

O Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos vai dar início a uma reflexão sobre a reestruturação do Internato Complementar, para que este se adapte melhor às necessidades atuais **P.24**

Igor Vaz, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Central de Maputo, fala sobre os desafios de exercer Medicina num país com poucos recursos e a sua luta para proporcionar uma vida melhor às mulheres com fístulas obstétricas **P.32**



Laços ibéricos cada vez mais fortes

Portugal e Espanha atravessam um momento ímpar de colaboração na área da Urologia, com diversos projetos conjuntos em andamento, como as bases de dados ibéricas de carcinomas da próstata e do testículo. Para José Manuel Cozár, presidente da Asociación Española de Urología, esta aproximação «contribuirá para potenciar a visibilidade da Urologia ibérica». Arnaldo Figueiredo, presidente da Associação Portuguesa de Urologia, confirma: «Trata-se de uma oportunidade de ouro e esperamos que produza cada vez mais resultados» **P.6 a 8**

04 ATUALIDADES

APU e SPO criam grupos de trabalho para definir consensos na abordagem do cancro da próstata



06 DISCURSO DIRETO

José Manuel Cozár, presidente da Asociación Española de Urología, em entrevista



10 *IN LOCO*

Reportagem no Serviço de Urologia da Unidade Local de Saúde do Alto Minho/ Hospital de Santa Luzia



12 MEDICINA FAMILIAR

Algoritmo sobre profilaxia tromboembólica, por Pedro Monteiro



13 Hospital de Santo António recebe Curso de Urotecnologia a 20 e 21 de janeiro



14 Antevisão das 13.^{as} Jornadas de Urologia da Zona Centro em Medicina Familiar (23 e 24 de fevereiro)



17 Cobertura da III Reunião Ibérica de Cancro do Rim



UROEVENTOS

18 Balanço da I Semana de Urologia Laparoscópica de Lisboa



20 Momentos do XIV Simpósio APU 2016



22 2.º Encontro Científico da APU debateu cancro da próstata e nutrição



24 Reflexão de Rui Sousa sobre a reestruturação do Internato Complementar de Urologia



26 Balanço do VI Módulo da Academia de Urologia



28 Espaço Jovem Agostinho Cordeiro fala sobre os objetivos da nova Direção do NIAPU



30 Relatos dos estágios no estrangeiro de Nídia Rolim, Pedro Valente e Paulo Jorge Dinis



32 (INTER) NACIONAIS Entrevista a Igor Vaz, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Central de Maputo



34 VIVÊNCIAS O talento para a escrita de Carlos Guimarães, urologista no Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães



Corpos Gerentes da APU para o biénio 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:



esfera das ideias
PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

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

EsferaDasIdeiasLda

Direção: Madalena Barbosa
(mbarbosa@esferadasideias.pt)

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

Coordenação editorial: Luís Garcia
(lgarcia@esferadasideias.pt)

Redação: Marisa Teixeira, Rui Alexandre Coelho e Sandra Diogo

Fotografia: João Ferrão

Design e paginação: Susana Vale

Colaborações: Egídio Santos, Rui Jorge e Tiago Xavier

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

Onde já chegámos!

Há cerca de 16 anos, fui convidado por uma companhia seguradora para fazer uma intervenção num colóquio sobre mudanças na Saúde. Chamei a atenção dos colegas para o facto de que os internatos, no futuro, não dariam acesso a carreiras, mas que apenas os qualificariam a nível técnico-profissional, o que seria absolutamente essencial num mercado de trabalho de contratação individual.

Antevi que a tradicional estratificação de interesses na classe médica iria progressivamente desaparecer perante a contratação individual, independentemente dos graus de diferenciação profissional e que, por consequência, a classe se deveria agregar em objectivos convergentes, sob pena de se ir proletarizando. Essa nova classe deveria tomar consciência de que só através de uma rigorosa exigência na defesa dos seus interesses poderia não ser atingida pelos efeitos negativos da mudança anunciada.

A defesa desses interesses pautar-se-ia pela intransigente observação dos princípios éticos, pela defesa dos interesses dos doentes, por uma formação pré e pós-graduada de qualidade, assim como por uma dignificação material do exercício profissional. Toda esta acção deveria ser coordenada por uma Ordem dos Médicos apenas focada nas suas obrigações estatutárias e absolutamente independente dos poderes político e económico.

Passaram quase 20 anos e tudo mudou, com o aparecimento dos seguros de saúde, dos hospitais privados, das empresas de trabalho médico temporário, dos regimes de contratação médica

em hospitais públicos e privados, para além de um quase desaparecimento das carreiras hospitalares públicas. Tudo mudou não só na relação médico/instituição, mas também na relação médico/doente e, sobretudo, na crescente desvalorização do próprio exercício da Medicina e dos seus profissionais.

Quanto aos seguros de saúde, nestes quase 20 anos, nunca alteraram o valor de K e, antes pelo contrário, o diminuíram. O contrato de adesão não deixa qualquer hipótese de negociação por parte do médico. Existem já planos ou seguros de saúde como forma de publicidade a supermercados e o Automóvel Clube de Portugal já anuncia nas rádios «um médico em casa por 10 euros». Onde chegámos!

Nos hospitais privados, o médico é um prestador de serviços sem vinculação laboral, na quase totalidade dos casos. O exercício da Medicina é encarado como privado, não havendo qualquer protecção sindical, nem qualquer salvaguarda em caso de despedimento sem justa causa. E nem vale a pena falar sobre as empresas de trabalho médico temporário ou os hospitais públicos a fazerem contratos à hora, porque os seus quadros são insuficientes.

Onde ainda chegará a situação dos médicos? Ainda me lembro de como a classe era prestigiada! A carreira hospitalar diferenciava e prestigiava os profissionais médicos. Hoje, o preço da hora é mais importante do que a diferenciação técnica ou científica... Escrevo desiludido e preocupado, não por mim, que estou em fim de tudo, mas pelos colegas mais novos e pela apatia da classe e das suas organizações perante todas estas situações.



Joshua Ruah
Presidente da APU entre 1993 e 1996

Por opção do autor, este texto não está escrito ao abrigo do novo Acordo Ortográfico.

PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS CONCEDIDOS PELA APU

XIV Jornadas de Urologia do Centro Hospitalar do Médio Tejo

30 de setembro a 1 de novembro de 2016
Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Médio Tejo
Organização: João Carlos Dias

1.º Curso Pós-Graduado de Urologia do Hospital Privado da Trofa

4 a 19 de novembro de 2016
Hospital Privado da Trofa
Organização: António Pedro Carvalho

13.ªs Jornadas de Urologia do Norte em Medicina Familiar

4 e 5 de novembro de 2016
Hotel Ipanema Porto
Organização: Mário Reis

Curso «Urotechnology - A Bridge to the Future»

20 e 21 de janeiro de 2017
Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António
Organização: Manuel Oliveira, Jean de la Rosette e Avelino Fraga

1.ªs Jornadas de Urologia do Centro Hospitalar de Leiria

27 de janeiro de 2017
Centro Hospitalar de Leiria/Hospital de Santo André
Organização: Frederico Furriel

Curso Pós-Graduado de Urologia do Hospital de Braga

3, 4, 10 e 11 de fevereiro de 2017
Serviço de Urologia do Hospital de Braga
Organização: Vítor Hugo Nogueira



Uniformizar a abordagem ao cancro da próstata

práticas para as especialidades envolvidas no tratamento do cancro da próstata. Os grupos de trabalho, coordenados por um urologista e um oncologista, serão compostos por cerca de sete elementos e terão quatro áreas essenciais de atuação: carcinoma da próstata metastizado resistente à castração, carcinoma da próstata metastizado hormonossensível, carcinoma da próstata oligometastático, e recidiva bioquímica (M0/M1).

«Ainda que o tratamento do cancro da próstata pressuponha um trabalho conjunto entre várias especialidades, podem existir estratégias de acompanhamento diferentes, resultantes de limitações das próprias condições de trabalho onde estes profissionais exercem, mas também das diretivas das administrações hospitalares», alerta Arnaldo Figueiredo. Assim sendo, «estes documentos pretendem afirmar, de forma consensual,

aquilo que é o entendimento das estratégias mais adequadas relativamente ao cancro da próstata, do ponto de vista da Urologia, da Oncologia, da Radio-oncologia, da Imagiologia e da Anatomia Patológica», realça o presidente da APU.

«Na prática, como não existem normas de orientação clínica da Direção-Geral da Saúde sobre o carcinoma da próstata nestes quatro grupos, quisemos que a comunidade científica tomasse a dianteira para validar aquilo que já fazemos diariamente», explica Gabriela Sousa, presidente da SPO. Com início marcado para o final deste mês de dezembro, os trabalhos devem estar concluídos entre março e maio do próximo ano. «O objetivo é disseminar a informação o mais possível, nomeadamente para os hospitais e até mesmo para a Tutela porque, estando este trabalho feito, não faz sentido que haja outras normas de orientação», conclui a oncologista.

N um contexto em que cada vez mais se justifica uma abordagem multidisciplinar às patologias urológicas do foro oncológico, a Associação Portuguesa de Urologia (APU) e a Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO), sob o patrocínio da Janssen, decidiram dar início a uma parceria, cujo objetivo principal é criar uma base de referência e uniformização de

Congresso da APNUG em busca de des(complicações)

A decorrer nos dias 3 e 4 de março próximo, no Sheraton Porto Hotel, o XI Congresso Nacional da Associação Portuguesa de Neurologia e Uroginecologia (APNUG) já está cientificamente desenhado e vai abordar as complicações das patologias nos seus vários sentidos. Como nota Luís Abranches Monteiro, presidente da APNUG e deste evento, as incontinências e o pavimento pélvico são as traves-mestras da APNUG, de modo que cada Congresso Nacional «trata um tema específico de ambos os sistemas».

Desta feita, porém, a abordagem às complicações será integrada. «Habitualmente, uma incontinência urinária não é apenas um problema urinário, tal como uma incontinência fecal não é apenas um problema fecal: ambas têm também consequências na qualidade de vida em geral», exemplifica Abranches Monteiro. A este respeito, o também urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, entende que os urologistas «dedicam muito tempo a tentar tratar e perceber os pormenores das doenças e pouco a tentar perceber todas as consequências que não são médicas nem cirúrgicas».

Em destaque no XI Congresso da APNUG vai estar o debate sobre a colocação de próteses, procedimento cirúrgico que «começou a ser realizado há cerca de 15 anos e que, durante pelo menos os primeiros dez, serviu para tratar incontinências e disfunções do pavimento pélvico «com sucesso». Contudo, uma chamada de atenção norte-americana sobre as possíveis consequências negativas das próteses, potencialmente mais graves do que as doenças que tratavam, quase levou ao abandono da prática. Hoje, observa Luís Abranches Monteiro, a tendência é «evitar este tipo de cirurgia o mais possível, só correndo o risco nos doentes em que nada mais há a fazer para os tratar».

Do interesse das várias classes profissionais que se espera que participem neste Congresso será a abordagem inicial das incontinências que se tratam apenas medicamente. A este respeito, o presidente da APNUG revela que estão a ser elaboradas «linhas de orientação para os primeiros tempos de tratamento destas doenças», de acordo com as quais os profissionais de Medicina Geral e Familiar «seriam chamados à responsabilidade de diag-



nosticar os casos e de os começar a tratar». É ainda de destacar, na ótica do presidente do Congresso, a sessão que resulta da ligação da APNUG à SINUG (Sociedad Iberoamericana de Neurourologia e Uroginecologia), que contará com uma conferência de David Castro Diaz, presidente da SINUG.

Patrocinadores desta edição



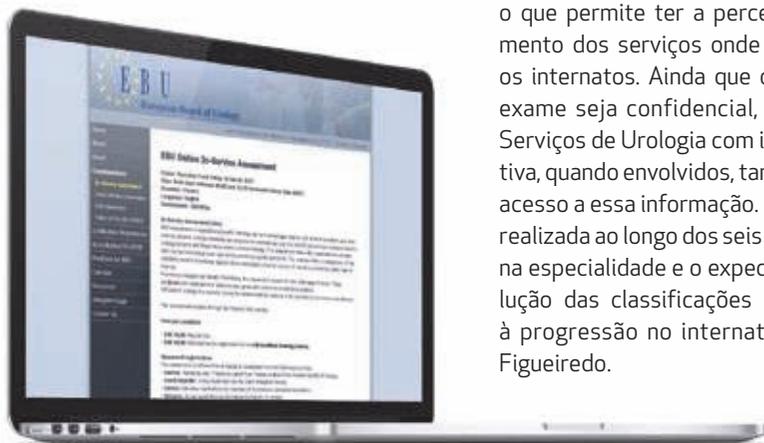
APU promove exame *online* de autoavaliação do EBU

Nos dias 9 e 10 de março de 2017, decorrerá mais um *EBU Online In-service Assessment*, um exame de autoavaliação e de validação das áreas que merecem ou não ser desenvolvidas durante o Internato de Urologia. A prova, cuja inscrição para os internos portugueses é patrocinada pela Pfizer, é realizada em inglês, tem a duração de duas horas e pode ser executada *online* ao longo dos dois dias, mas exige inscrição prévia entre 5 de dezembro de 2016 e 31 de janeiro de 2017.

Na opinião de Arnaldo Figueiredo, presidente da APU, este exame é importante porque, «ainda que a formação da Urologia portuguesa seja considerada boa, quando

comparada com as congéneres europeias, o que se demonstra nas elevadas classificações que, genericamente, os portugueses obtêm nos exames para o título de *fellow* do European Board of Urology [EBU], existem assimetrias». Assim sendo, «é essencial a autoavaliação e que o interno tenha uma perceção do seu nível de conhecimento em contraponto com outros internos que estão no mesmo grau de formação a nível europeu».

Além da avaliação global das competências, no *EBU Online In-service Assessment*, é fornecida uma grelha com parâmetros de classificação sobre as diferentes áreas da Urologia, nomeadamente uro-oncologia, litíase, disfunções miccionais, entre outras, o que permite ter a perceção do funcionamento dos serviços onde estão a decorrer os internatos. Ainda que o resultado deste exame seja confidencial, os diretores dos Serviços de Urologia com idoneidade formativa, quando envolvidos, também poderão ter acesso a essa informação. «A prova pode ser realizada ao longo dos seis anos de formação na especialidade e o expectável é que a evolução das classificações seja proporcional à progressão no internato», frisa Arnaldo Figueiredo.



Mendes Silva eleito presidente da Secção de História da Medicina da SGL



Manuel Mendes Silva, urologista em Lisboa e antigo presidente da APU, foi eleito, no passado dia 15 de dezembro, presidente da Secção de História da Medicina da Sociedade de Geografia de Lisboa (SGL) para o ano de 2017. Entre as atividades planeadas pela nova Direção, está a organização de colóquios, mesas-redondas e visitas temáticas, o apoio à publicação de trabalhos com relevância sobre História da Medicina e a promoção da evocação de personalidades, efemérides e datas relevantes nesta área, com particular enfoque na Medicina Portuguesa. O novo elenco diretivo compromete-se ainda a manter o ciclo de conferências mensais da Secção, na qual o próprio Manuel Mendes Silva já foi orador, abordando a história do seu avô paterno, o médico e fotógrafo Jorge Marçal da Silva (1879-1929).

APU criou Comissão de Ética

A Associação Portuguesa de Urologia (APU) já tem a sua própria Comissão de Ética (CE), que é presidida por Manuel Mendes Silva. O projeto resulta de um conjunto de esforços da atual Direção e teve um contributo decisivo deste urologista lisboeta. «Pressionei um bocadinho o Prof. Arnaldo Figueiredo para que esta Comissão avançasse», assume. Além de Manuel Mendes Silva, o novo organismo é constituído por Hélder Coelho, de Lisboa, Alfredo Mota, de Coimbra, e Arnaldo Lhamas, do Porto.

Aprovada no dia 29 de outubro, na última Assembleia-geral da APU por unanimidade, com uma abstenção, a CE passa a ter um papel consultivo num leque muito variado de

assuntos da especialidade. Por exemplo, «os trabalhos científicos que são propostos para publicação na *revista Acta Urológica Portuguesa* ou como candidatos a prémios e bolsas também serão analisadas pela Comissão de Ética», detalha Mendes Silva.

Por outro lado, «há aspetos relacionados com a prática da Urologia que podem ter dimensões éticas envolvidas e sobre os quais a APU se pode pronunciar, por proposta da Direção ou de outros membros que sejam veiculados pela Direção, nomeadamente em termos de novos tratamentos e tecnologias». Sob a alçada da CE estará igualmente a divulgação de posições éticas em congressos, simpósios e reuniões científicas. Em para-

lelo, esta nova Comissão fará a promoção de um código de ética e de outros assuntos que esteja habilitada a veicular, como os consentimentos informados.

Há muitos anos que Manuel Mendes Silva se dedica ao campo da ética. Entre outros cargos, já presidiu à Comissão de Ética do Hospital Militar Principal. Atualmente, além de presidente da Comissão de Ética da APU, é membro da Comissão de Ética da Ordem dos Médicos e também presidente da Comissão de Ética da Confederação Americana de Urologia (CAU). No âmbito deste último cargo, o urologista elaborou um código de ética e revela que já está a trabalhar na sua adaptação à APU.

«Atualmente, os vínculos entre a AEU e a APU são os mais fortes de toda a história de ambas»

Desde 2013 que **José Manuel Cózar lidera os destinos da Asociación Española de Urología (AEU)**. Numa altura em que a Associação Portuguesa de Urologia (APU) e a AEU estão cada vez mais a trilhar caminhos científicos comuns, o *Urologia Actual* aproveitou a III Reunião Ibérica de Cancro do Rim, que decorreu em novembro, na Ericeira (ver página 17), para conversar com este urologista espanhol, que é também diretor do Serviço de Urologia do Hospital Virgen de las Nieves, em Granada. Os motivos do fortalecer da união urológica ibérica, as colaborações em andamento e os projetos para o futuro são alguns dos temas desta entrevista.

Rui Alexandre Coelho e Sandra Diogo



É verdade que a AEU e a APU estão a viver um momento de aproximação ímpar na sua história?

Sempre houve uma aproximação entre ambas as associações, ao nível da participação em congressos por parte dos urologistas espanhóis nos congressos da APU e, claro, o seu contrário. Mas é verdade que, atualmente, os vínculos entre a AEU e a APU são os mais fortes de toda a história de ambas e nunca como agora houve tantas reuniões conjuntas. Posso dizer que, anteriormente, apenas havia encontros esporádicos: um urologista espanhol ia a Portugal, um urologista português ia a Espanha, mas não passava disso, eram encontros pontuais. Agora, o cenário é outro: há uma continuidade de encontros, como esta Reunião Ibérica de Cancro do Rim, a terceira que se realiza, e a Reunião Ibérica de Cancro da Próstata.

Porque começaram por organizar reuniões ibéricas na área da uro-oncologia?

Efetivamente, a Urologia é uma especialidade muito abrangente. O ideal seria que, pouco a pouco, fôssemos abordando todos os temas, porque nos enriquece partilhar experiências entre os dois países. Começámos pelas patologias oncológicas, porque acreditamos que são as que mais nos preocupam. Uma vez conseguimos tratar e até curar o doente; outras chegamos tarde de mais e o doente morre. Logicamente, em toda a Urologia, há problemas muito preocupantes, mas que não causam mortalidade como os tumores. Arrancámos com as reuniões de cancro do rim e da próstata, pois estes são os dois tumores mais frequentes em Urologia e associam-se a elevada mortalidade. O nosso objetivo é fazer o melhor possível pelos doentes portugueses e espanhóis.

PRÓXIMAS REUNIÕES IBÉRICAS

A IV Reunião Ibérica de Cancro do Rim já está marcada para os dias 27 e 28 de abril de 2017, desta feita a decorrer em Espanha, na cidade galega de Vigo. «Nestas reuniões, além de compartilharmos experiências com os urologistas portugueses, de ficarmos a saber o que dizem sobre a área e de compreendermos a maneira como trabalham, marcamos sempre a data da reunião seguinte», explica José Manuel Cózar. O presidente da AEU adianta ainda que, em julho de 2017 (dias por definir), decorrerá a III Reunião Ibérica de Cancro da Próstata, em Portugal, uma vez que a edição de 2016 teve lugar em Espanha. Recorde-se que estas reuniões decorrem, alternadamente, em cidades portuguesas e espanholas, com uma periodicidade anual.

Ao nível das patologias oncológicas, as preocupações são semelhantes em ambos os países?

Há muitas preocupações comuns, sim, que se centram, sobretudo, no cancro da próstata no homem, que é muito frequente, e no cancro do rim na mulher e no homem, que não é tão frequente, mas será mortal, se não o detetarmos a tempo. Hoje em dia, existem novas moléculas, como o sunitinib e o axitinib, que permitem o tratamento de toma oral, sem necessidade de recorrer à quimioterapia. Nesse sentido, as opiniões dos urologistas portugueses e espanhóis coincidem na defesa de que devemos ser nós a tratar estes doentes. Somos os cirurgiões que combatem o tumor e podemos ajudar o doente a viver mais anos com um fármaco, como sucede no tratamento antiangiogénico com o axitinib ou o sunitinib.

Além das doenças do foro oncológico, que outros problemas mais preocupam os urologistas espanhóis e portugueses?

Depois dos tumores, uma preocupação muito prevalente, que afeta sobretudo as mulheres,

são as incontinências urinárias e a bexiga hiperativa. Nos dias que correm, a mulher está perfeitamente integrada no mundo laboral e os problemas com a bexiga podem impedi-la de fazer o seu trabalho com normalidade. Ter de ir à casa de banho a cada dez minutos, não dormir à noite, chegar cansada ao trabalho são algumas consequências. Muitas mulheres não sabem que, atualmente, a Urologia tem tratamento para a incontinência urinária e para a bexiga hiperativa.

Em que medida esta aproximação entre a APU e a AEU é estratégica?

De facto, esta aproximação é também estratégica porque, se não és grande, não és nada no mundo. Ao nível científico, passa-se o mesmo. Logo, se dois países como Portugal e Espanha tiverem a mesma estratégia e o mesmo espírito de contribuir para a experiência da Península Ibérica, teremos mais população e mais casos. Então, quando formos a congressos europeus e americanos apresentar os nossos resultados, teremos mais peso se formos juntos. Esta aproximação entre os dois países é como uma

«ESTA PARCERIA É UMA OPORTUNIDADE DE OURO PARA PORTUGAL»

Para Arnaldo Figueiredo, a realização de reuniões conjuntas entre a APU e a AEU potencia uma maior visibilidade internacional da Urologia ibérica, o que terá repercussões positivas no acompanhamento das patologias urológicas. «Na III Reunião Ibérica de Cancro do Rim, discutimos os avanços no tratamento do carcinoma metastizado, nomeadamente o surgimento de novas terapêuticas e de outras indicações para algumas drogas já existentes. Isso vem reforçar aquilo que, no meu entender, deve ser o empenho do urologista na abordagem integral do doente oncológico e que só é possível com a atualização de conhecimentos, fruto da discussão entre profissionais», exemplifica o presidente da APU.

Acreditando que a aproximação entre a APU e a AEU traz vantagens para ambas as associações, Arnaldo Figueiredo reconhece que o nosso país poderá sair mais beneficiado desta relação, já que «Espanha tem mais experiência acumulada ao nível do desenvolvimento de estudos e bases de dados, fruto de uma colaboração multi-institucional que ainda está um pouco aquém em Portugal». É, aliás, nesse contexto que se inserem os projetos comuns que estão em curso, como a base de dados de tumores do testículo e da próstata, e outros que já estão a ser pensados. «Os estudos de iniciativa do investigador, que são muito mais comuns em Espanha, podem ser o próximo passo, ou seja, o desenvolvimento de ensaios clínicos ibéricos com a participação dos centros que se quiserem envolver», revela o presidente da APU, acrescentando que esta parceria «é uma oportunidade de ouro para Portugal».



aliança. A ideia é sermos maiores, porque, enquanto Península Ibérica, teremos mais peso no mundo científico para publicar e participar em congressos. E tudo isso redundará em benefícios para os doentes, que é o mais importante.

Além das reuniões ibéricas, em que outros projetos conjuntos estão a trabalhar?

Estamos a desenvolver bases de dados conjuntas. Por exemplo, vim agora de uma reunião com o Prof. Arnaldo Figueiredo, porque estamos a desenhar uma base de dados comum para todos os casos de cancro do testículo e da próstata. Com essa casuística, pretendemos constatar se temos o mesmo número de tumores em Portugal e em Espanha. Até agora, não se sabe, ninguém o estudou. Por isso, queremos saber se há a mesma frequência, se existe um fator que explique o motivo de haver mais incidência de cancro num sítio do que noutra, e estudar as características destes doentes.

Qual será o passo seguinte às bases de dados ibéricas?

O passo seguinte seria realizar ensaios clínicos de âmbito ibérico. Esse seria um novo desafio. Já há projetos de investigação comuns ao nível do cancro da bexiga, por exemplo, mas a ideia é que possamos avançar com mais estudos, inclusive de novos fármacos, com a participação conjunta de Portugal e Espanha.

A realidade urológica em Espanha é a mesma que em Portugal?

Do ponto de vista científico, sim. Já ao nível da assistência sanitária pode ser que haja disparidades, porque, mesmo dentro de Espanha, há

«Estamos a desenvolver bases de dados conjuntas para os cancros do testículo e da próstata. Um novo desafio seria realizar ensaios clínicos de âmbito ibérico»

diferenças entre comunidades. O que se passa é que cada comunidade direciona um valor diferente para a Saúde; uma comunidade dita «rica» destina mais dinheiro, daí que o nível de assistência sanitária seja melhor. De modo geral, a assistência é semelhante em todo o país, mas, por vezes, encontramos assimetrias. Há centros com cirurgia robótica, outros não; há centros em que os serviços são de excelência e fazem transplantes, por exemplo, outros não... O que nós, médicos, tentamos conseguir é que as condições sejam homogêneas, para que qualquer doente, de qualquer sítio, tenha um certo tipo de tratamento mínimo. Não tenho conhecimento suficiente sobre a realidade da Urologia portuguesa para a poder comparar com a nossa, mas posso afirmar que, em Espanha, há assimetrias. Mesmo assumindo que a realidade geral é boa, num sítio é apenas boa, mas noutra é excelente!

Que balanço faz desta parceria entre a APU e a AEU?

Para mim, o balanço é muito positivo. Portugal tem a sorte, e digo-o com sinceridade, de ter

muito bons urologistas. É a impressão que tenho. À cabeça, o presidente da APU, Prof. Arnaldo Figueiredo, que tem um currículo excepcional, é muito bom profissional e conhecido na Europa e na CAU [Confederación Americana de Urología]. Em Espanha, sentimo-nos privilegiados por nos termos conseguido conectar com estes profissionais. Logo que nos conhecemos, os laços aumentaram e é muito positivo o que temos vindo a fazer no âmbito desta relação entre as associações ibéricas de Urologia, que está forte como nunca. E a tendência é que esta ligação continue a crescer. Em certa medida, somos também um modelo para outras especialidades.

Quais são as grandes vantagens desta aproximação?

A principal vantagem, no mundo científico, é sempre ter como referência aqueles que trabalham bem. Estamos enganados se pensarmos que, por estarmos ao lado de uma comunidade pequena, trabalhamos melhor do que ela. Não é assim que funciona. O conhecimento deve ser o mais universal possível. Outras vantagens da nossa parceria passam por escrever e publicar livros conjuntos; dar formação a jovens urologistas, de forma conjunta, com a mesma mensagem; ou fazer mestrados universitários, por exemplo, entre as Universidades de Coimbra e de Granada, onde lecionam os atuais presidentes da APU e da AEU. As vantagens são muitas.

Como antevê o futuro desta ligação ibérica em Urologia?

Acredito que o futuro passará por seguir a linha dos últimos anos. Continuaremos a colaborar neste caminho de fazer ciência através da partilha de conhecimentos e experiências. ■

UMA BASE DE DADOS PORMENORIZADA



O registo da base de dados ibérica de cancros urológicos vai arrancar em 2017. Segundo Miguel Unda Urzaiz, coordenador do Grupo Uro-oncológico da AEU e chefe do Serviço de Urologia do Hospital Universitário de Basurto, em Bilbao, a ênfase inicial será dada ao cancro do testículo. «Iremos registar todos os tumores dos testículos diagnosticados em Espanha e em Portugal durante um ano», refere.

Esta base de dados será abrangente e terá «informações desde que o doente denuncia os sintomas e se lhe diagnostica o tumor no testículo, até à fase em que se cura ou morre», explica Miguel Unda Urzaiz. À falta de um estudo sobre o número de cancros dos testículos diagnosticados em Espanha e Portugal, as associações urológicas destes dois países avançaram para um trabalho conjunto que possa suprimir essa falha. As vantagens são várias. «Desde logo, temos doentes com um perfil idêntico. Depois, creio que, se juntarmos forças, teremos outra potencialidade para explorar dados e poder apresentá-los em fóruns importantes de Urologia», observa o coordenador do Grupo Uro-oncológico da AEU.

Mas o mais importante na recolha destes dados é o potencial de melhoria em todas as vertentes da abordagem ao doente. «Saber como diagnosticamos; em que fase da doença o fazemos; como tratamos; se temos critérios uniformes de tratamento; quantos doentes curamos e quantos não conseguimos curar, apesar de termos ao seu serviço todos os meios para tal... Enfim, queremos saber tudo isso», sintetiza Miguel Unda Urzaiz.

Equipa coesa, Serviço bem-sucedido



João Silva, Hugo Coelho e José Leitão, Ascensão Calheiros (enfermeira-chefe), Eurico Maia (diretor do Serviço), Leontina Castelo Branco (enfermeira), Pedro Cadilhe, Francisco Botelho e Carlos Lobato

É fruto da motivação e do empenho de uma equipa composta por quatro urologistas fixos e três externos que o **Serviço de Urologia da Unidade Local de Saúde do Alto Minho/Hospital de Santa Luzia (ULSAM/HSL)**, em Viana do Castelo, tem obtido resultados meritórios. Ainda assim, há aspetos que estes profissionais gostariam de ver melhorados, como a potenciação de cirurgia de ambulatório e a diferenciação de consultas, incluindo andrologia.

Sandra Diogo

A nossa reportagem foi marcada para um dia em que fosse possível estarem presentes todos os profissionais que contribuem para o sucesso do Serviço de Urologia da ULSAM/HSL. Um pedido do diretor, Eurico Maia, que demonstra bem a relação de respeito e proximidade que marca o dia a dia do grupo. «Somos uma equipa bem preparada tecnicamente, mas há outro aspeto que nos distingue: o excelente relacionamento entre os urologistas e destes com outros profissionais, não apenas de Enfermagem, mas também de outras especialidades com as quais interagimos.»

Na opinião de Eurico Maia, essa é, aliás, a fórmula para os bons resultados que este Serviço de Urologia tem apresentado. «É graças ao empenho de todos os elementos que temos sempre cumprido os contratos-programa, o que nos permite ser uma especialidade bem vista na instituição e em termos de *benchmarking*. Na realidade, os nossos resultados são muito bons, o que acaba por ser um incentivo face ao alucinante ritmo de trabalho que temos.»

Integrado no Departamento de Cirurgia, o Serviço de Urologia exerce a sua atividade em várias unidades funcionais, incluindo o Internamento no Serviço de Especialidades Cirúrgicas,

a Consulta Externa, o Bloco Operatório Central e o Bloco de Ambulatório, o Hospital de Dia e o Serviço de Urgência. A assegurar todas estas valências estão sete urologistas, três deles em prestação de serviços, «porque só assim é possível dar resposta atempada e de qualidade», avança o diretor.

Eurico Maia reconhece que os recursos humanos são insuficientes para assegurar, da melhor forma, todas as necessidades do Serviço e exemplo disso é o facto de não ser possível desenvolver projetos de investigação, nem criar consultas subspecializadas dentro do

Serviço. «Na prática, todos fazemos de tudo um pouco, dependendo da nossa disponibilidade e da necessidade de assegurar as várias atividades.»

Em termos de doenças a que dão resposta, Eurico Maia destaca o peso da patologia oncológica, que representa cerca de 30% das cirurgias realizadas no Serviço, sendo altamente prevalentes a patologia litiásica, a hipertrofia benigna da próstata e a incontinência urinária. «Os cancros da bexiga e da próstata são os mais frequentes, mas, nos últimos dois anos, começou-se a notar um aumento da patologia

TEMPO PARA A FORMAÇÃO

O ensino é uma paixão comum aos elementos do Serviço de Urologia da Unidade Local de Saúde do Alto Minho/Hospital de Santa Luzia (ULSAM/HSL), que se traduz não só na docência de aulas teóricas no curso de Medicina com Mestrado Integrado da Universidade do Minho (UM), em Braga, como também no acompanhamento prático de, em média, 40 alunos durante a semana de internato que fazem na ULSAM. «Infelizmente, não temos reunidas as condições para assegurar o internato da especialidade, mas, se conseguirmos reforçar a equipa com mais um elemento, penso que já será possível fazer o acompanhamento adequado», sublinha Eurico Maia. No que diz respeito à formação do próprio quadro médico, esta também é uma constante e, para além da participação em cursos e congressos internacionais, desde 2011, este Serviço de Urologia estabeleceu uma parceria com a UM «que abre as portas para eventuais projetos de investigação», avança o diretor.

oncológica renal», explica o diretor. No âmbito das doenças que não carecem de procedimentos cirúrgicos, as infeções urinárias ocupam a sexta posição entre os problemas mais retratados em toda a ULSAM.

Articulação com outras áreas

«A nossa atividade inicia-se no internamento, ou seja, às 8h00 estamos todos a passar visita, acompanhados pela enfermeira-chefe, que já recolheu toda a informação dos restantes enfermeiros», informa Eurico Maia, realçando que é essa interação diária direta entre todos os prestadores de cuidados que lhe dá a garantia de qualidade e segurança.

No dia a dia, o Serviço de Urologia trabalha ainda em articulação com outras especialidades, nomeadamente a Ginecologia, com a qual partilha o tratamento de algumas patologias do pavimento pélvico e a cujos elementos os urologistas dão formação no âmbito da avaliação urodinâmica e apoio em situações cirúrgicas complexas. Mas as solicitações não se ficam por aqui: «A Medicina Interna pede, com frequência, a nossa colaboração no contexto de patologias oncológicas detetadas acidentalmente e que envolvem o aparelho urinário ou, de alguma maneira, fazem suspeitar dele como causa primária.»

Uma vez que a Urgência do Hospital de Santa Luzia é médico-cirúrgica, apesar de não incluir a especialidade de Urologia, os urologistas prestam apoio presencial, no período da manhã, complementado com uma consulta de apoio ao Serviço de Urgência, criada por Eurico Maia. «Duas vezes por semana, recebemos os doentes que podem precisar de um tratamento urgente, mas aos quais não se aplica o atendimento em contexto de urgência. Este esquema tem permitido uma avaliação mais rápida des-



tes casos, evitando a necessidade de referência pelo médico de família», frisa o diretor, referindo que esta solução tem contribuído para a resolução de cerca de 80% das patologias urológicas de urgência.

À espera de oportunidade para crescer

Embora saliente que os cuidados prestados à população são de qualidade, Eurico Maia reconhece que há algumas alterações que poderão contribuir para um melhor desempenho. Um exemplo é a possibilidade de pernoita em regime de ambulatório para alguns tipos de cirurgias. «Se tal acontecesse, para os doentes seria um percurso muito mais simples e ágil e, para os profissionais de saúde, representaria uma menor carga de trabalho, já que poderíamos transferir vários procedimentos para esse nível», defende.

A contratação de mais um urologista é a outra grande aposta futura do diretor, ainda que reco-

nheça que a sua concretização não será fácil, não só pelas restrições económicas que todos os hospitais enfrentam, mas também pela dificuldade em atrair médicos para uma zona tão afastada dos grandes centros urbanos. «Vindo um novo elemento, gostaria de investir na área da andrologia, porque acho que é dos poucos domínios em que poderíamos ter uma oferta melhor. Além disso, contribuirá para equilibrar os *inputs* e os *outputs*, algo essencial para que o tempo de resposta seja mais rápido em relação a todo o percurso do doente.»

No sentido de adequar o *input* de doentes à consulta, estão estabelecidos protocolos com os centros de saúde da região, nos quais estão definidas as patologias que requerem referência, que exames devem acompanhar os doentes, sendo ainda sempre possível o contacto telefónico para esclarecimento de dúvidas. Mas, também aqui, há outros projetos em curso que poderão rentabilizar esta relação: «Temos previstos, para 2017, curtos estágios no nosso Serviço, de modo a que os médicos de Medicina Geral e Familiar compreendam melhor a dinâmica hospitalar, nomeadamente alguns contrangimentos que possam influenciar a capacidade de resposta que, para os doentes, é sempre urgente.»

Considerando que a Urologia é responsável por 30% das cirurgias realizadas no Serviço de Especialidades Cirúrgicas e apresenta tempos de resposta curtos, Eurico Maia lamenta a falta de disponibilidade para o treino de novas tecnologias, como a laparoscopia e a cirurgia percutânea, mas tem esperança de que esta dificuldade possa ser superada em 2017. «Espero que, no próximo ano, nos seja atribuído um tempo operatório suplementar. Tal é importante para dar uma resposta atempada e adequada, mas também para garantir o grau de satisfação pessoal em relação à nossa profissão», conclui. ■



Realização de uma prostatectomia radical com linfadenectomia por Pedro Cadilhe e José Leitão



Profilaxia tromboembólica

As recomendações do National Institute for Health and Care Excellence (NICE), revistas em 2015, apontam como fatores de risco do TEV os seguintes:

- Doença oncológica ativa e seu tratamento;
- Idade acima dos 60 anos;
- Admissão em cuidados intensivos;
- Desidratação;
- Trombofilias;
- Obesidade (IMC superior a 30);
- Uma ou mais comorbilidades médicas (doença cardíaca, metabólica, endócrina, respiratória, infecciosa aguda ou inflamatória);
- Antecedentes pessoais ou familiares (1.º grau) de doença tromboembólica;
- Terapêutica de substituição hormonal;
- Contracetivos orais contendo estrogénios;
- Veias varicosas com flebite.

No doente alvo de tratamento médico, as recomendações do NICE consideram que o estado de mobilidade reduzida por três ou mais dias, com presença de um ou mais fatores de risco, implica profilaxia. Já no doente alvo de

tratamento cirúrgico, a profilaxia deve ser iniciada na presença de fatores como: duração da cirurgia superior a 90 minutos ou superior a 60 minutos em membros inferiores ou bacia; internamento em situação urgente com quadro inflamatório ou intra-abdominal; e um ou mais fatores de risco.

Na tomada de decisão, deverá entrar em linha de conta a definição de hemorragia *major*, isto é, morte por exsanguinação, descida de dois ou mais gramas de hemoglobina, transfusão de duas ou mais unidades de concentrado de eritrócitos, sangramento retroperitoneal, intracraniano e intraocular, ameaça à vida e necessidade de intervenção cirúrgica/médica por causa da hemorragia.

O risco hemorrágico, nomeadamente em casos de sangramento ativo, diátese hemorrágica adquirida ou inata, uso de anticoagulantes, anestesia espinal prevista nas próximas 12 horas, anestesia espinal administrada nas últimas 4 horas, acidente vascular cerebral agudo, trombocitopenia ($< 75 \times 10^9/l$) e hipertensão descontrolada (230/120 mmHg ou superior),

Acredita-se que o tromboembolismo venoso (TEV) seja a principal complicação não cirúrgica das intervenções urológicas *major*. A sua incidência é de cerca de 5% e a embolia pulmonar é tida como a principal causa de morte no período perioperatório. Previamente à decisão de administrar ou não profilaxia tromboembólica, importa avaliar o risco trombótico, o risco hemorrágico e pesar os riscos e os benefícios.

CIRURGIA ENDOSCÓPICA
(RTU-P ou V, UR)
TVT/TOT
CIRURGIA MINOR



Fatores de risco?



Sim:
MP
CP/HBPM



Não:
MP

CIRURGIA ABERTA
(PR, CISTECTOMIA)



MP
CP/Meias
HBPM 4-6
semanas

CIRURGIA LAPAROSCÓPICA
(PR, CISTECTOMIA,
NEFRECTOMIA TOTAL)



Fatores de risco?



Sim:
MP
CP/Meias
HBPM



Não:
MP
CP/Meias

NEFROLITOTOMIA PERCUTÂNEA, NEFRECTOMIA PARCIAL



MP
CP/Meias
Evitar HBPM

CIRURGIA PÉLVICA
(HISTERECTOMIA,
COLPOSSUSPENSÃO)



Fatores de risco?



Sim:
MP
CP/Meias
HBPM



Não:
MP
CP/HBPM

CP: compressão pneumática; HBPM: heparinas de baixo peso molecular; MP: mobilização precoce; PR: prostatectomia radical; RTU-P: ressecção transuretral da próstata; RTU-V: ressecção transuretral da bexiga; TOT: *tension free trans obturator tape*; TVT: *tension-free vaginal tape*; UR: ureterorenoscopia

também deve merecer atenção. Nestes casos, a recomendação é a favor da não administração de profilaxia farmacológica ou da avaliação risco/benefício.

Na verdade, não existem muitas recomendações publicadas sobre o TEV em Urologia, constituindo o *Best Practice Statement* da American Urological Association, datado de 2008, um desses poucos exemplos. As recomendações que existem salientam que as cirurgias endoscópicas comportam um baixo risco de tromboembolia e as cirurgias pélvicas oncológicas abertas possuem um risco substancial (até 32% na ausência de profilaxia). Este achado leva a que se prolongue a profilaxia por um período de até quatro semanas no pós-operatório, em regra com heparinas de baixo peso molecular (HBPM). Na cirurgia pélvica reconstrutiva, especialmente em procedimentos mais demorados, o risco de eventos tromboembólicos (até 14%) também obriga a profilaxia farmacológica, principalmente em doentes de alto risco.

No caso da nefrectomia total aberta por carcinoma, o risco pode ir até aos 22,6%, devido

ao efeito pró-trombótico do carcinoma renal. Nos doentes em que é realizada nefrectomia parcial, o risco de hemorragia retroperitoneal, devido à natureza do próprio procedimento cirúrgico, leva a maioria dos autores a não recomendar a administração de profilaxia farmacológica. O mesmo tipo de raciocínio aplicar-se-á à nefrolitotomia percutânea.

O risco tromboembólico das cirurgias laparoscópicas é também reduzido e, aparentemente, não se relaciona com o local da cirurgia. De facto, a profilaxia farmacológica, no caso da nefrectomia total, não aparenta adicionar qualquer tipo de vantagem relativamente aos meios mecânicos.

Meios de profilaxia mecânicos e farmacológicos

A mobilização precoce e a manutenção de um estado normal de hidratação são os métodos mais simples de profilaxia do TEV e poderão ser aplicados a praticamente todos os doentes. Há também que considerar a utilização de meios mecânicos, como os dispositivos de com-

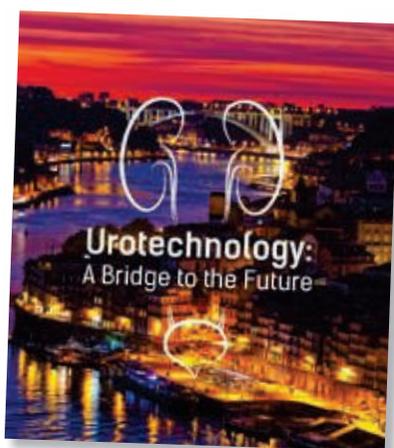
pressão pneumática intermitente e as meias antiembolia. Estas últimas, pese embora a sua relativa falta de eficácia, são baratas e relativamente simples de aplicar. Na verdade, tirando a doença vascular periférica e as lesões cutâneas evidentes, não há muitas contraindicações ao seu uso.

Os meios farmacológicos, como as HBPM (os mais difundidos e fáceis de utilizar), a heparina não fracionada (útil em doentes com lesão renal) e o fondaparinux (doentes alérgicos à heparina), são outra opção a ter em conta. A dose de HBPM poderá ser ajustada para três quartos da dose habitual, se a *clearance* da creatinina for inferior a 30 ml/min.

Em doentes previamente anticoagulados, caso o sejam devido a fibrilhação auricular, não parece haver necessidade de substituir a varfarina por HBPM antes da realização da cirurgia. O estudo BRIDGE, publicado em 2015, não demonstrou qualquer vantagem nesse sentido, passando a recomendar apenas a suspensão da varfarina cinco dias antes e a sua retoma nas 24 horas seguintes à cirurgia. ■

UROEVENTOS

Urotecnologia – uma ponte para o futuro



Realiza-se nos próximos dias 20 e 21 de janeiro, no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA), mais uma edição do Curso Internacional de Urologia patrocinado pela Société Internationale d'Urologie (SIU). Depois de edições em que este curso versou sobre rim, cirurgia reconstrutiva, próstata ou bexiga, desta vez, o tema central é «*Urotechnology – a bridge to the future*».

A Urologia é uma especialidade propensa a uma multiplicidade de avanços tecnológicos. E é nessa direção que estarão virados os holo-

fotes desta edição, segundo Avelino Fraga, um dos coordenadores do Curso e diretor do Serviço de Urologia do CHP/HSA. «Vamos rever todos os avanços que existem na área da laparoscopia, da radiologia, da imagem e da radiologia de intervenção. Também vamos abordar as inovações à volta da farmacologia e dos tratamentos mais recentes», avança.

Um dos grandes temas em análise será a cirurgia robótica. Convidando à participação neste Curso, Avelino Fraga deixa a pergunta: «Andam por aí os médicos à procura do robô, muitas vezes em conflito uns com os outros por causa disso. Será que precisamos mesmo de um robô? Para quê? Para que serve?» Estas e outras questões serão debatidas no decorrer da formação.

Coorganizando o Curso com Jean de la Rosette, representante da SIU, e Manuel Oliveira, também do CHP/HSA, Avelino Fraga frisa que está garantida a presença de convidados internacionais «de topo» e dá o exemplo de Mark Emberton, diretor da Division of Surgery and Interventional Science do University College London. Como habitual, a organização deste Curso conta com o forte contributo do holandês Jean de la Rosette, secretário-geral da SIU e diretor

TEMAS À LUPA

- Há limites para a cirurgia endoscópica?
- Procedimentos endoscópicos na próstata (sessão de cirurgia ao vivo)
- Litíase – diferentes abordagens para diferentes pessoas?
- Tratamento cirúrgico da litíase (sessão de cirurgia ao vivo)
- Tecnologias de informação em Urologia – cirurgia, prática clínica, e-learning e simulação – há uma app para isto?
- Sessão de laparoscopia: onde estão os limites para uma melhor visão?
- Procedimentos laparoscópicos (sessão de cirurgia ao vivo)
- Terapia focal: da precisão do diagnóstico ao tratamento conservador
- Vídeo-sessão: tratamento focal guiado por imagem em cancro da próstata e do rim
- Nanotecnologia em Urologia

do Departamento de Urologia do Academic Medical Center (AMC), em Amsterdão, e da espanhola Pilar Laguna, professora de Uro-oncologia e coordenadora do Centro do Rim do AMC. ■

Acompanhamento primário das doenças urológicas



entes apresenta queixas de natureza urológica, «o que se pretende é que a interatividade seja o método de trabalho central e que todas as apresentações tenham uma abordagem de estratégia prática, não cingida a algoritmos, mas à realidade clínica diária destes profissionais», defende o presidente das jornadas. O acesso aos cuidados de saúde secundários, a comunicação entre a MGF e a Urologia e a disponibilidade de recursos de diagnóstico e tratamento «são aspetos centrais na definição da estratégia a adotar».

Os critérios de referência para a Urologia Pediátrica, as disfunções sexuais em grupos específicos e as oficinas de trabalho sobre doenças sexualmente transmissíveis serão outros pontos altos do programa, para que a articulação de recursos entre as duas especialidades e o acompanhamento aos doentes seja cada vez mais eficaz. «A perceção da Urologia sobre as dificuldades dos médicos que prestam cuidados de saúde primários e da população em geral em relação à patologia urológica ajuda a organizar melhor a própria oferta hospitalar nesta área», reforça Arnaldo Figueiredo. ■

As 13.^{as} Jornadas de Urologia da Zona Centro em Medicina Familiar, que terão lugar na Fundação Bissaya Barreto, em Coimbra, nos dias 23 e 24 de fevereiro próximo, constituirão mais uma oportunidade para os médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF) esclarecerem os maiores desafios que enfrentam na altura de acompanhar os doentes com queixas urológicas.

«Estas jornadas são organizadas partindo de uma sondagem junto dos profissionais que prestam cuidados de saúde primários sobre

os temas que consideram mais relevantes para discutir. Em face disso, não surpreende que a patologia prostática, o tratamento das disfunções vesicais e erétil e as controvérsias em torno do PSA sejam temas recorrentes nestes encontros», comenta Arnaldo Figueiredo, diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que organiza estas jornadas.

Considerando o contexto de atuação dos médicos de MGF, em que um em cada sete do-

Enfoque na prática Urológica

As 17.^{as} Jornadas Nacionais de Urologia em Medicina Geral e Familiar (MGF) realizam-se nos dias 16 e 17 de março próximo, no Sana Metropolitan Hotel, em Lisboa. Segundo o seu presidente, Manuel Mendes Silva, o programa científico não terá um tema central; ao invés, «vai manter a promoção da vertente prática com a apresentação de casos clínicos». Mas haverá novidades: a introdução do televoto nas sessões de casos clínicos e a apresentação dos cinco melhores pósteres na sessão plenária, com três slides, durante três minutos.

Manuel Mendes Silva pede especial atenção para alguns momentos, nomeadamente a mesa-redonda dedicada à Urologia Pediátrica, no primeiro dia, 16 de março. «Tivemos uma sessão destas há três ou quatro anos, que suscitou muito interesse. Agora, é a equipa do Hospital Dona Estefânia, do Centro Hospitalar de Lisboa Central, que vem falar sobre temas concretos e práticos, como a enurese, a criptorquidia, a fimose e a varicocele», avança o presidente das jornadas, que, do primeiro dia, também sublinha a sessão que vai versar sobre os problemas da próstata.

Espera-se que o momento alto do dia 16 de março seja a já habitual homenagem a um profissional da Urologia ou da MGF. Para esta 17.^a edição, «o escolhido foi o Prof. Mário Bernardo, a quem a MGF muito deve do ponto de vista académico, como professor; do ponto de vista prático, com a organização de congressos e simpósios; e do ponto de vista da sua contribuição para a formação de serviços e unidades ao nível dos cuidados de saúde primários», explica Manuel Mendes Silva.

Já no dia 17 de março, o destaque recai sobre as conferências dedicadas à incontinen-

cia urinária e à dor escrotal, «que configuram problemas com os quais o médico de família lida frequentemente». De referir ainda que, da parte da Urologia, a coordenação destas jornadas está a cargo de José Dias, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, e, da parte da MGF, a coordenadora é Catarina Empis, médica na Unidade de Saúde Familiar Santo Condestável, em Lisboa. O secretariado é da responsabilidade da Prisma Médica, na pessoa de Pedro de Moura Reis, secretário-geral da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia. ■



Uma causa séria, abordada com humor



Jorge Gabriel (apresentador), Teresa Almodóvar (secretária do GECP), Arnaldo Figueiredo (presidente da APU), Pedro Tochas (humorista), Fernando Calais (secretário do GPGU), José Carlos Marques (2.º vice-presidente da SPS), Gabriela Sousa (presidente da SPO), Margarida Ferreira (representante da Pfizer Oncology), Mário Daniel (mágico) e Hélder Mansinho (presidente do GICD)

Foi no passado dia 31 de outubro que o Teatro Tivoli BBVA voltou a ser palco de mais uma Comédia por uma Causa Séria, um evento organizado pela Pfizer Oncology, com o apoio científico da Associação Portuguesa de Urologia (APU), da Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO), do Grupo Português Génito-Urinário (GPGU), do Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão (GECP), do Grupo de Investigação do Cancro Digestivo (GICD), do Grupo de Estudos de Tumores Neuroendócrinos, do Intergrupo Português do Melanoma e da Sociedade Portuguesa de Senologia (SPS), que assinalou já a sua sétima edição. O objetivo deste espetáculo é sensibilizar a opinião pública para as doenças oncológicas, reforçando a importância dos comportamentos preventivos e do diagnóstico precoce.

«Uma vez que, apesar de o cancro andar na boca de toda a gente e todos terem a perceção da sua gravidade, este ainda é um tabu, sobre o qual a maior parte das pessoas não adota, diariamente, comportamentos compatíveis com o medo que suscita, este espetáculo é uma forma muito meritória de alertar e contribuir para o tratamento da patologia», salienta Arnaldo Figueiredo, presidente da APU. Assim, «este evento serve também para dar um sinal de esperança aos que foram afetados pelo cancro, demonstrando que a investigação, em termos de tratamento, existe e está mais forte do que nunca».

Com casa cheia (os bilhetes, que são gratuitos, esgotaram logo no primeiro dia em que foram disponibilizados), a animação da noite esteve a cargo de Pedro Tochas, que apresentou «Um tempo», um espetáculo de *stand-up comedy*, e do mágico Mário Daniel, contando com a apresentação do atual embaixador da iniciativa, Jorge Daniel. À semelhança das edições anteriores, por cada presença, a Pfizer Oncology ofereceu um donativo de 10 euros à Liga Portuguesa Contra o Cancro, que, este ano, se traduziu no valor de 11 000 euros, perfazendo uma quantia superior a 100 000 euros doados desde 2010, ano de arranque desta iniciativa solidária. ■

Margarida Ferreira entrega um troféu a Arnaldo Figueiredo, num gesto de agradecimento pelo apoio científico da APU à iniciativa «Comédia por uma Causa Séria»



Sensibilizar para o cancro da próstata com criatividade

A luta contra o cancro da próstata fez-se através do apelo à criatividade no dia 3 de novembro passado, no Teatro Tivoli BBVA, em Lisboa. Ao palco subiu o grupo de humoristas



A animação ficou a cargo d'Os Improváveis, com o espetáculo ImproFado, que casa improviso, teatro, música e pintura

Os Improváveis, com o espetáculo ImproFado. Inserida no evento anual «Juntos vamos dar um bigode ao cancro», além de sensibilizar para o cancro da próstata, esta iniciativa visou a angariação de donativos para a Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC).

Presente no espetáculo, José Garção Nunes, vice-presidente da APU, que dá apoio científico a esta iniciativa, afirmou ao *Urologia Actual* que «é importante apostar na prevenção e na avaliação precoce, porque o cancro é uma doença silenciosa que, uma vez despistada precocemente, tem uma percentagem elevada de cura (85%)». Sobre o espetáculo em si, o representante da APU frisou serem «de louvar todo o tipo de iniciativas que sirvam para chamar a atenção para as neoplasias com grande incidência, nomeadamente o cancro da próstata, aligeirando um tema sensível».

Também presente esteve Ana Martins, vogal da Assembleia-geral da Sociedade Portuguesa de Oncologia, a outra entidade científica que apoia esta iniciativa promovida pela Bayer. A

responsável lembrou o facto de novembro ser «o mês da luta contra o cancro da próstata» e salientou a importância de eventos como este, que angariam fundos para organizações que se dedicam à luta contra as doenças oncológicas.

O montante a doar à LPCC resultante dos fundos angariados com este espetáculo será conhecido no início de 2017. Miguel Quita, secretário-geral da Direção do Núcleo Regional do Sul da LPCC, aproveitou para apontar algumas das iniciativas em que donativos como este são aplicados: «A prevenção é um eixo da LPCC. Temos ainda outras vertentes de apoio a doentes e famílias. Mas há também uma área que nunca esquecemos e que passa pelo apoio à investigação, porque aí é que se faz uma luta direta contra o cancro».

Da interação inicial do grupo Os Improváveis com a plateia, sobressaiu a palavra «acreditar», que acabou por orientar toda a atuação. Miguel Quita salientou a importância da mesma: «Foi uma palavra muito bem escolhida, pois tem impacto e é a chave do combate ao cancro.» ■

Reunião Ibérica discutiu novas abordagens ao cancro do rim

Nos dias 24 e 25 de novembro passado, urologistas portugueses e espanhóis juntaram-se na Ericeira para a III Reunião Ibérica de Cancro do Rim. No vasto programa do encontro, constaram a experiência dos dois países na abordagem a este tumor, a definição de protocolos de atuação e a adoção de estratégias para assegurar a eficácia dos tratamentos.

Sandra Diogo

Fruto da parceria entre a Associação Portuguesa de Urologia (APU) e a Asociación Española de Urología (AEU), o encontro teve início com a sessão intitulada «O cancro do rim avançado na Península Ibérica», na qual especialistas portugueses e espanhóis falaram sobre a «Experiência ibérica com CCR [cancro de células renais] metastizado» e analisaram as hipóteses de tratamento para o futuro, numa sessão intitulada «Tratamento do CCRm: de onde vimos, para onde vamos?» Uma das intervenções focou-se no refinamento da proposta de base de dados conjunta para este tipo de tumor. «Mais uma vez, promoveu-se a partilha de experiências e a atualização de conhecimentos, o que constitui um reforço da aproximação crescente entre as duas associações», comenta Arnaldo Figueiredo, presidente da APU e moderador desta sessão, em conjunto com o presidente da AEU, José Manuel Cozár.

A definição de protocolos de atuação foi o mote da segunda mesa, na qual se debateram as novidades sobre este tema saídas dos mais recentes congressos europeus e americanos de Urologia. «Imunoterapia e cancro do rim» e «Sequenciação ou combinação» foram outros assuntos discutidos. Foi, aliás, neste contexto que Frederico Reis, urologista na Unidade Local de Saúde de Matosinhos/Hospital Pedro Hispano, que abordou o tema «Individualização



Foram cerca de 30 os especialistas portugueses e espanhóis que participaram na III Reunião Ibérica de Cancro do Rim, organizada pela APU e pela AEU

do tratamento no carcinoma das células renais – para quando?», defendeu que o sucesso do acompanhamento destes doentes passa pela personalização da terapêutica.

«Cada vez mais se percebe que critérios como o tipo e a variante de tumor não são suficientes para definir um tratamento eficaz, pois, quando a patologia está metastizada, pode não ter as mesmas características em todos os locais. É quase como se a impressão digital do tumor fosse diferente consoante a zona onde se encontra», alertou Frederico Reis, salientando que, nesse sentido, a terapêutica deverá ter em conta não os aspetos macroscópicos da doença, mas sim as variantes genéticas. A elaboração de bases de dados que têm em conta o património genético será um passo nesse sentido.

Estratégias de atuação

O segundo dia da III Reunião Ibérica de Cancro do Rim, 25 de novembro, foi dedicado à análise de estratégias para melhorar as expectativas dos doentes, em intervenções sobre «Cirurgia das metástases», «Implicações futuras na prática clínica/perspetivas» e a terapêutica neoadjuvante e adjuvante. Para falar sobre esta última, tomou a palavra Frederico Furriel, urologista no Centro Hospitalar de Leiria/Hospital de Santo André.

«Embora atrativa, a terapêutica adjuvante não é uma prática corrente, nem se encontra ainda aprovada pelas sociedades científicas e autoridades responsáveis, pois a grande maioria dos estudos realizados até ao momento não demonstrou a sua eficácia na redução do risco de recidiva», afirmou Frederico Furriel. Ainda assim, este especialista comentou o último grande estudo publicado sobre o tema (o S-TRAC), em outubro deste ano, no *New England Journal of Medicine*, no qual «o grupo de doentes medicado com sunitinib durante um ano após a nefrectomia viu a sua sobrevida mediana livre de doença aumentar de 5,6 para 6,8 anos».

Frederico Furriel referiu ainda que a estratégia poderá passar por outros regimes de tratamento que permitam aumentar a eficácia, minimizando os efeitos secundários. E também frisou que o caminho a seguir será a utilização mais generalizada de marcadores biológicos, que possibilitem identificar, com maior precisão, os doentes que mais beneficiarão da terapêutica adjuvante.

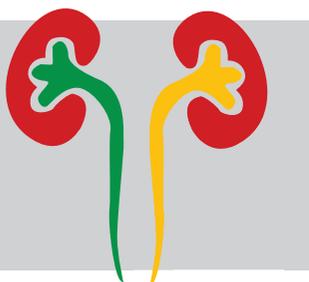
O encontro terminou com uma sessão de casos clínicos, na qual António Patrício, urologista no Centro Hospitalar do Baixo Vouga/Hospital Infante D. Pedro, em Aveiro, apresentou o caso de um doente com um tumor renal avançado, submetido a tratamento com um inibidor da tirosina-cinase em neoadjuvância, debatendo-se a pertinência desta abordagem em doentes com evidência de metastização. «O que está sempre em discussão é a necessidade de ajustar o tratamento e a sua monitorização a cada doente, já que as *guidelines* são insuficientes para este tipo de casos», concluiu António Patrício. ■

SAVE THE DATE

IV Reunião Ibérica de Cancro do Rim

28 e 29 de abril de 2017

Vigo, Espanha



I Semana de Urologia Laparoscópica de Lisboa

Coordenada por Tomé Matos Lopes, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM), a I Semana de Urologia Laparoscópica de Lisboa decorreu entre 12 e 14 de outubro, passado. Além dos vários cursos *hands-on*, com acompanhamento de um formador por cada dois participantes, tiveram lugar diversas palestras sobre laparoscopia.

Nos dias 12 e 13, o destaque foi para o III Curso de Pós-Graduação de Atualização em Técnica Laparoscópica Básica. «Esta formação possibilitou aos participantes a obtenção da certificação E-BLUS [European Training in Basic Laparoscopic Urological Skills], a única disponível a nível mundial nesta área. Para que tal fosse possível, durante o curso, esteve presente um urologista da European Association of Urology [EAU], exclusivamente para vigiar e confirmar que foram seguidas todas as regras e procedimentos impostos pela *Section of Uro-Technology* da EAU», explica Tomé Matos Lopes.

Já o I Curso de Pós-Graduação de Aperfeiçoamento em Laparoscopia Avançada em Nefrectomia Parcial decorreu durante o dia 14 de outubro e contou com a participação de Eric Mandron,



Tomé Lopes (coordenador) ladeado por Eric Mandron (à esquerda, de bata), por Tito Leitão (à direita, de bata) e pelos participantes no evento

urologista na Clinique du Pré, em Le Mans, França. Este formador «realizou duas nefrectomias parciais laparoscópicas, com transmissão direta para o Serviço de Urologia do CHLN/HSM, sendo que uma delas foi bastante mais complexa do que se poderia prever», resume Tito Leitão, coordenador deste curso e urologista no CHLN/HSM. Sobre a complexa intervenção que efetuou, Eric Mandron comenta que, «para fazer um bom trabalho, não pode haver hesitação, muito menos no caso de surgirem complicações inesperadas». E acrescenta: «Podemos sempre fazer

uma cirurgia aberta, se o caso for muito difícil. No caso deste doente, cheguei a pensar numa abordagem diferente, pois o tumor não estava completamente acessível.»

Hoje, a nefrectomia parcial deve ser «o padrão de ouro» para o tratamento dos tumores do rim. «Cada vez mais, utilizamos esta cirurgia por ser minimamente invasiva. É perfeitamente possível executá-la, mesmo em casos muito difíceis, como vimos no curso, preservando o órgão e com o mínimo de invasão ao doente», remata Tito Leitão. ■

Saúde e doença em Urologia e Medicina Familiar



NA MESA DA SESSÃO DE ABERTURA: Pedro de Moura Reis (secretário-geral das jornadas), David Martins (subdiretor clínico do Hospital da Venerável Ordem da Lapa, no Porto), Mário Reis (diretor das jornadas) e Paulo Santos (coordenador para a Medicina Geral e Familiar)

Subordinadas ao tema «Saúde e doença em Urologia», as 13.^{as} Jornadas de Urologia do Norte em Medicina Familiar decorreram nos dias 4 e 5 de novembro, sob a coordenação científica do Serviço de Urologia do Hospital da Venerável Ordem da Lapa, no Porto. A direção das jornadas esteve a cargo de Mário Reis, professor agregado na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e ex-diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar São João.

«Vários especialistas de Urologia abordaram assuntos importantes para os colegas de Medicina Geral e Familiar [MGF], uma vez que, atu-

almente, estão-lhes atribuídas tarefas sobre as quais não receberam conhecimentos adequados, tanto na formação pré-graduada como na formação pós-graduada», sublinha Mário Reis.

Os doentes do foro urológico representam uma parte significativa das consultas de MGF e tendem a aumentar com o envelhecimento da população. Neste contexto, as 13.^{as} Jornadas de Urologia do Norte em Medicina Familiar «abordaram os problemas da sexualidade e os conceitos relativos ao antigénio específico da próstata [PSA], que são sempre alvo da maior atenção e de alguma controvérsia», nota Mário Reis. Também a incontinência urinária, a litíase e a uro-oncologia «são temas recorrentes e importantes por suscitarem algum impacto na prática da MGF».

As *guidelines* foram também analisadas, mas na perspetiva de que são apenas normas. «Cada doente deve ser objeto de tratamento individual. Muitas vezes, as recomendações são mais importantes para defesa do médico, em termos legais, do que para tratar um caso especial», clarifica o diretor das jornadas, que também deram lugar ao Simpósio Livre, no qual foram apresentados casos clínicos da autoria de médicos de MGF.

A adesão às Jornadas de Urologia do Norte em Medicina Familiar tem vindo a crescer. Da parte da organização, «há a preocupação de contar com a colaboração dos médicos de MGF, estando estes presentes nas mesas e na apresentação de casos clínicos e pósteres». Como resultado, «registra-se um grande envolvimento por parte destes profissionais, que em todas as edições dão sugestões para temas a apresentar nos anos seguintes», conclui Mário Reis. ■

Momentos marcantes do XIV Simpósio da APU

(28 a 30 de outubro de 2016, Centro de Congressos de Troia)



O programa científico arrancou com a mesa-redonda que visou traçar o retrato da urgência urológica em Portugal. Moderada por Avelino Fraga e Tomé Lopes, esta sessão contou com a intervenção de representantes de diversos centros hospitalares. Fernando Vila (na foto) deu a conhecer a realidade do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa.

Na sessão dirigida aos internos, Juan Gómez-Rivas, Paulo Jorge Dinis e Ricardo Pereira e Silva alertaram para a importância da participação nas plataformas europeias, destacando o papel das redes sociais nesse processo. No final, foi apresentada a nova Direção no Núcleo de Internos da Associação Portuguesa de Urologia (na fotografia do slide).



No segundo dia do Simpósio, decorreram duas sessões de vídeos, nas quais 12 especialistas partilharam a sua experiência na realização de diversos procedimentos cirúrgicos.



Na mesa ibérica «As fronteiras geográficas», moderada por Arnaldo Figueiredo e José Manuel Cozár, presidentes da APU e da AEU, debateram-se os temas que atualmente aproximam os urologistas dos dois países, nomeadamente a criação de bases de dados conjuntas para patologias oncológicas.



Na mesa-redonda sobre transplantação renal, moderada por Alfredo Mota e Enrique Lledo-García (segundo e terceiro a contar da esquerda), Pedro Nunes (à esquerda), Javier Burgos-Revilla e Miguel Ramos (à direita) falaram sobre a sua experiência nesta área.



O evento contou com uma expressiva participação da indústria farmacêutica e de equipamentos, que se fez representar com 30 stands e 5 simpósios-satélite.

ENTREGA DE PRÉMIOS E BOLSAS

Agostinho Cordeiro, Sandra Pinto (representante da Astellas), Hélder Monteiro (presidente da Comissão Científica da APU), José Garção Nunes (vice-presidente da APU), Arnaldo Figueiredo (presidente da APU) e Pedro Nunes (secretário-geral da APU)



PRÉMIOS PARA OS MELHORES CARTAZES, COM O APOIO DA ASTELLAS

VALOR DO 1.º PRÉMIO: 1 500 euros

Trabalho vencedor: «Estudo comparativo da eficácia e segurança de Harmonic ACE®, EnSeal® e Ligasure™ na ligação de vasos em modelo porquinho *ex-vivo*».

Autores: Agostinho Cordeiro, Mariana Torres, João P. Conde, Nuno Morais, Paulo Mota, Giovanni Grimaldi, Francisco Botelho, Vítor H. Nogueira e Estêvão Lima.

Instituições: Serviço de Urologia do Hospital de Braga; Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho; Università degli Studi di Napoli "Federico II" – Dipartimento di Neuroscienze ed Scienze Riproduttive; Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

PRÉMIOS PARA OS MELHORES VÍDEOS, COM O APOIO DA JABA RECORDATI

VALOR DO 1.º PRÉMIO: 1 500 euros

Trabalho vencedor: «Como fazer do acesso renal o passo cirúrgico mais fácil na nefrolitotomia percutânea: novo sistema de navegação 3D em tempo real usando sensores eletromagnéticos».

Autores: Estêvão Lima, Nuno Carvalho, Paulo Mota, Agostinho Cordeiro, Nuno Morais, João Torres, Pedro Rodrigues e João Vilaça.

Instituições: Serviço de Urologia do Hospital de Braga; e outras.

BOLSA APU/JABA RECORDATI

VALOR: 8 000 euros

Trabalho vencedor: «Impacto do taladafil na oxigenação e no tónus purinérgico da bexiga em doentes com obstrução infravesical por hiperplasia benigna da próstata».

Equipa de investigação: Diogo Gil Sousa, Miguel Silva Ramos (investigadores principais), Daniel Reis, Isabel Silva, Teresa Magalhães Cardoso e Paulo Correia de Sá.

Instituição: Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António.

Diogo Gil Sousa, Ana Silva (representante da Jaba Recordati), Hélder Monteiro, Garção Nunes, Arnaldo Figueiredo e Pedro Nunes



BOLSA APU/TECNIMEDE

VALOR: 8 000 euros

Trabalho vencedor: «Modulação da via serotoninérgica prostática como novo alvo terapêutico na hiperplasia benigna da próstata».

Equipa de investigação: Paulo Mota (investigador principal), Emanuel Carvalho Dias, Estêvão Lima e Jorge Correia Pinto.

Instituição: Hospital de Braga.

Estêvão Lima, Ana Lúcia Conceição (representante da Tecnimede), Hélder Monteiro, José Garção Nunes, Arnaldo Figueiredo e Pedro Nunes



Bruno Vilarinho (representante da Bayer), Vera Marques, Inês Marques, Hélder Monteiro, Garção Nunes, Arnaldo Figueiredo e Pedro Nunes



BOLSA APU/BAYER

VALOR: 8 000 euros

Trabalho vencedor: «Estudo de novos fatores de prognóstico genético em tumores vesicais».

Equipa de investigação: Edgar Tavares da Silva (investigador principal), Vera Marques, Inês Marques, Ana Salomé Pires, Ana Margarida Abrantes, Maria Filomena Botelho, Isabel Carreira e Arnaldo Figueiredo.

Instituição: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

PRÉMIO PARA O MELHOR ARTIGO PUBLICADO NA ACTA UROLÓGICA PORTUGUESA EM 2016, COM O APOIO DA BAYER

VALOR: 1 000 euros

Trabalho vencedor: «Oxigenoterapia hiperbárica na cistite rádica hemorrágica».

Autores: Tiago Oliveira, António Carmelo Romão, Pedro Simões de Oliveira, Sandro Silva Gaspar, Francisco Gamito Guerreiro e Tomé Matos Lopes.

Instituição: Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria.

Reunião sobre cancro da próstata e nutrição



Os presidentes da SPO e da APU, Gabriela Sousa e Arnaldo Figueiredo (na mesa), moderaram a conferência de Bertrand Tombal (no púlpito)

A Associação Portuguesa de Urologia (APU), em parceria com a Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO), promoveu, nos dias 16 e 17 de setembro, no Curia Palace Hotel, o 2.º Encontro Científico APU 2016, com o apoio da Sanofi Genzyme. Especialistas de diferentes áreas debateram questões relativas ao cancro da próstata e à nutrição dos doentes afetados por esta patologia.

Marisa Teixeira

O encontro arrancou com o tema «A heterogeneidade do cancro da próstata resistente à castração metastizado [CPRCm], resistência ADT [terapia de privação androgénica]/quimioterapia, seleção e tratamento», apresentado por Bertrand Tombal. O diretor do Serviço de Urologia das Cliniques Universitaires Saint-Luc, em Bruxelas, evidenciou «a diversidade de modalidades de tratamento existentes para o CPRCm, sobretudo as quimioterapias e hormonoterapias, sendo relevante perceber que cada doente é diferente, logo, cada um beneficia de uma terapêutica específica».

Bertrand Tombal realçou que, «atualmente, a abiraterona e a enzalutamida são utilizadas muito cedo na maioria dos doentes, sendo que,

em 80% dos casos, são muito eficazes». «Os restantes 20% de doentes que não melhoram com estes fármacos têm um conjunto de características comuns, como metástases viscerais e ósseas ou baixa resposta à hormonoterapia», explicou o conferencista, ressaltando que, para estes casos, «a solução é iniciar, desde logo, o tratamento com quimioterapia».

Multidisciplinaridade e nutrição em Oncologia

A abordagem multidisciplinar no tratamento do CPRCm foi comentada por José Palma dos Reis e Isabel Fernandes, respetivamente urologista e oncologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, que deram o seu

próprio exemplo, nomeadamente falando sobre a reunião de cancro da próstata que o Serviço de Urologia deste hospital promove em conjunto com outras especialidades. «O tratamento desta patologia é desafiante, daí a extrema importância de debater os casos num contexto multidisciplinar, envolvendo não só as especialidades ditas curativas, como também as de diagnóstico, o que traz muitas mais-valias, especialmente para o doente», frisou Palma dos Reis.

Isabel Fernandes acrescentou: «É muito útil reunir as perspetivas de especialidades como Urologia, Oncologia, Radiologia, Imagiologia ou Medicina Nuclear no debate dos casos mais complexos para encontrar a melhor abordagem e facilitar o processo, encaminhando o doente, em tempo útil, para a Cirurgia ou Oncologia.»

Carolina Bento, nutricionista no Instituto Português de Oncologia de Coimbra, abordou o papel da nutrição no doente oncológico, tentando trazer algumas notas de equilíbrio e de bom senso em relação aos apelidados de superalimentos. Esta preleitora apresentou alguns estudos que demonstram que estes alimentos podem ter um efeito protetor em alguns tumores, mas também podem interferir com a eficácia de alguns fármacos.

Em jeito de balanço, Arnaldo Figueiredo, presidente da APU, frisou que a Urologia e a Oncologia são especialidades que se complementam. «A confluência de opiniões e os avanços terapêuticos registados nos últimos anos permitem-nos ter uma expectativa maior e melhor em relação ao tratamento CPRCm, apoiado numa boa nutrição», defendeu. No mesmo sentido, Gabriela Sousa, presidente da SPO, sublinhou o valor desta reunião, nomeadamente pelo «benefício de juntar diferentes comunidades científicas num ambiente multidisciplinar, para discutir a problemática do cancro da próstata, que está cada vez mais na ordem do dia». ■



O 2.º Encontro Científico da APU culminou com uma visita à Quinta das Bageiras, em Sangalhos, onde os participantes puderam reforçar laços num momento de convívio. Depois da visita à cave e de ficarem a saber mais sobre os vinhos ali produzidos, degustaram algumas entradas preparadas pelo chef Fábio Bernardino. Seguiu-se o momento de os participantes da reunião meterem mãos à obra no Curso Prático de Culinária orientado por este chef, preparando o próprio almoço: bifes de atum fresco com esmagada de batata-doce; sardinhas alimadas com baba ganoush; ceviche de salmão, frutos vermelhos e aveludado de chocolate; e doce de ovos.



Opinião // Rui Sousa

Aspetos a considerar na revisão do programa formativo do Internato Complementar de Urologia



Diretor do Serviço de Urologia do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures | Membro do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos

O Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos (CEUOM) promoveu, em 2016, um debate interno sobre o modelo de atribuição de idoneidades, culminando com uma discussão mais alargada na Assembleia-Geral do CEUOM que decorreu no âmbito do XIV Simpósio da APU, no dia 28 de outubro, em Troia. Em causa esteve a hipótese de reformular o atual modelo de formação, que poderá potenciar desigualdades entre os internos, ao pressupor a existência de Serviços de Urologia com idoneidades formativas de dois tipos: total, em que o interno pode fazer toda a

sua formação num serviço; e parcial, em que o interno apenas cumpre parte da sua formação num serviço, devendo completar o internato noutra serviço com idoneidade total.

O programa de formação em Urologia está regulamentado e foi aprovado pela Portaria n.º 320/92, de 21 de outubro. Posteriormente, foi atualizado em 2012 e publicado na Portaria n.º 222/2012, de 23 de junho. O Regulamento do Internato Médico estabelece a obrigatoriedade de revisão quinquenal dos programas de formação das especialidades médicas e é obrigação dos Colégios da Ordem dos Médicos ponderar e propor a revisão quinquenal para ser implementada a partir de 2018.

Neste contexto, durante o ano de 2017, o CEUOM vai rever o programa atual da formação em Urologia, considerando as novas realidades e tendo elegido como áreas de reflexão mais importantes as seguintes:

- **Produção científica:** à luz dos novos critérios de atribuição de internos somente aos hospitais centrais, este aspeto carece de melhor enquadramento, tendo em conta o peso que detém na grelha de avaliação do exame final;
- **Estágios obrigatórios:** segundo a Portaria em vigor, são obrigatórios um estágio de 12 meses em Cirurgia Geral, que nos parece estruturante e a manter; e um estágio de dois meses em Cirurgia Pediátrica, que merecerá reflexão sobre a sua utilidade/duração;
- **Estágios opcionais:** atualmente, existe a obrigatoriedade da frequência de dois estágios opcionais de dois meses cada, nas áreas de Cirurgia Pediátrica, Nefrologia, Anatomia Patológica, Imagiologia, Ginecologia, Cirurgia Vasculosa e Cirurgia Plástica. Por um lado, consideramos que esta matéria carece de reflexão, tendo em conta a experiência acumulada acerca do benefício e da diferenciação que acrescentam (nem sempre!). Por outro lado, pretendemos discutir a eventual frequência de estágios de Oncologia médica, de radioterapia, etc., em centros de referência, sobretudo pelo peso

crescente que a patologia oncológica tem adquirido;

- **Estágios no estrangeiro:** uma vez que um crescente número de internos realiza estágios opcionais no estrangeiro, com enquadramentos e durações diferentes, habitualmente contabilizados na formação específica urológica de 54 meses, entendemos que deverá existir uma uniformização ou uma regulamentação adequada, sob pena de estes estágios não serem validados;
- **Cirurgia minimamente invasiva:** dada a crescente importância deste tipo de cirurgia nas suas múltiplas vertentes (intra-renal, percutânea, laparoscópica e robótica), é urgente rever os objetivos e a aquisição de competências nesta área;
- **Interligação com outras especialidades:** existem territórios de charneira com outras especialidades em termos de tratamento cirúrgico, como é o caso das técnicas de ablação percutânea, da embolização, entre outros procedimentos, que merecerão reflexão;
- **Caderno do interno:** redefinição do modelo e do formato de registo, de modo a torná-lo estruturante e obrigatório;
- **Curriculum Vitae:** definição de um modelo de estrutura, com um tronco comum, de forma a eliminar informação redundante e desnecessária, tornando-o mais objetivo, sucinto e equilibrado;
- **Modelo de avaliação final do internato, nas suas três atuais provas:** sendo um tema recorrente e difícil, porque se prende com orientações superiores, estruturantes e transversais à formação médica nacional e internacional, somos da opinião que a prova prática merecerá seguramente uma reflexão profunda.

O CEUOM espera e deseja o contributo de toda a comunidade urológica, porque, seguramente, encontraremos soluções e oportunidades para melhoria da excelência da Urologia atual, que muito nos orgulha, mas também nos responsabiliza. ■

Dias produtivos no VI Módulo da Academia de Urologia



Entre 18 e 20 do passado mês de novembro, o Hotel Villa Batalha acolheu o VI Módulo da Academia de Urologia, que contou com a presença de 23 formandos, todos internos, e 11 preletores. Em discussão estiverem assuntos relacionados com a oncologia prostática e as novas tecnologias em Urologia.

Marisa Teixeira

No âmbito da oncologia prostática, Luís Osório, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA), abordou dois temas: «Carcinoma da próstata: podemos vê-lo? (imagem no diagnóstico e estadiamento)» e «Recidiva do tratamento local». Quanto ao primeiro tema, o especialista referiu que, «em termos de diagnóstico, a grande evolução tem ocorrido ao nível da imagem, nomeadamente na ressonância multiparamétrica, que irá, com certeza, evoluir ainda mais e transformar a forma como se investiga o cancro da próstata, num futuro próximo».

Quanto à recidiva do tratamento local, Luís Osório disse que, «cada vez mais, são operados doentes mais novos, portanto, pelo tempo de seguimento da doença ser mais longo, a probabilidade de progressão é superior». Duas das técnicas terapêuticas mais consensuais são a radioterapia e a prostatectomia radical de salvação. Contudo, «existirá um investimento crescente em técnicas menos invasivas, como a braquiterapia ou a crioterapia, para tratamento da recidiva».

Por sua vez, Ramon Vizcaino, anatomopatologista no CHP/HSA, que falou sobre a intervenção da sua especialidade, assegurou que a principal mensagem a transmitir aos internos de Urologia é que «nada substitui o bom senso, portanto, não se deve seguir “cegamente” as *guidelines* publicadas, mas sim utilizá-las como uma ferramenta». Além disso, na sua opinião, os médicos das especialidades médico-cirúrgicas, como é o caso da Urologia, deveriam passar obrigatoriamente por um Serviço de Anatomia Patológica nos seus internatos, para ficarem a conhecer esta realidade e eliminarem o estereótipo de que o que diz o patologista é uma certeza absoluta.

«O patologista tem uma opinião baseada na informação que obtém através do microscópio, pelo que não é detentor da certeza absoluta. Efetivamente, quando esta informação é correta e há uma correlação entre a clínica e os dados analíticos, os resultados são 100% válidos. No entanto, nem sempre as condições são as melhores, daí a necessidade de os médicos de ou-

tras especialidades saberem sobre estas matérias e a importância de, em algumas situações, proporem sempre a revisão do caso por grupos multidisciplinares», defendeu Ramon Vizcaino.

Braquiterapia, radioterapia e cirurgia

A análise da radioterapia e da braquiterapia esteve a cargo de António Romão, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, que falou sobre as indicações terapêuticas de cada uma destas técnicas, os seus benefícios e eventuais complicações, e como deve o urologista avaliar o doente depois de submetido a estes procedimentos. «Os doentes com tumor da próstata localizado e com critérios de baixo risco têm indicação tanto para uma como para outra terapêutica», afirmou António Romão, realçando que, «aparentemente, para os urologistas, a braquiterapia representa menos efeitos secundários do que a radioterapia». E acrescentou: «Além disso, em relação à braquiterapia de baixa dosagem, somos nós, urologistas, que a realizamos, por-

tanto, é uma técnica nossa, obviamente realizada num contexto multidisciplinar com radioterapeutas, físicos e imagiologistas.»

No que respeita ao tratamento cirúrgico do cancro da próstata, Catarina Gameiro, urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, sublinhou que a prostatectomia radical não tem indicação para todos os doentes e que deve repensar-se a sua realização em todos os centros hospitalares. «Se não se costuma tratar um número suficiente de doentes, provavelmente, os resultados não são tão bons, por isso, esta cirurgia talvez não deva ser realizada por todos os especialistas, em todos os hospitais.» Esta preletora defendeu ainda que a prostatectomia radical «é mais interessante e útil para doentes com patologia mais agressiva e com risco intermédio ou alto», sendo que, «para os doentes de baixo risco, deve optar-se por procedimentos menos invasivos».

Controvérsias à volta das novas tecnologias

Por outro lado, Catarina Gameiro também destacou que, apesar do entusiasmo dos urologistas quanto às técnicas cirúrgicas com recurso a tecnologia mais avançada, não só em Portugal como em todo o mundo, há que pensar nos prós e contras de cada uma delas. «Em Portugal, existem limitações. Por exemplo, só temos três robôs em todo o País e um deles ainda nem está a funcionar para a cirurgia urológica. No entanto, houve um entusiasmo muito grande com a cirurgia robótica, embora não haja ainda nada que nos diga que os doentes ficam melhor, a médio ou longo prazo, em termos funcionais ou oncológicos.»

Uma opinião diferente tem Kris Maes, urologista no Hospital da Luz Lisboa, que se dedica à cirurgia robótica desde 2005, exercendo-a em Portugal há seis anos. «Trata-se de uma técnica menos invasiva, com resultados iguais ou melhores em termos oncológicos, ou seja, alcançamos bons resultados de forma mais rápida e



Ramon Vizcaino abordou a importância de os urologistas terem algumas noções sobre anatomopatologia

com menos complicações», frisou este orador. As únicas problemáticas da cirurgia robótica são, a seu ver, os custos associados e a necessidade de o cirurgião ser bastante experiente neste procedimento. A propósito dos comentários opostos àquilo em que acredita, Kris Maes referiu um estudo publicado recentemente, na revista *The Lancet*, que mostra não existir grande vantagem da cirurgia robótica face à cirurgia aberta. Porém, refutou a sua validade, «porque foram comparados os resultados de especialistas experientes em cirurgia aberta aos de urologistas ainda em fase de aprendizagem da cirurgia robótica». E acrescentou: «Há inúmeras publicações, em revistas reconhecidas, de estudos cientificamente bem estruturados, efetuados em centros de elevado volume cirúrgico, que demonstram as vantagens da cirurgia robótica, quando realizada por equipas com alta experiência, como a nossa. A verdade é que só se poderão atingir resultados de excelência num centro fidedigno e com longa curva de aprendizagem.»

Kris Maes abordou também o tratamento focal, outro assunto que levanta alguma polémica, pois o seu objetivo é tratar apenas parte do ór-

gão onde se localiza o cancro e não o órgão inteiro, sendo a sua grande mais-valia a diminuição dos efeitos secundários. «A dificuldade é detetar a lesão de índice, pois é esta que vai definir o curso do tumor», sublinhou este especialista, esclarecendo que, para tal, «devem ser realizadas biópsias guiadas por ressonância magnética».

As controvérsias recaem no facto de, ao contrário, por exemplo, da prostatectomia ou da braquiterapia, o tratamento focal não abordar todo o cancro, mas somente o núcleo principal de células malignas. «Há literatura sobre o assunto, mas é necessário realizar estudos robustos e a longo prazo», argumentou Kris Maes. Aliás, a American Urological Association e a European Association of Urology consideram, nas suas *guidelines*, que os tratamentos focais para o carcinoma da próstata devem ser apresentados aos doentes como investigacionais/experimentais.

O carcinoma da próstata avançado hormonoinsensível e resistente à castração, as fontes de energia em Urologia e a Medicina de precisão em uro-oncologia foram outros dos vários temas em debate no VI Módulo da Academia de Urologia. ■

TEMAS DE INTERESSE E DISCUSSÕES PARTICIPADAS

Carlos Silva, urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, e um dos organizadores do VI Módulo da Academia de Urologia, sublinha que as duas áreas em análise – oncologia prostática e novas tecnologias em Urologia – suscitaram muito interesse. «O cancro da próstata, nas suas várias fases, é muito prevalente nas nossas consultas, daí ser um assunto que, inevitavelmente, se torna um foco de atenção por parte dos internos», comenta. E ressalva: «Uma das mensagens que espero que os formandos tenham retido é o papel ativo e proativo que o urologista tem de desempenhar perante o seu doente, que, na minha opinião, deve ser seguido do início ao fim nesta especialidade, obviamente num contexto multidisciplinar.»

Também a segunda parte deste Módulo, dedicada às novas tecnologias, suscitou grande entusiasmo, não fosse a Urologia «uma especialidade de ponta, na qual há sempre novidades tecnológicas», frisa Carlos Silva. Da mesma opinião é Miguel Ramos, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António e também organizador do VI Módulo da Academia de Urologia, que faz «um balanço positivo desta ação formativa, que proporcionou dias produtivos de trabalho, com sessões bastante participadas». Aliás, uma das mais-valias da Academia de Urologia é «a habitual informalidade, que permite uma maior proximidade entre formadores e formandos». «Esta iniciativa vai muito além de palestras e comunicações; trata-se de um fórum de discussão, no qual os internos se sentem à-vontade para esclarecer todas as suas dúvidas», conclui Miguel Ramos.

«Queremos participar ativamente na discussão do Internato»

Eleita no último Simpósio da APU, no dia 28 de outubro, a nova equipa diretiva do Núcleo de Internos da Associação Portuguesa de Urologia (NIAPU), presidida por Agostinho Cordeiro, interno no Hospital de Braga, pretende ter uma voz mais ativa na formação dos jovens especialistas. Nesse sentido, está a desenvolver estratégias de parceria com o Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos (CEUOM) e com outras organizações europeias de internos.

Sandra Diogo



Agostinho Cordeiro, Mário Lourenço, Maria José Freire, João Almeida e Daniel Reis

Quais são os grandes objetivos da nova direção do NIAPU?

Queremos apostar na aproximação científica e social dos internos de Urologia, criando, nos congressos e simpósios da APU, alguns espaços de formação apenas para internos; cimentar a posição do NIAPU na comunidade nacional e internacional; divulgar e facilitar o acesso a oportunidades formativas; equilibrar a formação curricular entre os internos (nomeadamente no que concerne a técnicas cirúrgicas urológicas

diferenciadas e ao contacto com o Serviço de Urgência); e colaborar com o CEUOM e a APU numa possível alteração da organização do Internato de Urologia.

De que forma pretendem facilitar o acesso às oportunidades formativas?

A tarefa central será filtrar e selecionar a informação mais relevante a nível nacional e internacional, fornecendo-a, de forma simples e atempada, a todos os internos de Urologia. Queremos que seja mais fácil um interno ausentar-se do seu serviço para ter acesso a formação científica ou cirúrgica inexistente no seu hospital, seja em Portugal ou na Europa. A título concreto, está em cima da mesa a hipótese de realizar uma reunião ibérica de internos, em que um dos objetivos será facilitar o acesso a informação sobre os estágios que valem a pena (até porque fazemos muitos em Espanha). Os *social media* também proporcionam oportunidades de troca de informação mais rápida com os colegas europeus sobre este assunto.

O que gostariam de ver melhorado no âmbito da formação?

Estamos a estudar a possibilidade de propor uma reformulação do Internato porque, embora este esteja bem organizado, existem algumas lacunas

e/ou desigualdades formativas, nomeadamente cirúrgicas, inerentes à organização do Internato e à distribuição dos internos em formação pelas diferentes unidades de saúde. Queremos colaborar com o CEUOM e a APU, participando na discussão do Internato, propondo ideias e projetos novos, que possam equilibrar e melhorar ainda mais a formação, possibilitando também mais e melhores oportunidades de investigação no Internato. Uma das ideias em estudo é a realização de intercâmbios entre os internos. ■

NOVA EQUIPA

Presidente: Agostinho Cordeiro (Hospital de Braga);

Secretário: Mário Lourenço (Instituto Português de Oncologia de Coimbra);

Coordenador de projetos: Daniel Reis (Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António);

Coordenador de reuniões científicas: Maria José Freire (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra);

Social media manager: João Almeida (Centro Hospitalar Lisboa Norte/ Hospital de Santa Maria).

Opinião // João Lemos de Almeida, *social media manager* do NIAPU

Exercer Medicina na época das redes sociais

Os médicos adotaram os *social media* (SoMe) como meio de *networking*, partilha de informação, discussão clínica e científica e como plataforma de educação do público. A Urologia adotou entusiasticamente o Twitter, liderando nesta rede social, quando comparada com as restantes especialidades cirúrgicas. Já se fala mesmo no *Twitter Impact Factor*.

Em Portugal, a adesão ao Twitter tem sido mais tardia. A APU ainda não aderiu a esta rede

social e a conta do NIAPU (#NIAPU) tem apenas 91 seguidores, muitos deles estrangeiros. Existe um franco potencial de crescimento a explorar, que será interessante acompanhar nos próximos anos e contará com o impulso do NIAPU.

Existem, contudo, perigos associados ao uso dos SoMe. Destacam-se a potencial falta de qualidade da informação obtida; a possibilidade de dano à imagem profissional, pessoal e das instituições; a violação das fronteiras relacionais mé-

dico/doente; e questões de possível implicação legal, podendo levar a despedimentos ou processos judiciais. Muitas instituições e empresas têm mesmo *guidelines* e códigos de conduta relativos ao uso apropriado dos SoMe. Esta complexidade crescente levou a que existam já diversos cursos e formações em SoMe, inclusivamente específicos para a Medicina. Mas a circulação de informação em tempo real posicionou os SoMe na linha da frente da comunicação..

Estágios subsidiados pela APU da Europa aos EUA

Seguem-se os relatos sobre os estágios de Pedro Valente, no Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, em França; de Nídia Rolim, no Hospital Ramón y Cajal, em Madrid; e de Paulo Jorge Dinis, no Memorial Sloan Kettering Cancer Center, nos EUA. Estas formações foram financiadas pela APU.

PEDRO VALENTE

Interno de Urologia no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa/Hospital Padre Américo



«Em abril de 2016, tive a oportunidade de realizar um estágio no Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar Universitário de Bordéus, sob a orientação do Prof. Jean-Marie Ferrière. Não posso deixar de agradecer e realçar a forma gentil e atenciosa com que fui recebido pelo meu orientador,

por toda a sua equipa e pelo acolhimento extraordinário no Serviço.

Escolhi este Centro de Urologia por fazer parte de um dos sistemas de saúde mais reputados da Europa, o francês. Tem um elevado volume de cirurgia robótica e laparoscópica, assim como de cirurgia endoscópica, no âmbito da qual destaco a cirurgia endoscópica da próstata com laser Holmium (HoLEP). Este Serviço, realiza também cerca de 150 transplantes renais por ano.

Durante o meu estágio, acompanhei todas as atividades, desde a consulta externa ao bloco operatório, passando pelas reuniões de serviço e reuniões multidisciplinares, nas quais a discussão prima pelo rigor académico, aliado à partilha da experiência clínica. A transplantação renal é uma constante neste serviço, que realiza cerca de 150 transplantes renais por ano.

No bloco operatório, assisti e participei em diversas intervenções cirúrgicas, das quais

destaco a prostatectomia radical robótica, a nefrectomia parcial robótica, a nefrectomia radical por laparoscopia e por retroperitoneoscopia, a colheita de rim de dador vivo para transplante por laparoscopia, a cistectomia laparoscópica, a sacropromontofixação laparoscópica, o HoLEP, o tratamento focal do carcinoma da próstata e a neuromodulação sagrada. Participei ainda em diversas cirurgias clássicas *major*, como a transplantação renal e a cistectomia radical.

Superando todas as expectativas, considero que este estágio foi fundamental para o meu enriquecimento profissional e de extrema importância para alargar a minha experiência no âmbito internacional. Deste modo, agradeço ao meu Serviço, pela oportunidade de realizar este estágio, e à Associação Portuguesa de Urologia, pelo apoio financeiro que tornou possível a sua concretização.»

NÍDIA ROLIM

Interna de Urologia no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz

«Nos meses de maio e junho deste ano realizei um estágio no Serviço de Urologia do Hospital Ramón y Cajal, liderado pelo Dr. Javier Burgos. Além de ser um centro de referência nacional na área da transplantação renal, este Serviço destaca-se na área da Urologia funcional, nomeadamente na cirurgia para a incontinência urinária feminina e o prolapso de órgão pélvico. Fui recebida com simpatia e integrada nas várias atividades, tendo como orientador o Dr. Jiménez Cidre e contando também com o apoio de outros especialistas da unidade.

Durante o estágio, o tempo foi dividido entre o bloco de exames, o bloco operatório e a consulta externa com o meu tutor. Realizei estudos de urodinâmica e vídeo-urodinâmica, efetuei tratamentos com toxina botulínica intravesical com protocolo de anestesia local, além de cistoscopias e estudos contrastados de derivações urinárias. No bloco operatório, ajudei em várias cirurgias, como a sacrocolpopexia laparoscópica, os *slings* suburetrais para a incontinência urinária masculina e feminina, a remoção de próteses vaginais e a correção de fístulas vesicovaginais.



Nídia Rolim com o seu orientador de estágio, Jiménez Cidre (à esq.), e Javier Burgos Revilla, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Ramón y Cajal

Além disso, pude participar ainda em cistectomias radicais abertas e laparoscópicas com conduto ileal/neobexiga, bem como noutras cirurgias fora do âmbito do meu estágio, como a criocirurgia prostática, a nefrectomia parcial e o reimplante uretérico-laparoscópico. Como cirurgiã ajudante, tive ainda oportunidade de tomar parte ainda em cirurgias realizadas no âmbito do XIV Congresso da Sociedade Espanhola de Cirurgia Robótica e Laparoscópica, em Cáceres.

O objetivo principal que delinee e alcancei neste estágio foi o tratamento cirúrgico da incontinência urinária (masculina e feminina) e do prolapso de órgão pélvico. Considero esta experiência uma mais-valia profissional e pessoal, pois, além de ter contactado com técnicas que não estão disponíveis no meu Serviço, pude partilhar o dia a dia de um serviço de referência, observar outra estrutura organizacional e enriquecer-me humana e culturalmente. Agradeço à APU pelo apoio financeiro concedido.»

«Este ano, durante o mês de junho, realizei um estágio no Serviço de Urologia do Memorial Sloan Kettering Cancer Center, em Nova Iorque, sob a orientação do Dr. Karim Touijer. Este estágio teve como objetivos complementar a minha formação em uro-oncologia e cirurgia minimamente invasiva, nomeadamente a cirurgia laparoscópica assistida por robô; contactar com investigação translacional na área do cancro; e experienciar uma realidade diferente em termos de prestação de cuidados de saúde, num centro de referência mundial.

Acompanhei a atividade clínica e académica do meu orientador e da sua equipa, tendo participado em consultas, cirurgias, reuniões de decisão terapêutica multidisciplinares e atividades de investigação translacional. O Dr. Karim Touijer é um dos cirurgiões com maior volume de cirurgias laparoscópicas nos Estados Unidos, dedicando-se, essencialmente, aos carcinomas da próstata e do rim.

Dentro da cirurgia robótica, destaca-se a prostatectomia radical, a nefrectomia parcial e

a suprarrenalectomia. Embora do ponto de vista cirúrgico este estágio tenha sido de carácter observacional, sob a orientação do Dr. Karim Touijer adquiri uma vertente prática, com treino cirúrgico em laboratório equipado com *endotrainers* e um robô Da Vinci Xi®. Realizei também múltiplos exercícios de cirurgia robótica em consola.

Acompanhar a consulta semanal do Dr. Karim Touijer foi um dos aspetos mais importantes do estágio. Ali são debatidos com o doente todos os aspetos relacionados com a sua patologia, com especial enfoque na estratégia terapêutica, nas taxas de sucesso e nas potenciais complicações, com um enquadramento científico adequado.

A avaliação que faço deste estágio, para o qual foi muito importante o apoio financeiro da Associação Portuguesa de Urologia, é bastante positiva. Fui extremamente bem recebido e integrado, também pela facilidade de trato do Dr. Karim Touijer. Além de uma experiência profissional enriquecedora, foi, sem dúvida, uma fantástica experiência pessoal.»



IGOR JOSÉ VAZ



«Durante alguns anos, fui o único urologista moçambicano a trabalhar no país»

Igor José Vaz dirige o Serviço de Urologia do Hospital Central de Maputo desde 1997. Tempo mais do que suficiente para se saber «imprescindível» num país onde chegou a ser o único urologista moçambicano, contando apenas com a colaboração de colegas estrangeiros. Nesta entrevista, o especialista em Urologia e Cirurgia Geral partilha o essencial da sua missão em Moçambique, mas também em outros países africanos, onde, dada a escassez de recursos humanos, farmacológicos e técnicos, os médicos são «verdadeiros heróis».

Rui Alexandre Coelho e Sandra Diogo

Quando e como surgiu a Urologia na sua vida?

O meu sonho era a Cirurgia Geral. Acabei a licenciatura em Medicina no ano de 1980 e, em 1982, fui incorporado no Serviço Militar. Trabalhei como médico militar durante seis anos, até vir para Maputo fazer a especialidade de Cirurgia Geral. Em 1991, acabei a formação e fui colocado como cirurgião geral no Hospital Central de Maputo [HCM]. Depois, frequentei um curso ministrado pelo Prof. Serra de Matos (ex-diretor dos Serviços de Urologia do HCM e do Hospital de Faro) e ele convidou-me a fazer também a especialidade de Urologia, para que me dedicasse a uma área, à data, desamparada. Fui aliciado a montar um Serviço de Urologia no HCM, alegadamente com todas as condições de trabalho e de formação, e aceitei o convite. Dediquei-me à Urologia, anos mais tarde fiz um novo exame de especialidade, mas as condições de trabalho nunca se modificaram. Por falta de vontade política, o Serviço de Urologia foi esquecido.

Como é exercer esta especialidade em Moçambique?

Exercer Urologia é como exercer qualquer especialidade médica ou mesmo profissão em Moçambique. Faltam os recursos humanos e financeiros necessários à criação de condições mínimas de trabalho. Durante alguns anos, fui o único urologista moçambicano a trabalhar no país. Os poucos especialistas estrangeiros asseguravam, como podiam, a assistência médica nesta área da Medicina. Posteriormente, com a minha colaboração, formaram-se mais especialistas; contudo, continuamos aquém das necessidades. Atualmente, somos apenas cinco urologistas em Moçambique.

Alguma vez pensou deixar Moçambique e mudar-se, por exemplo, para Portugal?

Trabalhei em situações duras, de guerra e de fome. Obriguei a minha família a passar por situações hoje impensáveis, por amor a uma causa: a independência de um país. Fui várias vezes aliciado por colegas, amigos e familiares a mudar-me, nomeadamente para Portugal, país com o qual mantenho relações próximas de família, amizade e colaboração profissional. Mas nunca desisti dos ideais que me nortearam no início da carreira e da dedicação a uma causa pública maior. Num país onde somos tão poucos e as necessidades são tantas, acabamos por nos sentir imprescindíveis e ficamos agarrados à responsabilidade de ajudar a assegurar o destino das pessoas...

O que o motiva na atividade médica diária?

Sempre me movi pela paixão pelo ato de curar e pelo alívio da dor do doente. Trabalhar em situações precárias e mesmo assim conseguir salvar vidas transforma-nos em pequenos heróis para os nossos doentes. Este processo de trabalhar no «fio da navalha» vai-nos marcando e acabamos enfeitados. O custo disso é esquecermos, por vezes, a família. Os problemas do doente acabam por ser maiores. Por outro lado, a docência permite-me não só ensinar como manter-me atualizado. Depois, é preciso também pensar em questões práticas, como suportar as despesas correntes e manter os filhos numa boa escola.

«Trabalhei em situações duras, de guerra e de fome. Obriguei a minha família a passar por situações hoje impensáveis, por amor a uma causa: a independência de um país»

Dada a escassez de médicos, particularmente urologistas, em África, presta algum apoio a outros países?

Vou a Angola, Guiné-Bissau, Congo, Nigéria, Senegal, entre outros países, para ministrar *workshops* e cursos de cirurgia reconstrutiva de fístulas obstétricas, nos quais ensino as técnicas de reconstrução vaginal que só se fazem em Moçambique.

Que dificuldades encontra na generalidade dos países africanos ao nível da Saúde?

Os desafios são idênticos aos nossos, em Moçambique. Os recursos para a saúde são exíguos. Os hospitais públicos padecem dos mesmos problemas: falta de recursos humanos e materiais, salários miseráveis, etc. A motivação não existe, mas não nos devemos esquecer de que, apesar de tudo, grande parte do pessoal médico e paramédico continua a salvar vidas, a troco de quase nada. São verdadeiros heróis.

Faz algum trabalho de investigação?

Entre o trabalho hospitalar, o ensino na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, em Maputo, e o trabalho na Clínica Cruz Azul e no Hospital Privado de Maputo, pouco tempo resta para a família e muito menos

para a investigação. Contudo, dentro da prática clínica, estamos a desenvolver e a testar técnicas de continência urinária em doentes com destruição da uretra e da bexiga, sem o recurso ao esfíncter artificial. Esta é uma área para a qual ainda não se encontrou solução. Com o aparecimento das células estaminais e da cultura de tecidos, acende-se uma luz ao fundo do túnel para a criação do esfíncter urinário.

Na área da obstrução vaginal por fístula obstétrica, adaptamos com sucesso muitas técnicas já descritas para as malformações congénitas uroginecológicas. Hoje, podemos dizer que o Serviço de Urologia do HCM está na vanguarda da cirurgia reconstrutiva pélvica para a fístula obstétrica. Somos convidados muitas vezes, em Moçambique e a nível internacional, para efetuar cirurgias de reconstrução da uretra, da bexiga, do reto, do esfíncter anal e da vagina, num só tempo operatório.

Está também envolvido na Associação Lusófona de Urologia (ALU). Na sua opinião, qual a importância deste organismo?

A ALU é uma organização que tem por finalidade juntar urologistas da mesma língua, de forma a promover a troca de experiências e conhecimentos. O grande impulsionador deste projeto foi o Dr. Manuel Mendes Silva e alguns colegas brasileiros. Portugal e Brasil têm um papel fundamental na ALU, uma vez que são os únicos países com capacidade técnica e financeira para impulsionar esta organização através de programas de ensino e formação.

Que desafios gostaria ainda de vencer?

Tenho muitos desafios pela frente. Depois do lançamento da Associação Focus Fístula, a 19 de dezembro, da qual sou diretor, que visa levar a cabo um programa de advocacia, prevenção, tratamento e reintegração social da mulher com fístula obstétrica, o meu maior desafio seria o de criar um Centro de Cirurgia Reconstrutiva Pélvica capaz de providenciar o tratamento destas patologias e a formação de novos cirurgiões. Sou membro de outras organizações [ver caixa], cujos objetivos principais são a formação e a promoção dos cirurgiões em África. A formação em Urologia neste continente é também um dos meus desafios, bem como atingir rácios aceitáveis no binómio urologistas/doentes.

Quais os momentos mais marcantes da sua carreira?

Em 1982, Moçambique vivia os piores momentos da Guerra Civil. Todos os médicos dessa

altura foram obrigados a trabalhar em zonas de conflito isoladas. Os feridos chegavam a toda a hora; a fome afligia a todos. Por falta de médicos, trabalhávamos sete dias por semana e quase 24 horas por dia, na maior parte do ano. Não havia horas de sono e de relaxamento suficientes. Este período marcou muito a minha vida, para o melhor e para o pior.

Ao nível do treino em Cirurgia Geral e Urologia, vários cirurgiões marcaram a minha formação, entre eles Fernando Vaz, Vilhena D'Aires e Johannes Naude. Atualmente, o reconhecimento internacional do meu esforço e a possibilidade de poder continuar a ser útil são alentos gratificantes. Estou agora com um novo projeto em mãos, que é o lançamento da Associação Focus Fístula, dedicada à saúde uroginecológica da mulher. Este projeto é um sonho que acalento há muito e ao qual pretendo dedicar-me daqui para a frente. Talvez este seja o culminar da minha carreira... ■

ESPÍRITO ASSOCIATIVO

Talvez para o ajudar a vencer as dificuldades que enfrenta diariamente, Igor José Vaz pertence a várias sociedades e associações médicas, nomeadamente das áreas da Urologia e da Ginecologia. Confira:

- **ALU (Associação Lusófona de Urologia);**
- **AMOG (Associação Moçambicana de Obstetrícia e Ginecologia);**
- **APU (Associação Portuguesa de Urologia);**
- **CAU (Confederação Americana de Urologia);**
- **COSECSA (College of Surgeons of East, Central and Southern Africa);**
- **EAU (European Association of Urology);**
- **ISOFS (International Society of Obstetric Fistula Surgeon) – representante da Zona Sul;**
- **IUGA (International Urogynecological Association);**
- **PAUSA (Pan African Urological Surgeon Association) – representante da Zona Sul;**
- **OMB (Ordem dos Médicos de Moçambique);**
- **OMP (Ordem dos Médicos de Portugal);**
- **SIU (Société Internationale d'Urologie).**



Um urologista enredado nas malhas da literatura

Médico convicto, Carlos Guimarães nunca questionou a sua vocação para a área das ciências, mas nem por isso esconde que a atração pelas letras é uma paixão que já vem de tenra idade, quando, apenas com 12 anos, ganhou o primeiro prémio de literatura. Agora, com dois livros publicados e o terceiro em processo de criação, o urologista no Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães explica o que o fascina no mundo dos enredos ficcionais: «Escrever faz-me sentir melhor.»

Sandra Diogo

É no rescaldo do lançamento do seu segundo livro, *As Borboletas Voam Sozinhas*, que Carlos Guimarães nos recebe para uma conversa cuja personagem principal é uma paixão antiga, agora recuperada: a literatura. O cenário – uma casa de madeira no terreno da sua moradia, com vista para Guimarães e rodeado por objetos «de valor simbólico muito pessoal» – não poderia parecer mais saído de um romance, pelo que o enredo não demora a desenrolar-se. «Este é o meu refúgio e um dos meus locais preferidos para escrever», confessa.

Preferido, mas nem por isso único, porque, desde que há cerca de dois anos recuperou esta paixão adormecida, o bichinho da escrita tornou-se tão ativo que todos os momentos e locais servem para anotar inspirações repentinas. «Quando um doente falta a uma consulta, muitas vezes, aproveito esses minutos para arranjar um pedaço de papel e desenvolver um novo elemento do livro», explica o urologista, enquanto nos mostra uma folha dobrada em

quatro, na qual rabiscou as ideias que lhe surgiram nessa manhã, durante o trabalho.

Assumindo possuir uma linguagem fluída e sem complexos, Carlos Guimarães revela que todo o processo de escrita se desenrola ao sabor do momento, num processo muito cru entre a inspiração e a execução. «A maior parte dos meus livros é escrita à mão porque é uma forma muito mais natural de dar corpo a uma ideia. Ao escrever num teclado, não só demora mais tempo, como faz com que seja mais fácil perdermos a linha de pensamento.»

Da vida para as páginas dos livros

Nascido em Guimarães há 52 anos, este médico foi buscar à terra que o viu nascer a inspiração para o seu primeiro livro, *O Trémula da Carriça*, publicado em novembro de 2015. «Trata-se de uma viagem à Idade Média desta região, aqui vivida nos recentes anos de 1970. No fundo, foi gravar em palavras um fragmento da história de um povo ligado ao campo e a uma indústria têx-

til muito precária, com personagens que marcaram todos os que lá estavam», conta. Este livro contém algumas memórias pessoais, como a história que marca a sua estreia no mundo literário, com o conto *Eu Vi Tudo*, que lhe valeu um prémio aos 12 anos.

«O meu primo escreveu um conto para um concurso literário que o jornal *O Comércio do Porto* estava a promover e desafiou-me a fazer o mesmo. O prazo de entrega estava muito próximo, por isso, tive de o redigir de imediato», recorda Carlos Guimarães. A ousadia valeu-lhe o primeiro prémio, uma nota de 500 escudos, que gastou num gelado e na aquisição de mais livros. «Ainda hoje folheio e cheiro o papel amarelo e velho dos livros que comprei naquele dia mágico», lembra o urologista, com evidente saudosismo.

Literatura e sentido crítico

Até entrar no curso de Medicina, em 1983, a escrita continuou a ser uma presença cons-

tante na vida de Carlos Guimarães, fosse sob a forma de artigos de opinião e de crítica ou de textos abstratos para jornais e revistas da zona. Depois, confessa que deixou de ter tempo, mas hoje defende que, com organização, é possível conciliar a profissão com o *hobby* e até ir buscar-lhe inspiração. Exemplo disso é a sua última obra, que fala sobre um homem com uma retenção urinária por patologia prostática e vários problemas na vida, que acaba por cair na solidão.

«É uma história que as pessoas leem e acreditam, porque a verdade é que esta via-sacra passa-se em qualquer sítio, com maior ou menor dose de estupidez. É um livro de ficção que gravita à volta dos meandros da minha experiência clínica e de vida. Este personagem, o Albano (em homenagem aos muitos Albanos que existem em Fafe), acaba por ter de decidir por si próprio o seu futuro, sem esperar pelo apoio do Estado e isso é um aspeto que acho importante destacar», salienta o médico, confidenciando que lhe dá particular prazer ver os leitores retirar ilações dos seus textos sobre aspetos em que não tinha pensado inicialmente.

A crítica social é, aliás, um denominador comum em toda a sua escrita, que também estará visível no terceiro livro que está a escrever. «Incidirá sobre o percurso de uma mulher jovem na sociedade atual e terá como objetivo desmistificar a suposta fragilidade feminina», adianta Carlos Guimarães, sem querer divulgar mais

pormenores. Questionado sobre os autores que o possam ter influenciado, tem dificuldade em dar exemplos, mas não hesita em nomear aqueles que mais prazer lhe dão a ler: Milan Kundera, John Steinbeck, Guy de Maupassant, Fernando Namora e Miguel Torga, só para referir alguns.

«Gosto do tipo de literatura que mostra a fotografia do estado de espírito, mas também do que nos envolve», concretiza o urologista, revelando que é isso mesmo que quer transmitir nos seus trabalhos. E a estratégia parece estar a resultar, uma vez que já conseguiu reunir um grupo de leitores assíduos. «De vez em quando, liberto alguns textos na minha página do Facebook, mas, depois, as pessoas queixam-se de que lhes estou a aguçar a curiosidade e de que não aguentam esperar até ao lançamento das obras.»

Terminados os livros, a filha de 18 anos é a primeira a lê-los. «Não só porque tem um forte sentido crítico, mas também porque, como é muito boa a Português, ajuda-me a corrigir alguns pormenores», esclarece Carlos Guimarães, admitindo que aceita todas as indicações que ela lhe dá. Para poder ter a liberdade de gerir a obra como quiser, o urologista assume os custos das suas primeiras edições, reservando para as editoras a responsabilidade da distribuição das seguintes. «Escrevo por prazer e porque, nos momentos em que estou mais introspetivo ou melancólico, isso faz-me sentir melhor», confessa.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Último livro lido:

Um Espião no Vaticano, de Luther Blisset;

Género que o seduz atualmente: biografia;

Última biografia lida:

Steve Jobs, de Walter Isaacson;

Últimos livros que o marcaram:

Nos Mares do Fim do Mundo, de Bernardo Santareno, e *Sapiens: Uma Breve História da Humanidade*, de Yuval Noah Harari;

Livros que recomenda:

A Valsa do Adeus, de Milan Kundera, *As Vinhas da Ira e Ratos e Homens*, de John Steinbeck, e *Bel-Ami*, de Guy de Maupassant.

DESTAQUES CURRICULARES

- **1989:** Conclusão da licenciatura em Medicina pela Universidade do Porto;
- **1990 a 1998:** Professor de Anatomia e Fisiologia na Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho;
- **1991:** Internato Geral no Hospital de São Marcos, em Braga;
- **1997:** Internato Complementar de Urologia no Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães (HSOG), no Centro Hospitalar de São João, no IPO Porto e no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria;
- **2001 e 2002:** Diretor do Internato Médico do HSOG;
- **2003 a 2009:** Responsável pela Consulta de Urologia Oncológica do HSOG;
- **2005 a 2009:** Diretor de Serviço de Urologia do HSOG;
- **2005 a 2009:** Supervisor clínico de Urologia na residência de Cirurgia, para alunos do 5.º ano do curso de Medicina da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho (ECSUM);



- **2005 a 2016:** Tutor clínico de Urologia na residência de Cirurgia, para alunos do 5.º ano do curso de Medicina ECSUM;
- **De 2009 a 2012:** Docente da disciplina de Urgências/Emergências Urológicas na Pós-graduação de Emergência e Trauma da Cooperativa de Ensino Superior, Politécnico e Universitário;
- **2010 a 2011:** Diretor clínico do Centro Hospitalar do Alto Ave.

Ser vimaranense

A forte ligação à sua terra, numa postura de vida que apelida de «ser vimaranense», foi também o motivo pelo qual, ainda em criança, decidiu ser médico. «Via o sofrimento dos meus pais para conseguirem arranjar um médico quando eu estava doente, por isso, decidi seguir Medicina e cobrir essa lacuna, dando assim algum alívio à minha mãe», conta. A Urologia surgiu muito mais tarde e quase por acaso. «Gostava da área médica, mas não queria seguir Medicina Interna; gostava da área cirúrgica, mas achava a Cirurgia Geral muito redundante. Comecei então a pensar onde é que poderia encontrar as vertentes médica, cirúrgica e técnica, e constatei que só há uma especialidade com isso tudo: a Urologia.»

Talvez também por isso, Carlos Guimarães nunca sentiu o apelo de exercer num grande centro urbano, ainda que tenha realizado o internamento da especialidade em algumas das grandes instituições médicas do nosso País, como o Hospital de Santa Maria, em Lisboa, o Hospital de São João e o Instituto Português de Oncologia, no Porto. «Foram as experiências, boas e más, que tive nesses locais que me ajudaram a ser o médico que sou hoje. Mas, se tiver de escolher apenas uma referência, terei de falar no Prof. Nuno Grande, um dos fundadores do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e um homem que marcou o País, uma escola médica e centenas de médicos», remata. ■