Ilhas, e será moderado por **Tomé Lopes, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM)**, e por Avelino Fraga, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António.

Na opinião de Tomé Lopes, «a urgência é um dos maiores problemas dos hospitais, principalmente dos grandes centros hospitalares, pois tem de ser assegurada permanentemente e recebe doentes que ultrapassam a sua área de influência, o que implica grande utilização de recursos humanos, sobrecarregando os profissionais e a própria instituição». Para ultrapassar esta dificuldade, o especialista defende que «os

internos tenham uma forte formação em urgência urológica», o que, aliás, «acontecia há cerca de duas décadas, em que iam aprender nos hospitais principais». «Deve haver uma mudança, para que, durante o internato, se possa observar, avaliar e operar doentes num contexto de urgência permanente, porque, caso contrário, a formação será muito deficitária», sublinha.

Dois outros problemas, na ótica de Tomé Lopes, são «os serviços com um número de urologistas apreciável, mas que não dão resposta satisfatória à sua urgência e a má referenciação dos doentes». Apesar das melhorias registadas nos últimos anos, «a referenciação não é a mais correta, sobretudo a nível externo, o que faz com que sejam recebidos doentes na urgência sem qualquer indicação para tal». ■

Ana Luísa Pereira

No limiar das disfunções miccionais

«A fronteira das disfunções miccionais» dará o mote à mesa-redonda que se realizará no dia 28 de outubro, entre as 12h00 e as 12h30. A moderação estará a cargo de Paulo Dinis e José Cardoso de Oliveira, urologistas, respetivamente, no Centro Hospitalar de São João, no Porto, e no Hospital do Espírito Santo de Évora. O primeiro tema – «Nos prolapsos dos órgãos pélvicos» – será abordado por João Marcelino, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria.

As disfunções miccionais nas doenças neurodegenerativas serão analisadas nesta mesa-redonda por **Luís Abranches Monteiro, urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures**. «Neste contexto, a fronteira da Urologia é, sem dúvida, com a Neurologia», começa por esclarecer o especialista, adiantando que, pela sua frequência, as patologias a que dará maior enfoque serão a esclerose múltipla e as síndromes parkinsonianas. «A esclerose múltipla pode ser muito incapacitante e, muitas vezes, surgem

também perturbações do bom controlo da bexiga ou dos esfíncteres, que diminuem em muito a qualidade de vida e podem até piorar o funcionamento dos rins ao longo dos anos», avança.

Quanto às síndromes parkinsonianas, «algumas têm um pendor andrológico e urológico mais marcante e muito precoce», incluindo a disfunção erétil, mas, sobretudo, as disfunções miccionais. «Trata-se, por exemplo, de doentes que aparentam ter este tipo de disfunção devido a uma hiperplasia benigna da próstata e os urologistas são tentados a tratar essa condição. Todavia, alerta para o facto de ser crucial o diagnóstico adequado, especialmente no âmbito destas patologias, cujo quadro pode agravar-se consideravelmente com uma intervenção desnecessária», adverte Abranches Monteiro.

«Com o avanço da Medicina, as pessoas com doenças neurodegenerativas têm vivido muito mais tempo, logo, contribuir para o seu bem-estar é cada vez mais fundamental», defende



o urologista. E adianta: «Neste sentido, o surgimento de novas abordagens terapêuticas, inclusive farmacológicas, para o tratamento das disfunções miccionais tem sido determinante na compensação e na melhoria da qualidade de vida destes doentes.» ■ **Marisa Teixeira**

Incentivar os internos a transpor fronteiras



A reunião organizada pelo Núcleo de Internos da Associação Portuguesa de Urologia (NIAPU) no próximo Simpósio da APU irá

decorrer no dia 28 de outubro, entre as 19h00 e as 20h00. Inicialmente, **Ricardo Pereira e Silva, presidente do NIAPU**, fará uma retrospectiva do que tem vindo a ser desenvolvido pelo Núcleo. «Esta sessão é importante, porque marca o final do mandato da primeira Direção do NIAPU, e o balanço é muito positivo, pois gerou-se uma maior proximidade entre os internos e um maior espírito de grupo», sublinha o responsável. E adianta: «Agora, mal iniciam o internato, os colegas têm a noção da existência desta estrutura organizativa, o que faz logo a diferença.»

Neste Simpósio, o NIAPU optou por promover uma sessão mais «voltada para o exterior, nomeadamente para a Europa», sob o mote «Transpondo as fronteiras da Urologia», até porque uma das suas apostas tem sido «o reforço da presença dos internos portugueses na ESRU [European Society of Residents in Urology]», explica Ricardo Pereira e Silva.

Neste sentido, vai estar presente na Reunião Juan Rivas, presidente do Grupo de Residentes y Jóvenes Urólogos da Asociación Española de Urologia (AEU) e secretário da ESRU, para falar sobre o papel dos *social media* na Urologia moderna. «Trata-se de uma prioridade atual da EAU [European Association of Urology] e a ESRU tem aproveitado muito a utilização destes meios de comunicação, como o Twitter, cada vez mais importantes para a divulgação de informação científica. Espero que o palestrante possa entusiasmar os jovens portugueses com a sua experiência», avança Ricardo Pereira e Silva.

Antes da apresentação da nova Direção do NIAPU, que será eleita no dia anterior, 27 de outubro, Paulo Jorge Dinis, interno no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, apresentará os vários *scholarship programmes* da EAU, que são «oportunidades formativas valiosas na Urologia», como considera Ricardo Pereira e Silva. ■ **Marisa Teixeira**

Atualização em neoplasias urológicas

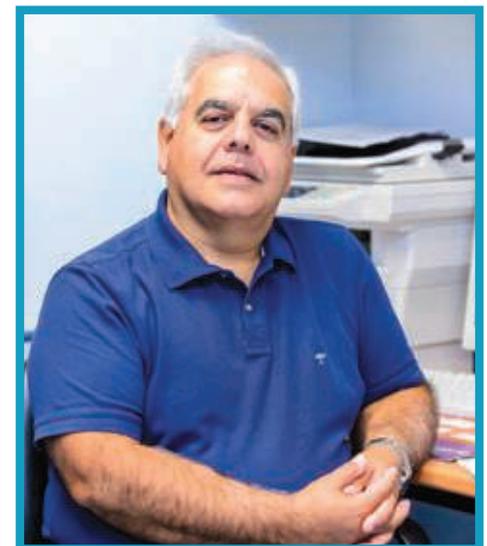
Carcinoma de células renais metastizado, cancro do testículo e tumores uroteliais serão os temas em debate na mesa-redonda que decorrerá a 29 de outubro, entre as 11h15 e as 12h15, e ficarão a cargo, respetivamente, dos urologistas André Silva (Centro Hospitalar de São João - CHSJ -, no Porto), Belmiro Parada (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra) e Manuel Oliveira (Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António). A sessão terá como moderadores **Francisco Pina, urologista no CHSJ**, e Manuel Ferreira Coelho, urologista no Hospital da Luz, em Lisboa.

«Os carcinomas do rim metastizados têm um peso importante em termos de incidência e mortalidade», indica Francisco Pina. Apesar dos avanços terapêuticos recentes, «o lucro oncológico ainda é muito pequeno, pois apenas se conseguiu um acréscimo na sobrevida global média de três a quatro meses», refere. Atualmente, «o tratamento não cirúrgico está a sofrer um grande desenvolvimento, sobretudo ao nível das terapêuticas imunológicas, como os inibidores da tirosina-quinase com atuação no eixo VEGF [fator de crescimento endotelial vascular], os mTOR [proteínas-alvo da rapamicina]

na em mamíferos], os anticorpos antilinfócitos T citotóxicos tipo 4, os inibidores das proteínas do eixo PD-1 [proteína programadora da morte celular] e as vacinas com células dendríticas».

Relativamente aos tumores do testículo, «apesar de raros e com elevada taxa de cura, 10 a 30% dos casos aparecem já metastizados aquando do diagnóstico», salienta o moderador. «Um dos grandes desafios é encontrar um perfil de biomarcadores preditivo da resposta terapêutica em estádios mais agressivos. O grupo de investigação que Belmiro Parada integra tem estado envolvido na caracterização das células estaminais testiculares, o que vai na direção de trabalhos recentes sobre a associação entre esquemas de quimioterapia sistémica de alta dose e a infusão de células estaminais autólogas», frisa.

Dentro dos carcinomas uroteliais, os da bexiga contabilizam a maior incidência a nível mundial. De acordo com Francisco Pina, «neste âmbito, os estudos têm-se debruçado menos sobre os esquemas de quimioterapia do doente metastizado e mais sobre a quimioterapia neoadjuvante da cistectomia radical, com o intuito de melhorar o prognóstico pós-cirúrgico, tendo-



-se já conseguido um aumento da sobrevida global média entre 20 a 30 meses». Outras áreas em desenvolvimento para este carcinoma são «a imunoterapia sistémica para doentes com alta carga metastática e, no caso dos carcinomas vesicais superficiais, a procura de biomarcadores preditivos da resposta terapêutica e do risco de recidiva». ■ **Ana Luísa Pereira**



Ricardo Patrão



Jorge Ferreira



Lilian Campos



Ana Figueiredo

Pontos de contacto entre a Urologia, a Cardiologia e a Pneumologia

Subordinada ao tema «A fronteira cardiopulmonar», a mesa-redonda que vai decorrer no dia 29 de outubro, entre as 9h30 e as 10h50, será o palco de discussão de diversos pontos sensíveis relativos à antiagregação e à anticoagulação em Urologia, bem como da relação entre o tabaco e as patologias urológicas.

Ana Luísa Pereira

A sessão será moderada por Miguel Carvalho, urologista no Hospital Garcia de Orta, em Almada, e terá como primeiro orador Ricardo Patrão, urologista no Centro Hospitalar Tondela-Viseu, que abordará os problemas que a anticoagulação e a antiagregação colocam ao urologista. «Cada vez mais, operamos doentes idosos, com múltiplas patologias e fatores de risco para doença urológica e cardiovascular, que tomam medicamentos antiagregantes ou anticoagulantes de modo crónico», indica Ricardo Patrão. O especialista refere que, embora há alguns anos fosse «quase impensável fazer cirurgia urológica *major* sob o efeito de antiagregantes, hoje em dia, é necessário manter a antiagregação num número significativo de doentes».

Para Ricardo Patrão, esta questão «deve ser muito bem ponderada em cada caso, porque há uma relação de risco/benefício para o doente». A medicação acarreta «um risco hemorrágico maior, não só na cirurgia, mas também no período pós-operatório, em que a persistência de pequenos focos hemorrágicos pode implicar uma série de dificuldades significativas, como maior necessidade de transfusões e de novas cirurgias para resolver os hematomas, com aumento implícito do risco de infeção».

Adicionalmente, as transfusões podem ter efeitos negativos em doentes oncológicos. Para Ricardo Patrão, não é claro o consenso quanto à realização de cirurgias em doentes sob antiagregação e anticoagulação, havendo visões diferentes entre várias especialidades. O ponto de vista da Cardiologia será apresentado por Jorge Ferreira, cardiologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, que vai comentar o tema «Atualização em anticoagulação e antiagregação», .

Influência do tabagismo

O impacto do tabaco na Urologia será abordada por Lilian Campos, urologista no Hospital Distrital da Figueira da Foz. «A relação entre tabagismo e cancro, principalmente do pulmão, é amplamente conhecida pela população em ge-

ral», introduz a especialista. Contudo, «o tabaco constitui também um fator de risco para vários tumores genitourinários, sendo o mais relevante o tumor do urotélio e, em particular, o da bexiga», explica. E acrescenta: «Cerca de 50% dos casos de neoplasia vesical ocorrem em fumadores, estando a doença diretamente relacionada com a duração do consumo e a carga tabágica.»

Sendo o tabagismo «considerado pela Organização Mundial da Saúde como a principal causa de morte evitável em todo o mundo, o urologista pode desempenhar um papel importante na prevenção da doença, ao informar o doente sobre a relação entre tabagismo e patologia urológica», conclui Lilian Campos.

Segundo Ana Figueiredo, pneumologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e também oradora na sessão, «o tabagismo é considerado uma doença crónica, estando associado a várias patologias urológicas, tais como cancro da bexiga, disfunção erétil ou infertilidade». No caso específico do doente oncológico, a manutenção dos hábitos tabágicos «agrava o prognóstico, complica os tratamentos cirúrgicos e diminui a sobrevivência e a qualidade de vida», frisa.

«Tendo a última revisão da Cochrane sobre a intervenção breve no tabagismo reiterado que o aconselhamento fornecido pelo médico é eficaz na promoção da cessação tabágica, e sendo esta uma intervenção extremamente simples e rápida, se aplicada de forma sistemática, pode conseguir números de abandono significativos.» Por esta razão, Ana Figueiredo também é da opinião de que «os urologistas se encontram numa posição privilegiada para ajudar os seus doentes fumadores a abandonarem este hábito». ■

SABIA QUE...

...a prevalência de fumadores em Portugal, com 15 ou mais anos, está estimada em 20%? De acordo com os dados do Inquérito Nacional de Saúde 2014, cerca de um terço (34%) da população masculina dos 25 aos 34 anos é fumadora.

Desafios na cirurgia urológica de ambulatório

Representantes de vários hospitais portugueses vão partilhar a sua experiência na mesa-redonda «A fronteira do internamento: cirurgia urológica de ambulatório», que se realizará no dia 30 de outubro, entre as 9h00 e as 10h15. Para **Carlos Guimarães, urologista no Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães** e moderador desta sessão, são vários os aspetos a considerar no que respeita à cirurgia de ambulatório, sempre com o foco na eficácia do ato e na segurança do doente. «Além dos critérios clínicos, deve-se averiguar se o doente dispõe de boas condições de saneamento básico e de higiene, se tem uma boa mobilidade de transporte próprio e se está acessível numa distância geográfica que lhe permita recorrer a cuidados urológicos no prazo máximo de 60 minutos, caso surja alguma complicação. Acredito que estas questões não são abordadas pela maior parte dos urologistas», considera.

Carlos Guimarães lembra que muitos serviços não têm assistência em Urologia de 24 horas, pelo que, «nestes casos, ao optar por cirurgia de ambulatório, acresce insegurança para os doentes». E chama a atenção para o agendamento da própria cirurgia: «Operar um doente que viva a 50 quilómetros de distância

às 19h00 não é boa opção; mais vale proceder-se à intervenção o mais cedo possível, preferencialmente de manhã, para que o recobro não seja apressado e a devolução do doente a casa realizada a horas impróprias. A pressa nem sempre é amiga do sucesso.» Na opinião do especialista, estes desafios de constituição de equipas e de logística de intervenção devem ser bem equacionados. «Felizmente, a maioria das cirurgias urológicas não causa complicações graves, mas é de considerar o receio e a angústia que provocam em muitos doentes pelo facto de saberem que dependem de si e não têm um cuidador na convalescença imediata», acrescenta.

Outra questão levantada pelo moderador desta mesa-redonda prende-se com o próprio cirurgião. «A cirurgia de ambulatório é, muitas vezes, encarada como menor e “empurrada” para urologistas ainda em formação, mesmo sem acompanhamento de médicos mais experientes. Na minha opinião, é um erro, pois a probabilidade de surgirem complicações é maior. A experiência consolidada, até nas complicações, é muito importante.» Por fim, Carlos Guimarães lamenta «a preocupação excessiva de comparar Portugal a outros países», pois as



realidades são muitas vezes distintas, até mesmo dentro do território nacional. «Têm de se encontrar as melhores soluções, tendo em conta a nossa realidade. Seguir as regras e linhas orientadoras de outros países sem ponderar as diferenças existentes, possivelmente, não será o melhor caminho. Independentemente de estes e outros constrangimentos, a cirurgia de ambulatório deve ser uma grande aposta da Urologia.» ■ **Marisa Teixeira**

Hot topics em Oncologia prostática



Francisco Cruz, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto, e um dos moderadores, «neste momento, a terapêutica inicial no tratamento do carcinoma avançado da próstata metastizado é um dos temas quentes no âmbito da Oncologia prostática, pelo que, certamente, será alvo de debate nesta sessão».

À luz dos dados mais recentes, não é claro que o tratamento hormonal seja o ideal em primeira linha, particularmente nos tumores que apresentam formas mais agressivas. «Vários estudos têm vindo a demonstrar que utilizar inicialmente quimioterapia nestes doentes, em vez da hormonoterapia, aumenta substancialmente a sobrevivência global», avança Francisco Cruz. E acrescenta: «Com a quimioterapia em primeira linha, em pré-hormonoterapia, é possível atrasar o aparecimento de hormonoresistências. Este é o caminho a seguir quando se está na presença de

tumores da próstata com padrões histológicos mais agressivos.» Embora admita que o tratamento hormonal utilizado em primeira linha neste contexto é um paradigma que domina a Urologia mundial desde a década de 1950, o especialista entende que esta prática deve ser alterada.

Nesta mesa-redonda, que conta também com a moderação de Rui Sousa, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, vão ser discutidos temas como a doença oligometastásica, o tratamento local na doença metastizada e as implicações das novas *guidelines* no carcinoma avançado da próstata metastizado. Estes temas vão ser apresentados, respetivamente, pelos seguintes oradores: Pedro Monteiro, urologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital Egas Moniz; Luis Martínez-Piñero, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Infanta Sofia, em Madrid; e Carlos Silva, urologista no CHSJ. ■ **Marisa Teixeira**

«Oncologia prostática – a fronteira da doença avançada» será o tema da mesa-redonda que se vai realizar no dia 30 de outubro, entre as 12h00 e as 13h00. Na opinião de

XIV Congresso da SINUG trouxe peritos mundiais de neurourologia a Portugal



Francisco Cruz e David Castro Díaz, respetivamente vice-presidente e presidente da SINUG, deram as boas-vindas aos congressistas, na sessão de abertura

O Porto foi a cidade anfitriã do XIV Congresso da Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uro Ginecología (SINUG), durante os dias 30 de junho e 1 de julho. Em debate estiveram temas como a incontinência urinária masculina e feminina, o papel da toxina botulínica no tratamento da bexiga neurogénica, a abordagem do prolapso vaginal e as indicações para a reconstrução genital.

Sandra Diogo

Cerca de 180 urologistas, ginecologistas, enfermeiros, fisioterapeutas e profissionais de outras áreas com interesse na neurourologia e na uroginecologia participaram neste congresso – um número que deixou os membros da comissão organizadora positivamente surpreendidos. «Ainda são poucos os profissionais que se dedicam a estas temáticas, que, embora não abranjam problemas que ameaçam a vida dos doentes, repercutem-se na sua qualidade de vida», confirmou David Castro Díaz, presidente da SINUG.

Foi nesse contexto que a organização deste congresso contou com a colaboração da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (APNUG), da International Continence Society (ICS) e da European Association of Urology Section of Female and Functional Urology (ESFFU). «Queremos consolidar a internacionalização da SINUG, por isso, desenvolvemos um programa científico com grande *input* internacional e convidámos alguns dos principais especialistas estrangeiros nesta área», reforçou David Castro Díaz.

Para Francisco Cruz, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de São João, no Porto, e eleito vice-presidente da SINUG durante o Congresso, esta foi uma oportunidade para fazer uma revisão dos temas que marcam a neurourologia na atualidade, mas também para

proceder a uma atualização de conhecimentos. Um bom exemplo disso foi «a apresentação de um estudo que terminou este ano, no qual se confirmou a eficácia da utilização da toxina botulínica em 100 unidades (metade da dose habitual) para o tratamento de bexiga hiperativa em doentes com esclerose múltipla».

Papel da neuromodulação na Urologia funcional

Na sessão sobre neuromodulação apresentaram-se os resultados deste procedimento nos doentes com incontinência urinária de esforço (nomeadamente detalhes técnicos como a localização do eletrodo e a duração do tempo de estimulação) e lançou-se o debate sobre o seu papel na retenção urinária não obstrutiva e nos casos de músculo detrusor hiperativo em doentes neurogénicos.

«Esta técnica pode ser uma opção válida quando outras terapêuticas, como a toxina botulínica, fracassam», esclareceu Salvador Arlandis, moderador da sessão e urologista no Hospital la Fe, em Valência, realçando, no entanto, que «a escolha do doente adequado é o passo mais importante para o sucesso deste procedimento». «Nos casos em que a ressonância magnética está contraindicada, nos doentes com infeções urinárias de repetição ou que têm complicações com a toxina botulínica, a neuromodulação é o tratamento mais adequado», exemplificou.

Na mesma sessão, John Heesakkers, urologista na Universidade e Centro Médico Radboud, em Nijmegen, na Holanda, abordou as circunstâncias em que a estimulação do músculo tibial posterior pode constituir uma alternativa à neuromodulação. «Por um lado, representa um menor custo económico e tem a vantagem de poder realizar-se perfeitamente numa enfermaria, já que não é invasiva; por outro, ainda não há dados muito claros de eficácia a longo prazo.»

Outro assunto que suscitou interesse foi a discussão sobre as indicações para o tratamento dos prolapso pélvicos. «Concluimos que as redes vaginais devem ser utilizadas em situações muito particulares e que este procedimento deve ser realizado por um médico bastante experiente, pelo que a cirurgia clássica é preferencial», salientou Francisco Cruz. ■



Salvador Arlandis

CIRURGIA RECONSTRUTIVA GENITAL FOI A GRANDE NOVIDADE

Pela primeira vez num congresso da SINUG, foi abordada a cirurgia reconstrutiva genital feminina e masculina – um assunto que, na opinião de Francisco Cruz, «embora seja novo para muitos profissionais, é, cada vez mais, uma realidade». A sessão pautou-se pela análise dos critérios médicos versus os estéticos. «É essencial defender esta cirurgia em casos médicos comprovados e mantê-la sob a responsabilidade dos urologistas e não dos cirurgiões plásticos», defendeu o vice-presidente da SINUG.

«Casa» cheia de amigos na homenagem a Alfredo Mota

A sala tornou-se pequena para acolher todos os colegas e amigos que quiseram demonstrar o seu reconhecimento ao urologista



Foi na sua «casa», no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), cujo Serviço de Urologia e Transplantação Renal dirigiu durante 13 anos, que Alfredo Mota viu quatro décadas de trabalho e dedicação reconhecidas. No dia 23 de junho passado, colegas, amigos e familiares emocionaram o cofundador da Sociedade Portuguesa de Transplantação num «gesto de profunda amizade».

O evento foi denominado de «Encontro Científico de Urologia e Transplantação», mas o foco foi a consagração da carreira de Alfredo Mota. O testemunho da sua importância ficou evidente nas figuras presentes, como António Arnaut, «pai do Serviço Nacional de Saúde». Arnaldo Figueiredo, que sucedeu este ano a Alfredo Mota na direção do Serviço, fala de uma «homenagem justíssima a um urologista de créditos

firmados», cuja mestria constituiu um «motor para o desenvolvimento da transplantação renal em Coimbra». Josep Campistol, diretor-geral do Hospital Clínic de Barcelona, reconheceu no homenageado uma figura ilustre da especialidade na Europa e sublinhou uma «amizade sincera» de 20 anos. Já Alexandre Linhares Furtado, pioneiro na transplantação em Portugal, vê no seu discípulo um homem «inteligentemente prático e de sentido de humor apurado».

Amante da literatura, Alfredo Mota serviu-se do mito dos três metais de Platão para retribuir os agradecimentos àqueles que com ele trabalharam. «Vocês são ouro puro: no vosso profissionalismo, na vossa disponibilidade e lealdade», confessou à audiência. No seu discurso, elegeu três pilares que lhe cimentaram a vida e a carreira – o pai, Ângelo Mota, «um verdadei-

ro aristocrata da Medicina, que se preocupava com o tudo de todos»; Linhares Furtado, o seu mestre durante 28 anos e com quem se tornou «melhor médico e cirurgião»; e Miguel Torga, com quem cultivou uma amizade estreita e partilhou a ligação ao Douro. Houve ainda menção para as suas duas paixões: a Urologia, «em que tudo acaba na cirurgia», e a transplantação, «em que tudo começa na cirurgia». **No final da sua intervenção, o homenageado foi surpreendido por um retrato seu concebido pelo artista plástico Juan Domingues e, acompanhado por José Martins Nunes, presidente do Conselho de Administração do CHUC, e Arnaldo Figueiredo, descerrou uma placa com o seu nome gravado no piso 7, onde está sediado o Serviço de Urologia e Transplantação Renal.** ■

João Xará



Em busca de consensos no tratamento do CPRC

A cidade espanhola de La Granja De San Ildefonso acolheu, nos dias 1 e 2 de julho passado, a II Reunião Ibérica de Cancro da Próstata, promovida pela APU e pela Asociación Española de Urología (AEU). «Mais uma vez, a troca de experiências entre urologistas portugueses e espanhóis e a atualização científica no tratamento do cancro da próstata, bem como o reforço de laços entre os dois países, foram os principais objetivos desta reunião apoiada pela Bayer», avança Arnaldo Figueiredo. Segundo o presidente da APU, esta foi uma tentativa de criar consensos, nomeadamente em relação à linha de atuação no carcinoma da próstata resistente à castração [CPRC].

«Sequenciação/combinção de hormonas com rádio-223» foi o tema apresentado por Carlos Silva, urologista no Centro Hospitalar de São João, que recordou o facto de o cancro da próstata ter deixado de ser uma doença para a qual existia apenas tratamento paliativo, devido ao surgimento de diversos fármacos que também aumentam a qualidade de vida. «Estes medicamentos apresentam mecanismos de ação distintos, mas há ainda incertezas quanto à melhor forma de os utilizar.» O radio-223, segundo o especialista, é «muito bem tolerado, por exemplo, em doentes com CPRC e com metástases ósseas».

Já a intervenção de Manuel Ferreira Coelho, urologista no Hospital da Luz, em Lisboa, teve

como base uma análise das principais *guidelines* internacionais e sublinhou «a inexistência de concordância quanto ao *timing* em que deverão ser solicitados os exames de imagem, ao método de imagem e às recomendações de seguimento». Entre as várias mensagens-chave que transmitiu, Manuel Ferreira Coelho destaca que «a cintigrafia óssea continua a ser considerada o *standard* no diagnóstico das metástases ósseas, se bem que a imagem por ressonância magnética de corpo inteiro seja o exame com maior sensibilidade e especificidade, e a tomografia por emissão de positrões com tomografia computadorizada o exame de maior especificidade nas fases precoces do CPRC». ■ **Marisa Teixeira**

Urologistas exploraram potencialidades da imagem



PARTICIPANTES NO ENCONTRO (da esq. para a dta.): Rui Campos Sousa, Tiago Monteiro (formador do Curso de Fotografia), Luís Abranches Monteiro, Francisco Fino Correia, Francisco Rolo, Júlio Fonseca, Paulo Rebelo (organizador), Miguel Ramos, Telmo Ribeiro, Manuel Ferreira Coelho, Alexandre Mendes Leal e José Garção Nunes.
Ausentes na fotografia: Manuel Ferran (Olympus), Vítor Sousa e António Patrício

O 1.º Encontro Científico da APU, que decorreu no passado dia 25 de junho, em Viseu, constituiu uma oportunidade para diversos especialistas se reunirem e discutirem as mais-valias dos avanços da imagem no seu dia a dia clínico. Houve ainda tempo para um Curso de Fotografia, que incentivou os participantes a explorarem as suas capacidades para obter melhores imagens, seja em ambiente profissional ou de lazer.

Sandra Diogo

A imagem é uma componente incontornável no dia a dia dos médicos, seja como método auxiliar de diagnóstico ou de tratamento, e os avanços que tem sofrido proporcionam potencialidades que não podem ser ignoradas. Conscientes disso e de que muitos especialistas se sentem atraídos por esta área, Arnaldo Figueiredo, presidente da APU, e Paulo Rebelo, urologista no Centro Hospitalar de Tondela-Viseu/Hospital de São Teotónio, organizaram este encontro, que visou aliar a componente científica com uma atividade lúdica.

«Tratou-se de uma iniciativa muito curiosa, original e útil, pois conseguiu aliar algo que, para nós, além de importante, é muito cativante: saber trabalhar com a imagem e compreender aquilo que ela pode trazer como mais-valia para a nossa atividade profissional», confirmou Francisco Rolo, ex-presidente da APU e um dos participantes no Encontro.

A primeira intervenção coube a Ferran Menescal, *product manager* na Olympus (patrocinadora do evento), e debruçou-se sobre os benefícios das inovações da imagem para a ci-

urgia urológica, fazendo uma retrospectiva das técnicas utilizadas nos últimos 25 anos, desde o SD (em 1990), o HD (em 2000), o Full HD (em 2007), o 3D (em 2013), até ao 4K na atualidade. «Com este novo tipo de equipamento, de ecrã tátil e sistema de luz azul, é possível aproximar mais a imagem sem perder definição», explicou Ferran Menescal, realçando que estes avanços proporcionarão mudanças na forma de atuação durante a cirurgia, «por exemplo, quanto à localização do equipamento e do médico».

Abordagem multidisciplinar

A participação de Vítor Sousa, anatomopatologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e no Instituto de Anatomia Patológica - Patologia Molecular da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, evidenciou o caráter multidisciplinar que, cada vez mais, o tratamento dos doentes exige. Numa apresentação que tentou demonstrar a importância da imagem para a obtenção de um diagnóstico ao longo da história da Medicina, este especialista deu alguns exemplos das técnicas futuras de imagem: óculos de realidade virtual, microscópio sem ocular, mesas interativas, microscopia eletrónica e 3D, multiplex IHC (imuno-histoquímica) ou IF (imunofluorescência) e nanomicroscopia (através da qual se consegue observar uma célula isolada).

«As aplicações tecnológicas apresentadas derivam, sobretudo, da digitalização da imagem e da obtenção de lâminas virtuais, que permitem depois a aplicação de *software* de interpretação, do qual resultam dados úteis não só para o diagnóstico, mas também para a avaliação de terapêuticas ou do prognóstico», referiu. Segundo Vítor Sousa, muitas destas novas tecnologias serão aplicadas em situações de grande dificuldade de diagnóstico ou em que seja necessária uma maior acuidade na imagem. ■

A ARTE DE BEM FOTOGRAFAR

Para Tiago Monteiro, o fotógrafo da Academia Olhares que ministrou o Curso de Fotografia neste Encontro, o grande objetivo foi «ajudar a perceber as potencialidades das máquinas fotográficas, de modo a que, no fim, os participantes passem a fotografar sem ter os aparelhos sempre na função automática». Para isso, o formador começou por explicar o que é, em termos técnicos, uma fotografia, passando depois para a identificação das funções básicas das câmaras e para a abordagem de noções de composição. Além da componente teórica, o curso, que teve uma duração de quatro horas, contou ainda com uma parte prática.



Urologistas de todo o mundo assistiram a cirurgias em tempo real e interagiram com os cirurgiões formadores, a partir do auditório da Fundação Champalimaud



Na vanguarda da cirurgia urológica

O congresso europeu *Challenges in Laparoscopy and Robotics 2016*, que decorreu entre 9 e 11 de junho passado, na Fundação Champalimaud, em Lisboa, contou com a participação de alguns dos mais proeminentes cirurgiões nacionais e estrangeiros neste campo. O evento ficou marcado pela realização de cirurgias ao vivo, que foram transmitidas para um auditório repleto de urologistas vindos de todo o mundo para aprender e assistir aos mais desafiantes procedimentos cirúrgicos.

Ana Luísa Pereira

A 13.ª edição do *Challenges in Laparoscopy and Robotics* caracterizou-se por um programa abrangente e estimulante, que contou com importantes oradores internacionais e a realização de várias cirurgias. Cada sessão cirúrgica incluiu vários procedimentos em simultâneo, em salas diferentes, que foram transmitidos em direto para toda a audiência através de três monitores.

Segundo Jorge Fonseca, responsável pela organização portuguesa deste congresso e diretor da Unidade de Próstata do Centro Clínico da Fundação Champalimaud, esta foi a «primeira vez que este evento único se realizou em Portugal, sendo marcado pela execução de procedimentos cirúrgicos de invulgar grau de dificuldade, o que demonstrou até à exaustão as possibilidades da laparoscopia e da cirurgia robótica». O especialista destaca «a complexa logística envolvida, não só ao nível da angariação de doentes, mas também da tecnologia audiovisual utilizada e das próprias cirurgias, uma vez que se recorreu a meios cirúrgicos invulgares no país». Em quatro salas de cirurgia laparoscópica a funcionar em simultâneo, duas das quais com tecnologia robótica (última versão do robô Da Vinci), vários urologistas demonstraram a sua expe-

riência à audiência, que também teve oportunidade de interagir com os intervenientes.

Além da utilização de robôs, «foram integradas imagens de ecografia, em tempo real, e foram utilizados contrastes fluorescentes que orientam a linfadenectomia no carcinoma da próstata e as nefrectomias parciais, de forma a preservar o parênquima», explica Jorge Fonseca, acrescentando que «a qualidade dos cirurgiões formadores e a rede de tecnologias utilizadas fizeram do evento um marco em Portugal, que refletiu a qualidade e o envolvimento da Urologia nacional». Por último, o especialista reconhece a colaboração ativa do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria; do Hospital das

Forças Armadas, em Lisboa; do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA); do Hospital Garcia de Orta, em Almada; e do Centro Hospitalar do Médio Tejo, assim como o importante papel do corpo clínico de Urologia da Fundação Champalimaud.

Renaud Bollens, também organizador do evento, professor e urologista em Tournai (Bélgica) e em Lille (França), frisa que «o *Challenges in Laparoscopy* é um congresso muito conhecido, sendo, provavelmente, um dos melhores no mundo». Para este especialista, «a organização deste encontro em Portugal foi desafiante, mas a excelente forma como decorreu pode ser fonte de orgulho para a Urologia portuguesa».

ROBÓTICA «VEIO PARA FICAR»

Alex Mottrie, presidente e fundador da EAU Robotic Urology Section (ERUS), professor e urologista na Onze-Lieve-Vrouweziekenhuis (OLV) Clinic Aalst, na Bélgica, é pioneiro na área de cirurgia robótica. Naquele país, o especialista iniciou o seu próprio programa de laparoscopia minimamente invasiva e, posteriormente, de robótica. «Criei o centro de treino OLV Robotic Surgery Institute (ORSI) Academy há cerca de quatro anos e temos agora quatro robôs de treino e três robôs clínicos», revela o cirurgião, salientando que «o grande objetivo é levar a formação ao mais elevado nível». O treino adequado e específico é «absolutamente decisivo para todos os que se iniciam nesta nova ferramenta, que veio para ficar e irá expandir-se a muitos outros tratamentos». Só no ano de 2015, a ORSI Academy treinou 350 cirurgiões de todo o mundo.

Anteriormente, «em todas as cirurgias, fazia-se uma grande incisão para remover os rins ou outras estruturas do trato urinário, o que é muito mais doloroso e leva a muitas complicações, mas, com a abordagem laparoscópica, a taxa de complicações é significativamente mais baixa, além de melhorar o aspeto estético», explica Renaud Bollens, que realizou várias cirurgias ao vivo neste congresso. «A vantagem da cirurgia laparoscópica é que é praticável em qualquer lugar, não sendo necessária tecnologia tão específica como na robótica», refere este formador, salientando que, «provavelmente, o mercado da robótica sofrerá evoluções, sobretudo ao nível do aumento da competitividade entre diversas marcas, o que levará a preços mais acessíveis».

Benefícios para a Urologia portuguesa

Outro dos organizadores estrangeiros – Inderbir Gill, urologista e professor em Los Angeles, nos EUA – considera que «este evento ajudou na formação e na prática clínica dos urologistas participantes, sendo a possibilidade de fazer estas técnicas ao vivo em Portugal um grande benefício para a Urologia do País». Inderbir Gill aponta ainda «três áreas que irão sofrer evoluções num futuro próximo: a maior generalização da cirurgia robótica minimamente invasiva aplicada à Oncologia; o aumento da utilização da terapêutica focal guiada por imagem para o cancro da próstata, substituindo a remoção da próstata em doentes selecionados; e uma maior personalização da Medicina ao nível do diagnóstico e da estratificação do risco».

Arnaldo Figueiredo, diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e presidente da APU (que concedeu patrocínio científico ao evento), foi um dos formadores do congresso, tendo realizado uma nefrectomia parcial esquerda por via laparoscópica. «Com a laparoscopia, pretende-se atingir o objetivo terapêutico com a menor agressão possível,



O italiano Francesco Porpiglia (2.º a contar da esquerda) foi o cirurgião responsável por uma nefrectomia parcial laparoscópica por via retroperitoneal



Miguel Ramos (ao centro) efetuou uma transposição ureteral por ureter retrocava, por via laparoscópica (com recurso a tecnologia 3D)

através do recurso a técnicas minimamente invasivas», explica o especialista.

Neste encontro, os participantes puderam assistir à «utilização de diversos recursos que a Urologia tem atualmente ao seu dispor (imagem de alta definição a 3D, robôs e instrumentação), que permitem procedimentos que não eram possíveis há alguns anos», salienta Arnaldo Figueiredo, acrescentando que «esta evolução é fruto de múltiplos avanços e diversas origens, embora deva ser alvo de uma ponderada utilização por parte dos cirurgiões». Não obstante

«o mérito da Urologia portuguesa, o ideal seria que qualquer especialista tivesse acesso a instrumentos cada vez mais modernos, mas os recursos a nível nacional são muito díspares», conclui.

José Garção Nunes, vice-presidente da APU e urologista no Hospital Lusíadas Lisboa, lembra o interesse da APU em «promover a Urologia portuguesa e manter os especialistas a par das técnicas, equiparando-os aos urologistas do resto do mundo». Frisando a presença de alguns dos melhores especialistas internacionais em cirurgia robótica neste congresso, Garção Nunes considera que «este tipo de cirurgia, ainda muito condicionado pelos altos custos de utilização, será predominante no futuro».

Miguel Ramos, urologista no CHP/HSA, realizou uma transposição ureteral por ureter retrocava por via laparoscópica, «um procedimento desafiante e pouco comum, pois a anomalia em causa é relativamente rara». Este especialista salienta «alguns avanços nesta área, tais como a melhoria da qualidade da imagem e a visualização 3D na cirurgia laparoscópica», mas considera «o desenvolvimento da cirurgia robótica em Portugal um passo fundamental, sendo importante torná-la acessível a mais instituições e pessoas». ■

O urologista chinês Xu Zhang realizou uma nefrectomia parcial robótica



Opinião // **Belmiro Parada**

Internato complementar de Urologia: que modelo?



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

A Urologia mantém elevados patamares na formação complementar. A existência de programas de formação definidos por portaria, a atribuição de idoneidades formativas pelo Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos e os exames finais de nível nacional são fatores decisivos para essa qualidade.

O modelo atual pressupõe a existência de serviços de Urologia com idoneidades formativas de dois tipos:

- **Idoneidade total:** o interno pode fazer toda a sua formação nesse serviço;
- **Idoneidade parcial:** o interno apenas cumpre uma parte da sua formação nesse serviço, devendo completar o seu internato noutra unidade com idoneidade total.

A existência de idoneidades parciais tem, pelo menos no plano teórico, vários pontos positivos, nomeadamente:

Para os internos:

- A necessidade de completar o internato noutras unidades permite-lhes ter contacto com outras realidades, enriquecendo a sua formação, com benefícios para a sua carreira futura;
- A possibilidade de trabalhar em serviços mais pequenos, sem a concorrência de um grande número de internos, pode proporcionar-lhes mais oportunidades cirúrgicas, eventualmente com relações pessoais mais próximas.

Para os serviços:

- Os internos, jovens médicos em formação, ansiosos por novos conhecimentos e aprendizagem, constituem um estímulo para um serviço, ajudando ao seu desenvolvimento e à sua necessidade de atualização, e são um fator essencial para a própria formação contínua dos especialistas;
- Os internatos podem promover a fixação de futuros especialistas em áreas periféricas.

Nas situações em que as idoneidades são totais, podem considerar-se como pontos positivos, entre outros:

- Existir uma coordenação e uma responsabilização integral da formação dos internos num só tutor e num único serviço;
- Poder o interno fazer os estágios que entender, em Portugal ou no estrangeiro, de acordo com os seus desejos e sem qualquer obrigatoriedade.

«No modelo atual, há desigualdade na formação entre internos de serviços com idoneidade parcial e internos de serviços com idoneidade total, que não têm contacto com a realidade dos hospitais periféricos»

Não obstante todos os pontos positivos, o modelo atual mantém várias limitações:

1. A existência real de desigualdade na formação dos internos, em que temos, por um lado, os internos de serviços com idoneidade parcial, que fazem estágios em diferentes serviços de Urologia, e, por outro lado, os internos dos serviços com idoneidade total, que fazem a formação num único serviço central, sem contacto com a realidade dos hospitais periféricos, onde, frequentemente, irão desenvolver a sua atividade futura;
2. O número reduzido de especialistas nos hospitais periféricos com capacidade formativa parcial e a instabilidade do seu quadro levaram, nos últimos anos, à perda da idoneidade formativa de vários serviços, ficando os seus internos «órfãos», com necessidade de serem redistribuídos;
3. A menor atividade assistencial e científica, quer em publicações quer em apresentações de trabalhos, de grande parte dos hospitais mais pequenos constitui uma dificuldade acrescida ao desenvolvimento dos internos;
4. São frequentes os relatos de tratamento desigual dos internos de serviços com ido-

neidade parcial durante os seus estágios nos serviços centrais, vistos, por vezes, como «elementos estranhos», com discriminação nas marcações cirúrgicas e na atividade científica, sem um tutor efetivo (que não acompanhará esse interno no exame final);

5. Por fim, a experiência mostra-nos que só uma minoria de internos continua a sua atividade clínica nesses serviços de hospitais periféricos, uma vez concluída a especialidade.

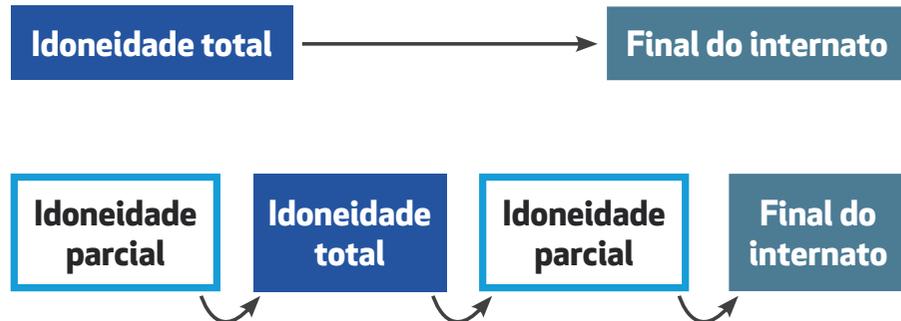
Face ao exposto, acreditamos que é oportuno levantar questões sobre o futuro do Internato complementar de Urologia:

- i. Queremos manter o modelo atualmente existente?
- ii. Pretendemos adotar um modelo alternativo?
- iii. Que modelo alternativo?

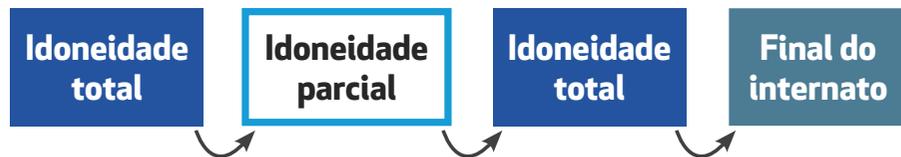
O modelo alternativo que alguns defendem inclui, entre outros aspetos:

- A manutenção de serviços com idoneidade formativa total e de serviços com idoneidade formativa parcial (os critérios para atribuição dessas idoneidades são definidos pelo Colégio da Especialidade de Urologia);
- A obrigatoriedade de todos os internos ingressarem em serviços com idoneidade formativa total, responsáveis pelo interno durante todo o internato, mesmo aquando da realização de estágios fora do serviço;
- A obrigatoriedade de todos os internos passarem um período variável (a definir, mas entre seis a 12 meses) em serviços de hospitais periféricos, com idoneidade formativa parcial.

Modelo atual de internato



Modelo alternativo de internato



Com este modelo:

- Haveria uma uniformização da formação complementar de Urologia, independentemente do serviço em que os internos ingressassem;
- Haveria um aumento do número de internos nos serviços dos hospitais periféricos,

dado que todos teriam, necessariamente, de aí fazer um estágio.

A Urologia portuguesa deve fazer uma reflexão sobre este tema e tomar as decisões mais adequadas para a contínua melhoria da qualidade formativa. ■

FORMAÇÃO MÉDICA EM DEBATE NO XIV SIMPÓSIO DA APU

Fruto da estreita colaboração entre a APU e o Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos (CEUOM), decorrerá no XV Simpósio APU 2016, em Troia, no dia 28 de outubro, entre as 18h15 e as 19h00, uma assembleia-geral do CEUOM, para a qual estão convocados todos os urologistas inscritos na Ordem dos Médicos. O ponto único em debate será a formação médica, nomeadamente o Internato de Urologia e o modelo atual de atribuição de idoneidade. «O CEUOM quer colocar à discussão e apreciação de todos a manutenção do modelo atual – serviços com idoneidade total e parcial, com atribuição de internos aos diferentes hospitais – ou uma alteração para um modelo com idoneidade total e parcial, mas em que todos os internos sejam colocados apenas em serviços com idoneidade total, com obrigatoriedade de passar sempre, no mínimo, seis a 12 meses em serviços com idoneidade parcial», explica Avelino Fraga, admitindo que ambos os modelos têm vantagens e inconvenientes. O presidente do CEUOM afirma ser sua intenção convocar assembleias-gerais com maior frequência para «debater assuntos pertinentes, ouvir opiniões e partilhar decisões».



Oncologia prostática e tecnologia no VI Módulo da Academia de Urologia



Entre os dias 18 e 20 de novembro próximo, o Hotel Villa Batalha volta a receber uma edição da formação para internos e jovens especialistas organizada pelo Conselho Diretivo da APU. Desta vez, cancro da próstata e novas tecnologias em Urologia serão os temas em debate.

Sandra Diogo



Miguel Ramos

Cumprindo o caráter formativo desta iniciativa, o VI Módulo da Academia de Urologia basear-se-á na discussão de dois temas que marcam a atualidade urológica: a Oncologia e as opções tecnológicas cirúrgicas. «Grande parte do trabalho clínico dos urologistas está associado ao cancro da próstata, por isso, faz todo o sentido contribuir para a formação dos internos nesta área. A presença de oradores com visões diferentes sobre estes assuntos estimulará o debate e mostrará aquilo que ainda é controverso e o que já é seguro na abordagem ao cancro da próstata», avança Miguel Ramos, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA) e um dos coordenadores deste módulo.

«Vamos falar do papel dos novos métodos de imagem, como, por exemplo, a ressonância magnética multiparamétrica no diagnóstico do cancro da próstata, e convidar um anatomopatologista para dissertar sobre as mudanças no diagnóstico histológico e as alterações recentemente introduzidas na classificação histológica do cancro da próstata. Tentaremos também esclarecer os participantes sobre como estamos em termos de biomarcadores e, relativamente ao tratamento, demonstrar que há muitas outras opções que devem ser exploradas, além da cirurgia», exemplifica Carlos Silva, urologista no Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto, e também coordenador desta edição.



Carlos Silva

No que diz respeito ao tratamento médico do cancro da próstata metastizado, além da hormonoterapia, que continua a ser o pilar principal, serão discutidas as indicações atuais da quimioterapia sistémica. As novas terapêuticas hormonais, como a abiraterona e a enzalutamida, e a aplicação de dicloreto de rádio-223 nos casos de cancro resistente à castração são opções que merecerão debate, nomeadamente sobre a fase em que poderão ser usadas e os benefícios de cada uma. «Hoje em dia, o cancro da próstata, mesmo em fase avançada, é uma doença com tratamentos que prolongam e melhoram a qualidade de vida. Os urologistas têm de saber dominar essas terapêuticas; só assim podem ter um papel ativo no aconselhamento da terapêutica a oferecer aos seus doentes, dentro das várias opções disponíveis», enfatiza Carlos Silva.

Tecnologia, uma realidade incontornável

Relativamente à tecnologia, na opinião de Miguel Ramos, é um assunto que, apesar de constante no dia a dia dos urologistas, é pouco discutido por esta especialidade, «pelo que alguns conceitos nem sempre estão bem definidos». É nesse contexto que se irão debater noções relacionadas com a imagem cirúrgica na laparoscopia e na robótica, até porque «é inquestionável o seu papel na alteração de alguns aspetos cirúrgicos nos últimos anos», reforça o urologista no CHP/HSA.

«Considerando que a Urologia é uma especialidade médico-cirúrgica em que, muitas vezes, somos confrontados com uma panóplia de instrumentos que podemos ter dificuldade em gerir, a discussão será útil não só para os jovens internos, mas também para nós, especialistas», refere Carlos Silva. Para este urologista no CHSJ, essa informação é particularmente importante, pois as fontes de energia, «quando mal utilizadas, também podem ser prejudiciais».

O último tema em análise neste módulo será a cirurgia laparoscópica/robótica, que tem um papel bem definido na cirurgia do rim, mas cuja utilização nos casos de cancro da próstata ainda suscita algumas dúvidas. «O papel atual da cirurgia laparoscópica em Urologia já está bem definido. O mesmo não se passa com a cirurgia robótica. Tendo em conta que somos um país pequeno e com dificuldades económicas bem conhecidas, vamos tentar perceber se as vantagens da cirurgia robótica justificam o investimento neste sistema ainda tão caro», remata Carlos Silva. ■

INFORMAÇÕES ÚTEIS

- **As inscrições e o alojamento são gratuitos para os internos e jovens especialistas associados da APU;**
- **A formação está limitada a um máximo de 50 participantes, com prioridade para os internos;**
- **A não comparência injustificada implica a impossibilidade de inscrição no próximo módulo;**
- **Os participantes serão submetidos a uma avaliação no final do módulo, sem divulgação pública dos resultados.**

Bolsas e estágios com o apoio da EAU

Com o intuito de apoiar a investigação básica e clínica, as bolsas atribuídas pela European Association of Urology (EAU) garantem programas de estágio em instituições urológicas certificadas, um pouco por toda a Europa. Para os urologistas portugueses, estes programas representam mais uma importante opção formativa, além das já conhecidas bolsas da Associação Portuguesa de Urologia (APU). Em entrevista, **Vincenzo Mirone, presidente do European Urological Scholarship Programme (EUSP) Office**, que pertence à Unidade de Educação da EAU, e responsável pela formulação e execução dos programas de bolsas, partilha pormenores acerca desta oferta educativa.

Ana Luísa Pereira



Qual é o objetivo do EUSP?

O EUSP pretende ser uma oportunidade para os jovens urologistas e investigadores da área impulsionarem a sua carreira, através de uma partilha de conhecimentos e da aquisição de novas competências. O programa garante bolsas de investigação básica e clínica, na área da Urologia, em instituições europeias certificadas.

De que forma está organizado?

Tem um presidente e nove membros do conselho, que reúnem três vezes por ano, em momentos coincidentes com os três prazos anuais de candidatura (1 de janeiro, 1 de maio e 1 de setembro). Nestas ocasiões, avaliam-se as candidaturas, entrevistam-se os candidatos e discutem-se outros eventos relacionados com o EUSP, tais como a sessão no congresso anual da EAU e apresentações em outras reuniões da EAU que decorrem ao longo do ano.

Que programas de bolsas existem?

Existem quatro tipos de programas: área clínica/laboratorial, visita clínica, visita de curta duração e professor visitante. A bolsa para a

área clínica/laboratorial promove trabalhos de ciência básica e permite um estágio de um ano numa reconhecida instituição de investigação europeia, com possibilidade de extensão por mais um ano.

O programa de visita clínica aposta na aprendizagem no terreno, diretamente com importantes especialistas da área, possibilitando aos jovens urologistas a oportunidade de ampliarem as suas competências por um período de seis semanas a três meses.

Já as visitas de curta duração decorrem numa janela temporal de duas a três semanas, num centro de excelência europeu, onde os jovens urologistas podem experienciar cuidados urológicos de primeira categoria. Este tipo de programa apenas pode ser realizado como preparação para uma bolsa anual.

A bolsa para professor visitante tem como intuito permitir que instituições com dificuldades económicas possam receber um proeminente urologista europeu como docente, por uma estadia de quatro dias a tempo inteiro.

Que montantes de apoio estão em causa?

Existe um orçamento máximo fixado: 2 000 euros para a visita de curta duração, 4 000 para a visita clínica e 40 000 para uma bolsa de um ano. No caso das visitas, 80% do valor total do apoio é disponibilizado um mês antes do início do programa e os restantes 20% após a receção do relatório e do balanço financeiro com recibos. Nas bolsas anuais, o apoio é dividido em três partes: 40%, 30% e 30%.

Quantos urologistas beneficiaram destes apoios no ano passado?

Em 2015, o EUSP atribuiu nove bolsas completas (cinco candidatos da Europa ocidental e quatro não europeus), apoiou 17 visitas clínicas (nove da Europa ocidental, cinco da Europa oriental e três não europeus) e duas visitas de curta duração (Europa ocidental). Não foi recebido qualquer pedido para o programa de professor visitante. ■

CONDIÇÕES DE CANDIDATURA

Toda a informação acerca do EUSP e respetivos formulários estão disponíveis em <http://uroweb.org/education/scholarship/programmes>

Bolsa para área clínica/laboratorial:

- Ser associado da EAU há pelo menos um ano;
- Ter interesse numa posição académica;
- Uma visita curta como preparação é fortemente recomendada;
- A aprovação ética é obrigatória;
- Limite de idade: 40 anos.

Bolsa para visita clínica ou visita de curta duração:

- Ser urologista ou interno nos últimos dois anos de formação;
- Ser associado da EAU há pelo menos seis meses;
- A instituição de acolhimento deve ser, preferencialmente, um centro de formação certificado pelo European Board of Urology;
- Todos os projetos devem decorrer numa instituição europeia, fora do país onde o candidato trabalha;
- Limite de idade: 40 anos.

Bolsa para professor visitante:

- O presidente da instituição de acolhimento e o professor visitante devem ser associados da EAU;
- A instituição só pode candidatar-se uma vez por ano;
- A instituição é responsável por fornecer alojamento e alimentação ao professor visitante;
- O professor visitante deve ser um urologista europeu de topo, de outro país que não o da instituição, e pode participar no programa apenas uma vez por ano;
- O professor visitante deve estar preparado para dar palestras, discutir casos clínicos, interagir com a equipa da instituição e operar doentes selecionados.

APU apoiou formações na Bélgica e no Reino Unido

Com a ajuda financeira da APU, os internos Pedro Miguel Baltazar, João Dores, Rui Duarte Abreu e Raquel João tiveram a oportunidade de aprofundar a sua formação médico-cirúrgica com estágios no estrangeiro. Aqui ficam os resumos das suas experiências.

Pedro Miguel Baltazar, acompanhado pelo fellow Paolo Capogrosso (Università Vita-Salute San Raffaele, em Milão, Itália); pelo orientador Renaud Bollens e pelo fellow Ktari Kamel (CHU Fatouma Bourguiba Monastir, na Tunísia) – da esq. para a dta.



PEDRO MIGUEL BALTAZAR, interno no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central/ Hospital de São José

«**D**e 1 de outubro a 31 de dezembro de 2015, tive a oportunidade de realizar um estágio em cirurgia urológica laparoscópica, promovido pelo Belgian Laparoscopic Urology Group (BLUG), sob a orientação do Dr. Renaud Bollens, pioneiro em várias técnicas laparoscópicas. Acompanhei, juntamente com outro *fellow* , o Dr. Renaud Bollens na sua atividade cirúrgica, em vários centros hospitalares públicos belgas e

franceses, nomeadamente: Centre Hospitalier Epicura, em Ath; Clinique Louis Caty, em Baudour; Centre Hospitalier de Wallonie Picarde, em Tournai; Centre Hospitalier Hornu-Frameries, em Hornu (todos na Bélgica); e Hôpital Saint-Philibert Lomme, em Lille (França).

Desde o primeiro dia, fui incentivado a desenvolver a *performance* cirúrgica: primeiro, através da repetição de passos e, depois, após a aquisição da autonomia necessária, realizando todo o procedimento como cirurgião principal. As cirurgias mais realizadas foram prostatectomias radicais, sacropromontofixações, nefrectomias radicais e parciais e neurólises do nervo pudendo.

Tive também a oportunidade de realizar pie-loplastias por minilaparoscopia e procedimentos laparoscópicos por porta única.

Em paralelo com o trabalho cirúrgico, acompanhei o Dr. Bollens nas suas atividades académicas, nomeadamente como palestrante em cursos de cirurgia laparoscópica. Tudo isto me permitiu uma enriquecedora partilha de experiências e o contacto com realidades urológicas distintas. Outra mais-valia deste estágio foi a possibilidade de dispor, no alojamento, de um *endotrainer* e uma videoteca com o arquivo das cirurgias realizadas pelos *fellows* anteriores, o que muito contribuiu para o treino de competências e o aperfeiçoamento técnico.

A fortíssima componente prática e a consolidada formação teórica que me foi transmitida complementaram, de forma profícua, a minha formação nesta área, reconhecendo uma evidente progressão e autonomia na aplicação de técnicas laparoscópicas urológicas. Nesse sentido, considero que a realização deste estágio foi uma oportunidade ímpar para a minha formação e desenvolvimento profissional e pessoal. Por essa razão, agradeço à APU o apoio financeiro concedido e ao meu Serviço de Urologia o incentivo permanente ao desenvolvimento profissional e pessoal como forma de alcançar um coletivo melhor.»

JOÃO DORES, interno no Serviço de Urologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora

«**A** ideia de viver três meses (2 de janeiro e 31 de março deste ano) em Ath, uma pequena cidade rural na Bélgica, desconhecida da grande parte dos próprios belgas, como um monge solitário, pode parecer desinteressante. Mas a verdade é que, três meses depois, queria mais três de estágio. A experiência de aprender e operar com o Dr. Renaud Bollens foi, sem dúvida, muito importante para a minha formação.

Tratou-se de um estágio totalmente *hands-on* , com um cirurgião com mais de 3 000 cirurgias laparoscópicas realizadas, mas dotado de uma humildade pouco vista e que ensina tudo

o que sabe e o que pode. Para quem já faz laparoscopia é uma oportunidade para aperfeiçoar e corrigir maus vícios; para quem não faz, é a melhor maneira de começar. Na Urologia, atualmente, cirurgias como a nefrectomia radical laparoscópica ou a nefrectomia parcial são mandatárias e vão fazer parte do nosso dia a dia. O grosso cirúrgico do estágio passou exatamente por esse procedimento, mas também pela prostatectomia radical e pela sacrocolpopexia.

Certo de que não me vou esquecer desta experiência no meu futuro longínquo, agradeço à APU o apoio, que, nos tempos que correm, é de extrema importância. Um selo de confiança e motivação para os jovens urologistas portugueses.»



João Dores com Renaud Bollens e outra fellow (Astrid Bonaccorsi, do Hospital Cannizzarim em Catânia, Itália)



RUI DUARTE ABREU, interno no Serviço de Urologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora

«**O** estágio de laparoscopia com o Dr. Renaud Bollens teve a duração de três meses (de 9 de abril a 1 de julho de 2016) e decorreu em vários hospitais da Valónia e do norte de França. Durante cada período são aceites no programa dois *fellows*, com o objetivo de ter uma maior exposição ao nível da laparoscopia. A metodologia consiste no treino *hands-on*, sempre com a supervisão do Dr. Bollens. Cabe aos *fellows* a preparação de todo o *setting* cirúrgico, visto que, na Bélgica, não é habitual a colaboração de enfermeiros instrumentistas.

Durante o início do estágio é dado ênfase ao posicionamento do doente, à utilização da agulha de Veress e a todas as questões inerentes à colocação de trocares. Ao longo dos três meses, vamos superando etapas, subindo degraus, sempre com um escrutínio rigoroso, bem como

uma avaliação diária da nossa evolução, tanto ao nível técnico como teórico.

Os procedimentos realizados com mais frequência são a prostatectomia radical, a nefrectomia radical, a sacrocolpopexia e a neurectomia do nervo pudendo. Em todas as intervenções, os *fellows* têm uma participação ativa, realizando várias fases das diferentes intervenções cirúrgicas. A exigência e o rigor são presenças constantes ao longo de todo o estágio. O Dr. Bollens tem extrema preocupação em seguir todos os passos cirúrgicos, evidenciando assim a importância do conhecimento e do método em detrimento da destreza cirúrgica.

Este estágio permitiu-me desenvolver capacidades ao nível da sutura laparoscópica, desmistificando assim a sua complexidade, tal como olhar para a laparoscopia de um outro prisma, mais metódico e menos empírico. Resumindo em poucas palavras, creio que dificilmente haverá um estágio de laparoscopia melhor do que este.»

RAQUEL JOÃO, interna no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José

«**R**ealizei estágio de urodinâmica e Urologia funcional de 1 a 30 de junho de 2016, no Bristol Urological Institute, no Reino Unido. Durante este período, acompanhei os elementos da equipa de Urologia funcional, coordenada pelo Dr. Hashim Hashim, tendo ainda a oportunidade de colaborar nos dias de bloco de uroginecologia.

A equipa de Urologia funcional centra a sua atividade diária na Unidade de Urodinâmica, local com grande potencial técnico e humano, e que se torna único pelo facto de os profissionais que nela trabalham não terem apenas formação no ramo da Saúde, mas também noutras áreas, como, por exemplo, Fisiologia e Engenharia Mecânica. Durante a minha permanência na Unidade de Urodinâmica, tive oportunidade de observar a realização de estudos urodinâmicos e de videourodinâmica. Tive ainda contacto com a neuromodulação sagrada, ao visualizar a colocação de neuromodulador temporário e avaliar posteriormente estes doentes em consulta.

Durante este mês, foi-me concedida total liberdade para poder acompanhar e participar em todas as atividades da equipa de Urologia funcional e para observar os procedimentos que se revelassem uma mais-valia na minha formação. Desta forma, além da permanência na Unidade de Urodinâmica, pude acompanhar os procedimentos operatórios da Urologia funcio-



Raquel João e o orientador do seu estágio, Hashim Hashim

«Considero este estágio uma mais-valia na minha formação, uma vez que me permitiu ter contacto com o dia a dia da Unidade de Urologia Funcional de um centro de excelência»

nal e tive ainda oportunidade de participar nos dias de bloco da uroginecologia, realizada por um ginecologista com subespecialização nesta área.

Durante o período de estágio, realizei o Certificado em Urodinâmica, um curso de três dias organizado pelo Bristol Urological Institute e constituído por sessões teóricas e práticas, no qual foi realizada uma revisão exaustiva e sistemática da urodinâmica, focando principalmente a parte prática do estudo urodinâmico.

Considero este estágio uma mais-valia na minha formação, uma vez que me permitiu ter contacto com o dia a dia da Unidade de Urologia Funcional de um centro de excelência. Pude visualizar procedimentos que não são realizados no meu local de formação e tive oportunidade de aprender, de forma aprofundada e sistematizada, a realização de estudos urodinâmicos.»

CORRER SOBRE (DUAS) RODAS

Desistir é algo impensável para Gustavo Gomes, que tenta superar sempre os seus limites. Talvez seja isso que dá «pedalada» a este urologista no Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo e faz com que a vida lhe corra «sobre rodas», de preferência duas e sem motor.

Marisa Teixeira



Ciclismo é o passatempo de eleição de Gustavo Gomes, que não larga a bicicleta desde o ano 2000, quando ingressou na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, onde lhe foi inculcido o «bichinho» do ciclismo. Porém, o gosto pelo desporto vem desde a infância. O urologista nasceu há 34 anos, em Recife, no Brasil, onde começou por praticar natação, entre os 3 e os 11 anos.

A história da sua família no outro lado do Atlântico iniciou-se quando os avós paternos emigraram, levando o seu pai com menos de

1 ano de idade. O avô foi convidado para trabalhar no porto de Recife e, entretanto, a avó abriu uma padaria nesta cidade brasileira, onde Gustavo Gomes chegou a ajudar todos os domingos, durante dois anos. «Foi uma experiência importante começar a trabalhar desde cedo, aos 11 anos: aprendi a esforçar-me para ganhar algum dinheiro e a lutar pelas coisas. Quando voltei para Portugal, continuei a trabalhar num café de praia nos meses de verão.»

Embora sejam oriundos da mesma cidade, Vila do Conde, os pais de Gustavo Gomes apenas se conheceram quando a mãe foi de férias ao Brasil. Depois de um namoro por carta, casaram-se em 1979, naquele país, e tiveram dois filhos: Gustavo e o seu irmão, Bruno, 13 meses mais velho. Por lá permaneceram até 1994, regressando então à cidade lusa de origem, devido ao agravamento da situação socioeconómica brasileira.

Chegado a Vila do Conde, onde frequentou o ensino secundário, Gustavo Gomes deu preferência ao basquetebol, mas, já na faculdade, fez uma rotura do ligamento cruzado anterior durante um jogo e ganhou algum receio de se lesionar novamente. Entretanto, um amigo levou-o para os trilhos de BTT (bicicleta todo o terreno) e, desde então, nunca mais parou. «Andar de bicicleta é um bom exercício, pois o impacto para o joelho é menor. Trata-se de um desporto que requer sacrifício, “puxa” pelo corpo, tem velocidade e técnica... Gosto bastante. Além disso, a camaradagem entre os ciclistas é espetacular, criam-se grandes amizades.»

Em contrarrelógio

Embora BTT seja a sua modalidade predileta, acabou por se render também ao ciclismo de estrada. «Em BTT, o material desgasta-se mais, tem de se meter óleo na bicicleta, lavá-la no final, etc.», justifica o urologista, adiantando que «andar em estrada é mais prático e dá para treinar na mesma, embora não seja tão aliciante».

A maior simplicidade do ciclismo de estrada é, sem dúvida, uma grande mais-valia para Gustavo Gomes, que procura conjugar ao máximo a carreira com a vida pessoal. Os treinos estão praticamente limitados aos domingos de manhã, durante algumas horas, e, apesar de gostar de fazê-los sozinho, o urologista confessa que preferia ter companhia. «Infelizmente, não tenho muita possibilidade de treinar com amigos, conjugar horários é uma tarefa árdua... Em Coimbra [onde fez o internato] ainda conseguia, mas, aqui em Setúbal, é raro», explica Gustavo Gomes, confessando, entre algumas gargalhadas, que a sua esposa promete acompanhá-lo há muito tempo, mas nunca passou das promessas à realidade. «Agora que o nosso primeiro filho vai nascer, a minha companhia vai ser mesmo só a bicicleta», sublinha, com um enorme sorriso e a alegria estampada no rosto.

Fascínio pela faceta prática da Urologia

Gustavo Gomes tenta manter a atividade física com três idas semanais ao ginásio. Não é o seu cenário ideal – preferia pedalar muito mais –, mas a verdade é que a vida profissional não deixa muito tempo livre. Depois do internato no

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, entre 2008 e 2014, esteve nove meses no Hospital de Vila Franca de Xira, já em 2015. Entretanto, ingressou no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo, em abril do ano passado.

Gustavo Gomes lembra-se perfeitamente do momento em que começou a ponderar Medicina, no final do 10.º ano. «A professora de Ciências perguntou-me no fim de uma aula: “O que queres ser quando fores grande?” como se eu, na época, fosse pequeno [risos]. Respondi-lhe que estava a pensar em Engenharia Química. E ela retorquiu: “E por que não Medicina? Tiras tão boas notas...”» «E por que não?», pensou ele, optando mesmo por esse caminho.

Já a Urologia surgiu pela «componente prática e completa» da especialidade. Para Gustavo Gomes, é extraordinário poder seguir um doente do início ao fim do processo, desde a consulta, passando pela realização de exames, até à cirurgia ou tratamento complementar, se necessário. «Além disso, é uma área muito prática – o que condiz com a minha personalidade – com diversos tipos de abordagem, nomeadamente no âmbito cirúrgico, com a laparoscopia, a endoscopia ou a cirurgia aberta. Por outro lado, há a necessidade de recorrer a vários procedimentos, como, por exemplo, a colocação de cateteres.»

Se tivesse de escolher uma área específica de atuação, o jovem especialista inclinar-se-ia para a Urologia oncológica. «Talvez por ser o que causa mais pesar aos doentes, e não há melhor recompensa do que lhes dar esperança e solucionar o problema», justifica Gustavo Gomes. E acrescenta: «Em relação a outras patologias isso

também acontece, obviamente, mas o impacto de dizer a uma pessoa que tem uma pedra no rim ou que tem cancro é completamente diferente.»

Motivação no ADN

«Tentar superar sempre os meus limites, vencer-me a mim próprio.» Estas foram as palavras de Gustavo Gomes quando questionado sobre as perspetivas que tem para o futuro, que valem tanto para a vida profissional como pessoal. Enquanto médico, a sua principal ambição é chegar ao final da carreira, olhar para trás e ficar orgulhoso. «Gosto do que faço e tento sempre fazer coisas novas e diferentes, o melhor possível», sublinha o urologista, recordando que, em Setúbal, por exemplo, não se fazia cirurgia laparoscópica. Como aprendeu esta técnica em Coimbra, quis implementá-la no Serviço de Urologia do Hospital de São Bernardo. «Havia alguma desconfiança por parte dos meus colegas, por eu ser ainda jovem, mas mostrei-lhes do que era capaz e não há melhor reconhecimento do que ganhar um total voto de confiança da equipa que integro, que não duvida de mim», afirma.

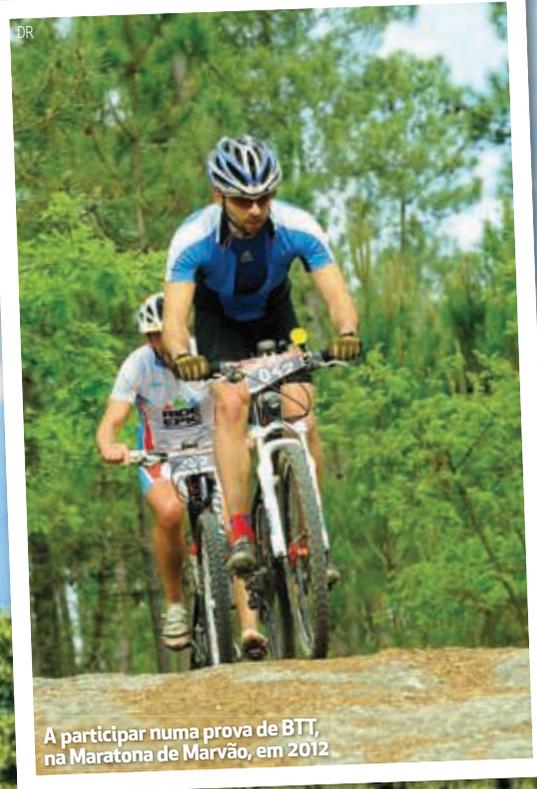
O intuito de Gustavo Gomes é também transmitir os seus conhecimentos aos outros e, neste momento, uma das internas já está a receber formação no âmbito da laparoscopia. «Em termos técnicos, este procedimento é um desafio; e tentar fazer algo novo, que deixe alguma marca, com o principal objetivo de deixar os doentes satisfeitos, é fundamental», afirma. O urologista revela que a motivação faz parte do seu ADN, algo que considera essencial para seguir em frente, tanto no trabalho como em todos os aspetos da vida. ■

MEMÓRIAS DE CICLISTA

Gustavo Gomes tem conseguido participar em duas ou três provas por ano, mas poucas foram federadas, pois isso implicaria uma total dedicação ao ciclismo. Até à data, já fez mais de 30 provas em BTT e três em ciclismo de estrada.

Apesar de os momentos guardados na memória serem muitos, o que mais marcou o urologista foi a Ultramaratona de Serpa, 160 km em BTT, que decorreu em 2010. «Choveu imenso no dia anterior, era só lama... Ao quilómetro 40 o travão de trás “colou”, tentei lavá-lo no riacho, mas tive mesmo de continuar só com o travão da frente, que começou a perder eficácia. Entretanto, chovia e, nas subidas, conseguia ultrapassá-los, mas, nas descidas, todos passavam por mim, e ainda faltavam 100 km... Psicologicamente foi duro», relata. Naquele dia quase desistiu, mas isso é contranatura para Gustavo Gomes, que, sempre que se depara com algum desafio na sua vida, recorda uma frase do ciclista Lance Armstrong: «O sofrimento é passageiro, desistir é para sempre.» E chegou ao fim da prova.

Apesar de não ser fácil, o urologista tenta sempre marcar na sua agenda uns dias em maio para ir pedalar com amigos de Coimbra. Este ano, foi para os Pirenéus franceses, com um grupo de 37 pessoas que, em três dias, percorreram 340 quilómetros. «Foi espetacular, passámos por vários sítios da Volta à França, a prova-rainha, e o convívio e a competição saudável fazem bem ao corpo e à mente!», exclama. E remata: «O mais velho do grupo tinha 72 anos! Quem me dera chegar a essa idade e ter o dinamismo dele. É esse o meu objetivo: ter tempo e saúde para continuar sempre a pedalar.»



A participar numa prova de BTT, na Maratona de Marvão, em 2012.



A serra da Arrábida é um dos locais de eleição de Gustavo Gomes para andar de bicicleta.