

# BIAPU

Boletim Informativo  
da Associação Portuguesa  
de Urologia

Revista trimestral – Ano I – N.º 4 – Outubro/Dezembro, 2001



*Director*

M. Mendes Silva

*Editor*

Francisco Rolo

*Propriedade*

Associação Portuguesa  
de Urologia

Rua Nova do Almada,  
95, 3.º A

1200-288 LISBOA

Tel. 213 471 266

**CORPOS GERENTES**

**ASSEMBLEIA GERAL**

Adriano Pimenta

Luís Campos Pinheiro

Arnaldo Figueiredo

**CONSELHO DIRECTIVO**

*Presidente*

Manuel Mendes Silva

*Secretário Geral*

Francisco Rolo

*Tesoureiro*

Helder Monteiro Vogais

Paula Vale

Francisco Cruz

Mendes Leal

*Suplentes*

João Bastos

Almeida e Sousa

Arnaldo Lhamas

**CONSELHO FISCAL**

A Requiça

Virgílio Yaz

Rui Santos

**CONSELHO CONSULTIVO**

Mário Reis

Adriano Pimenta

Joshua Ruah

J Campos Pinheiro

Matos Ferreira

**COMPOSIÇÃO**

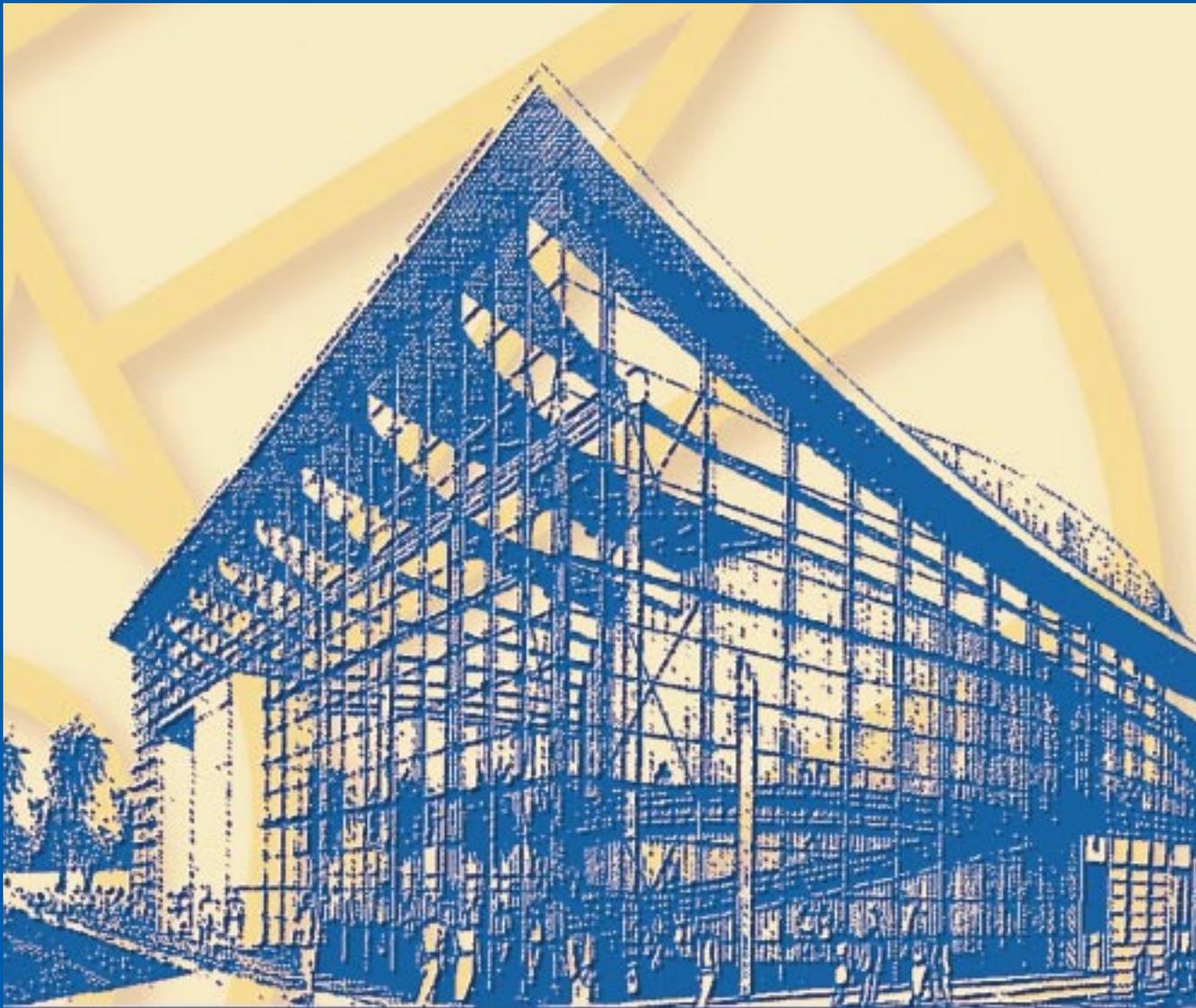
ERL - Editora de Revistas  
e Livros, Lda.

**IMPRESSÃO**

Totalgráfica, Lda.

Tel. 213 162 442

Fax 213 162 444



VII SIMPÓSIO DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE UROLOGIA  
24 A 26 DE OUTUBRO DE 2002  
CENTRO DE CONGRESSOS DO ESTORIL

**SUMÁRIO**

Editorial 3

Entrevista ao Prof. Alberto Matos Ferreira 4

O Sexagenário: Terapêutica Médica versus Terapêutica Religiosa 6

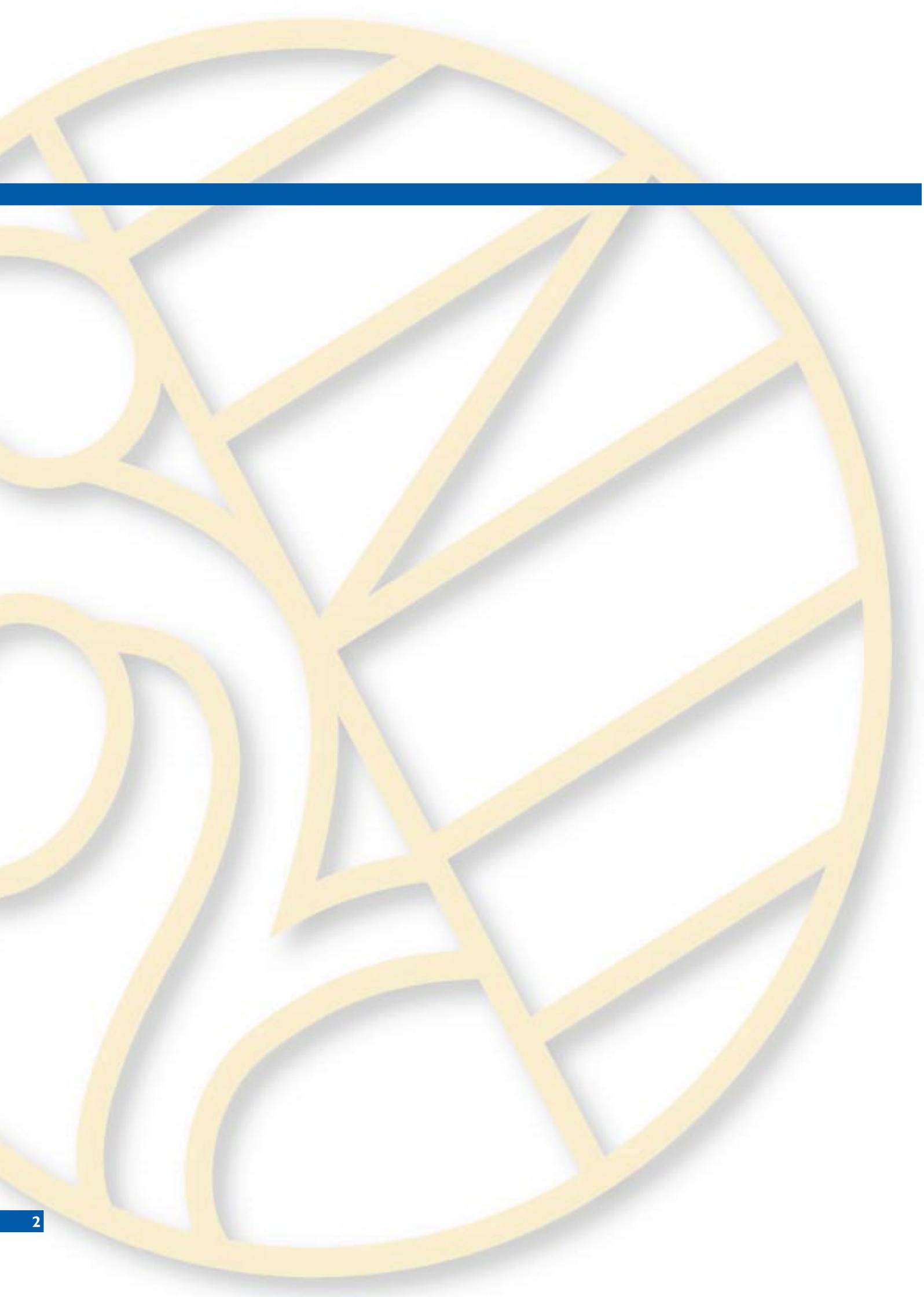
Prémios e Bolsas 9

Notícias 10

Dia do Sénior 10

I Encontro dos Jovens Urologistas 11

Calendário de Reuniões 11





## Para onde vamos?

Ultrapassa já os 2000 milhões de contos o total das despesas com cuidados de saúde em Portugal, dos quais 1200 milhões do orçamento ordinário do Ministério da Saúde, a que se acrescentam os crónicos “buracos”, de montantes sempre subavaliados, e os gastos suportados pelos cidadãos fora da rede do Serviço Nacional de Saúde.

É sabido que em todo o Mundo desenvolvido os encargos com os cuidados de saúde vem crescendo de forma imparável, bastante acima do desempenho das referidas economias, mesmo na maior economia mundial, os Estados Unidos da América, onde a manter-se a tendência actual, em 2030 25% do PIB será gasto com a Saúde. Em Portugal acontece algo semelhante, com o PIB a crescer entre os 2% e os 3% e a despesa com a Saúde a aumentar cerca de 16%.

Recentemente temos vindo a conhecer pelos jornais a intenções do Ministro da Saúde e do Secretário de Estado do Orçamento de “**fazer política social por contratação**”, nomeadamente ao pretenderem transformar os hospitais públicos em empresas públicas (Hospital X – E.P.) pelos benefícios de gestão que estas podem alcançar, tantas vezes negados por prejuízos crónicos na maioria das empresas públicas (CP, RTP, etc., etc.).

Ora, uma das razões para a vaga de privatizações durante a última década terá tido a ver com as virtualidades da gestão privada contra a gestão de empresas públicas, para além dos avultados encaixes financeiros obtidos.

Com os hospitais transformados em empresas públicas, conseguir-se-á implementar um modelo que não seja somente uma manobra contabilística para ocultar déficit das contas públicas? E se por esta via não se observar o controlo do déficit?

Privatizar-se-á então?

Para “*namorar*” os médicos os “*altos responsáveis*” do governo vão falando na adopção de mecanismos de **prémio-eficácia**, de modo a aproximar os vencimentos dos médicos do sector público aos praticados no sector privado. Saída-se esta intenção, mas convirá que os médicos se saibam fazer ouvir, quer para a definição das metas e objectivos – por exemplo, o número de consultas/ano, número de exames complementares/ano, quer para debater as respectivas remunerações, sem quaisquer sofismas. Exige-se um papel mais interventivo às Associações Científicas e Profissionais, realçando-se desde já o papel pioneiro da Associação Portuguesa de Urologia ao promover uma comissão para o estudo dos problemas de gestão dos Serviços de Urologia.

O futuro do modelo “*Correia Campos / Rui Coimbra*” dependerá da estrutura financeira que o suporta, da qualidade e responsabilidade efectiva dos gestores, a explicitar através de grande rigor económico e financeiro, e da capacidade dos médicos melhorarem a prestação dos cuidados de saúde a que a generalidade dos cidadãos deste país têm direito, à semelhança do que se passa no resto da União Europeia.

A ver vamos!

Dr. Helder Monteiro\*

\* Director de Serviço – Serviço de Urologia do Hospital Egas Moniz  
Membro do Conselho Directivo da APU

# Entrevista ao Professor Doutor Alberto Matos Ferreira

**BIAPU - Especular sobre o futuro da Urologia é difícil e perigoso mas um exercício necessário para que possamos estar preparados para acompanhar as novas tecnologias de diagnóstico e terapêutica.**

**Com a entrada do novo milénio perspectivam-se importantes desenvolvimentos que irão incidir sobretudo nas terapêuticas menos invasivas, com menores tempos de internamento mas com custos por vezes difíceis de rentabilizar e exigindo técnicas cuja curva de aprendizagem causa algum desconforto para quem já exerce a profissão há alguns anos.**

**O Professor Matos Ferreira, que constantemente tem mostrado uma incansável vontade de dinamizar a urologia portuguesa, tem por certo ideias formadas sobre este assunto.**

**Quais as medidas que devemos promover para por exemplo desenvolver no nosso meio da cirurgia laparoscópica? Deverá existir em todos os serviços? Deverão ser criados centros de aprendizagem?**

**MF** - É conforme os casos. O exemplo que dá de cirurgia laparoscópica corresponde a uma técnica que, a curto ou médio prazo, todos os urologistas deverão realizar. De facto, é evidente que a cirurgia laparoscópica irá substituir, a pouco e pouco, a cirurgia aberta e por isso não faria sentido que só alguns urologistas a realizassem. O aperfeiçoamento das técnicas e dos instrumentos irá, seguramente, facilitar a sua realização. É óbvio que a aprendizagem, na fase de instalação da técnica, deverá ser limitada a alguns que a irão, em seguida, transmitindo, progressivamente, aos outros. No fim, todos a deverão utilizar. Nos casos de grande especialização e sofisticação como, por exemplo, a cirurgia robótica, penso que deverão ser treinados alguns técnicos por serviço ou mesmo ser praticada apenas em alguns serviços que constituirão centros de aprendizagem. No entanto, nada impede que, com o tempo, até para casos como a cirurgia robótica, a evolução dite regras semelhantes às enunciadas para a cirurgia laparoscópica.

Insistir na aprendizagem de técnicas convencionais, em desuso, é pura perda de tempo. É importante que os currículos dos Internos reflitam a filosofia contida na última afirmação e que a aprendizagem das novas técnicas seja contemplada.

**BIAPU - Grande parte da sua actividade profissional foi desenvolvida no âmbito da medicina privada com investimentos de grande vulto que culminaram na criação do Instituto de Urologia. Mas as relações entre a medicina estatal e a medicina privada padecem ainda, no entender de muitos, de alguma regulamentação.**

**Que medidas acha que deveriam ser adoptadas para que a medicina privada possa competir dentro do SNS com os hospitais públicos? Deverá existir complementaridade ou prestigiar mais o aspecto da livre concorrência assumindo-se o estado cada vez mais como pagador e não prestador de cuidados de saúde diferenciados?**

**MF** - Toda a minha vida foi feita nos dois campos, privado e público, e ainda bem que assim foi. De facto, as insuficiências gritantes dos serviços públicos em que trabalhei obrigaram-me

desde cedo a comprar material que me permitisse desenvolver novas técnicas, muitas das quais pela primeira vez entre nós. Comecei por comprar ferros cirúrgicos e endoscópios, depois aparelhagem de urodinâmica e ecografia e, com outros colegas, aparelhos de LASER, um litrotritor por ondas de choque extracorporais e, por fim, surgiu o Instituto de Urologia. Mais recentemente, contribuí para que um grupo de jovens executasse a braquiterapia próstática. Não foram investimentos, foram, melhor dito, despesas, mas isso não vem para o caso. Os vários instrumentos que fui adquirindo permitiram-me, como já disse, colmatar as insuficiências dos serviços públicos e manter-me actualizado, praticando todas as técnicas que faziam parte da urologia, em cada momento. Além disso, esse instrumental, foi a base do treino dos meus internos e assistentes ao longo de muitos anos. De facto, se há exemplo de complementaridade entre o público e privado, a minha vida profissional é um deles. Posso acrescentar que, mesmo agora, se nos limitássemos a trabalhar no sector público, em exclusividade, muito se perderia na experiência urológica porque muitas tecnologias só existem no sector privado. Portanto a complementaridade foi, e é, fundamental pelas razões que aponte.

Há realmente uma indefinição no campo da saúde em Portugal. Acho que a medicina estatal e privada devem ser complementares. Não é possível que sejam concorrentes porque a economia de mercado não funciona nestes casos dado estar viciada à partida. Quero dizer, a concorrência não seria “livre”. De facto, a medicina privada não consegue competir com a estatal em matéria de preços porque no último caso estão subsidiados e podem assim ser inferiores aos reais, praticados pelos privados. Portanto, o que me parece mais correcto é que o Estado se liberte de muitos aspectos da medicina que podem ser praticados pelas instituições privadas, por convenção com o estado ou com base em seguros que deveriam ser obrigatórios, substituindo, para quem o desejasse, a segurança social. Quero dizer, todos teríamos que ter um seguro e fazer prova disso anualmente, fosse da Segurança Social ou de uma seguradora privada. A opção era da pessoa. Os descontos da população seriam exclusivamente dirigidos às reformas. O estado tem que garantir tratamentos muito dispendiosos que não podem, de forma nenhuma deixar de existir, e que são incomportáveis para os doentes e até para as seguradoras, pelo seu elevado preço. Cito, como exemplos, a quimioterapia anti-neoplásica e o tratamento da Sida, tratamentos que devem ser pagos com verbas providas do Orçamento do Estado.

**BIAPU - A formação pós graduada é reconhecida e com resultados meritórios. O futuro também aqui parece estar a perspectivar importantes mudanças a avaliar pelo que se passa noutros países e até por alguns “avisos” do Sr. Ministro. A acreditação de eventos levanta ainda dúvidas e pelos vistos ainda estamos longe da solução deste problema. No que respeita à implementação do sistema de créditos, já a funcionar nalguns países em regime de obrigatoriedade, as dúvidas e diver-**

**gências de opinião são ainda maiores. Acha que a Ordem como entidade reguladora deveria ter um papel mais determinado? Ou devemos esperar que seja o Sr. Ministro a anunciar as “regras do jogo”?**

**MF** - Tenho, de facto, dedicado uma parte muito importante do meu tempo ao ensino pós-graduado e à educação médica contínua. Sempre gostei muito de ensinar e de partilhar a minha experiência e conhecimentos com outras pessoas. Creio que posso afirmar que transmiti aos meus sucessivos assistentes e internos uma experiência e uma forma de pensar a urologia e que, sem falsas modéstias, criei uma verdadeira escola. É bastante evidente que se pratica no meu grupo uma urologia diferente da praticada noutros serviços, sem que isso signifique que é melhor que as outras. As diferenças entre escolas vão-se esbatendo com o tempo, dado o avanço da intercomunicação e tornam-se, como aliás acontece com tudo, mais uniformes. Não é por acaso que estamos na época da globalização.

Não há dúvida nenhuma que os eventos científicos têm que ser avaliados para se garantir o seu interesse e qualidade, assim como se tem que assegurar que os investimentos feitos no campo da educação sejam bem empregues. Quero dizer com isto que se tem que garantir que as pessoas que se deslocam para assistir aos eventos científicos o façam na realidade, o que só se pode conseguir controlando a sua presença. Desta forma, não só a qualidade e utilidade dos eventos tem que ser garantida através duma acreditação e como a educação tem que ser monitorizada atribuindo créditos aos participantes. Estes passariam a ter que acumular um número mínimo de créditos, num período de, por exemplo, cinco anos, para poderem continuar a praticar. Nos Estados Unidos e em muitos países da Europa já se pratica este sistema há muitos anos e a UEMS quer aplicar um sistema deste tipo a todos os países da União Europeia.

Fui inventor dum sistema de créditos, completo, que já foi objecto de publicação em jornais médicos, primeiro na *Acta Médica* e depois duas vezes no *British Journal of Urology*, uma como artigo e outra, como suplemento, o que demonstra bem a sua aceitação. O sistema foi adoptado pelo “European Board of Urology” e encontra-se já na Internet numa versão interactiva que permite aos urologistas inscreverem-se no sistema, introduzirem os seus créditos e receberem, anualmente ou quando o requerem, um relatório com o número e tipo de créditos obtidos. Todo o sistema funciona em articulação com as Associações Nacionais e não pretende substituir-se a elas. Na realidade o primado é das Associações Nacionais e só depois delas surge o EBU como organismo harmonizador do sistema na União Europeia. Infelizmente a Ordem dos Médicos portuguesa tem rejeitado o sistema por razões difíceis de compreender e não quis aproveitar o facto de ter sido um português a criar um sistema que é aceite a nível europeu. Lastimo este facto porque a aplicação de um sistema de creditação é inevitável e, ao não ser a Ordem será o Governo a fazê-lo, com todas as desvantagens que se adivinham disso, ficando nós totalmente sob o seu controlo.

**BIAPU** - Deixei para último lugar aquilo que considero o seu trabalho mais meritório no âmbito do

**prestígio da urologia portuguesa no seio da Comunidade Europeia. Estou-me a referir ao empenho que durante mais de uma década dedicou ao “European Board of Urology”. Esse trabalho, que pessoalmente constatei ser vivamente acarinhado e aplaudido no seio da EBU, trará por certo os seus frutos num futuro próximo, à medida que este organismo se for implementando como a principal instituição capaz produzir normas reguladoras para assegurar a boa qualidade dos cuidados urológicos em toda comunidade europeia.**

**Qual o balanço que faz da sua actividade no seio da EBU?**

**MF** - É gratificante que alguém considere meritório o trabalho que desenvolvi na União Europeia para promover a urologia portuguesa. Estou na UEMS/EBU há cerca de 15 anos e sou o seu membro mais antigo, o que não se pode dizer que seja uma sensação agradável. O que foi extraordinário, inesquecível e muito gratificante, foi toda a experiência vivida durante todo esse tempo. A ideia de criar o Board, como braço activo da UEMS, surgiu durante a reunião que promovi em Lisboa, em 1986, designada URO-CEE. No dizer de John Blandy, “o espírito do Board nasceu em Lisboa”.

Fui mais tarde eleito Presidente da instituição, facto que constituiu uma honra para mim e foi prestigiante para o nosso País. A minha eleição resultou do reconhecimento pelo imenso trabalho que realizei para o Board. Sou membro dos Comités de Educação e de Exames e Presidente do Comité de Créditos (*Continuing Professional Development - Continuing Medical Education*).

Para se criarem os Comités de Educação e de Exames fiz um estágio nos Estados Unidos, integrado num pequeno grupo de membros do EBU, no qual estive na sede do American Board of Urology, estudando todos os pormenores da sua estrutura e funcionamento. Assisti à laboriosa preparação dos exames do Board e depois à sua execução. Aquilo que aprendi foi essencial para a elaboração. Foi uma experiência única, interessantíssima, que me marcou profundamente.

Os primeiros exames Europeus ocorreram em 1992 e tiveram uma extraordinária participação dos urologistas portugueses que, respondendo ao meu apelo, compareceram em grande número e de elevada qualidade. Fizeram exame professores universitários, directores de serviço e muitos urologistas seniores, o que constituiu uma manifestação extraordinária de apoio à situação original criada nesse momento.

A adesão ao exame do Board por países da União Europeia tem sido crescente, havendo mesmo alguns que o adoptaram como o seu próprio exame nacional. Entre nós, praticamente todos os jovens especialistas o têm realizado após obterem o título pela Ordem dos Médicos, como obrigam os estatutos da instituição.

Pelo que expus, percebe-se, facilmente, que o balanço deste período da minha vida e do trabalho realizado foram e ainda são, extraordinariamente positivos.



# “O Sexagenário”: Terapêutica Médica vs Terapêutica Religiosa\*

## Introdução

Esta palestra teve origem num pedido do Dr. Fernando Xavier e com o destino de ser apresentada na Primeira Reunião de Urologistas Sêniores. Um dos objectivos da reunião seria homenagear o nosso querido Professor Pinto Carvalho. Segundo o Dr. Fernando Xavier, deveria apresentar um artigo, presumivelmente científico, subordinado ao tema “O Sexagenário: Terapêutica Médica versus Religião”. Acrescentou que desejava um artigo baseado na minha experiência de Urologista Sênior. Fiquei um pouco intrigado porque não sabia muito bem o que era um Urologista Sênior, mas por analogia, achei que deve ser como no futebol, onde os Sêniores são melhores e mais bem pagos que os Júniores. Satisfeito com a denominação, e mais ainda com a possibilidade de melhor *cachet*, deitei mãos à obra.

Comecei por tentar compreender o tema e fui aos dicionários. Apreendi que sexagenário é um homem com sessenta anos. Mas sessenta anos, na minha ideia é um adulto maduro, farta cabeleira, inteligente, experiente, culto, pretendido pelas mulheres, sexualmente activo, por vezes até, seguidor da variedade tântrica. Pensando melhor, e não pessoalizando entendi, que talvez fosse melhor definir o sexagenário como um homem ainda válido, normalmente saudável, intelectualmente maduro, calvo, com óculos, experiente, que se defende, vive, convive, trabalha, come bem, bebe melhor, faz amor conforme o humor da parceira, embora, por causa da memória, se esqueça algumas vezes, e que vai ao médico anualmente ver o PSA. Um sexagenário não tem patologia própria desse grupo etário. Assim, não percebi muito bem aonde queria chegar o Fernando com aquele título. Se calhar referia-se, erradamente, ao prostático, um velho que mijia nos sapatos e que obviamente necessita de tratamento e fé nos medicamentos. Confuso, recorri à bibliografia. Li livros e revistas, mas sobre sexagenários, de facto, nada de interesse digno de registo. Já desesperado, lembrei-me de consultar a sábia Internet. Aí sim, encontrei a chave do problema e descobri, finalmente, o erro do Fernando Xavier. Não é o sexagenário que apresenta patologia própria e potencial alvo de tais tratamentos, médico versus religioso, mas os homens contidos na denominação, Aging Male, Gerontologia, Geriatria, isto é, os Velhos. Volto ao dicionário e obtenho a certeza, pois lá está definido o Velho como um homem com muita idade, presumivelmente superior a cem anos. Finalmente corrigi o título: “O Velho: Terapêutica Médica versus Religião. Ao Fernando perdoo-lhe o engano porque é um homem do Norte e, *carago, dragão* ferrenho. Anotei, então, as patologias mais frequentes dos Velhos: perturbações sexuais, alterações vasculares, neuropsicológicas, de mobilidade, demência, depressão, desnutrição, problemas sócio económicos, dor crónica, problemas oncológicos e incontinência. Pensei com os meus botões, como é arriscado chegar aquela idade tão avançada, e decidi que tudo farei para a evitar, evitando também morrer novo.

De entre as afecções escolhi as que, segundo investigadores do mais alto gabarito na matéria, nomeadamente, Alexandre Moreira, Adriano Pimenta, Nuno Monteiro Pereira, António Requiça, Mendes Silva, Rocha Mendes e tantos outros, afectam milhões de portugueses. Apreendi com eles (consenso português para avaliação e tratamento da Disfunção Eréctil) que *o impacto das perturbações sexuais na família pode ser enorme, atingindo a saúde física e psicológica do próprio, da companheira e do resto da família podendo ter repercussão profissional e social, de forma por vezes muito intensa*. Enchi-me de entusiasmo e resolvi seguir esses intrépidos investigadores têm passado grande parte da vida a endireitar tímidos, moles, tortos ou sinuosos pénis, que por esse ou outro qualquer motivo, se encontravam arredios da verdadeira via acesso - a via vaginal.

Porém, ainda leigo na matéria faltava-me a definição clara de perturbação sexual. Consultei de novo os especialistas e encontrei termos como Disfunção Eréctil, Ejaculação Seca, Anorgasmicos, etc.. Aumentou a confusão! Percebi então a minha incapacidade e ignorância. Tinham mudado o nome ao acto sexual e ao impotente para a prática da actividade sexual, também conhecida por cópula ou simplesmente por relação sexual. Não desisti e resolvi atacar de frente o problema elaborando o esquema do trabalho. Como objectivos pareceu-me vital determinar quem inventou o acto ou actividade sexual e uma avaliação das características do acto e sua evolução ulterior. De seguida pareceu-me importante repensar os factores de risco. A terminar, re-visitação crítica dos diversos tipos de tratamento.

## Material e métodos

Usei material constituído por homens e mulheres de vários grupos etários e raças, através dos tempos. Experimentalmente utilizei Aparelho Genital próprio, construído em 1934, por uma fábrica que já encerrou. Contudo, dada a excelência do material os resultados continuam fiáveis e altamente significativos. Estudos retrospectivos, não randomizado, de séries retiradas dos ficheiros de doentes consultados, e de séries publicadas na Bíblia e Velho Testamento, nomeadamente o Génesis.

## Resultados

É sabido que os instintos essenciais são idênticos nos animais e no Homem. O instinto de conservação e o desejo de viver são mais fortes do que o instinto de procriação, sendo este que conduz ao acto sexual. Porém entre a actividade sexual dos animais e do Homem existem algumas diferenças: entre os animais o macho nunca tem relações contra vontade da fêmea. Mas também existem semelhanças: a fêmea oferece-se ao macho para obter vantagens.

Sobre quem inventou, ou iniciou, a actividade sexual divergem os teólogos dos partidários da teoria evolucionista. Segundo os teólogos o primeiro acto sexual foi inventado entre



Adão e Eva. Esta hipótese tem mais de 2000 anos e aí se declara que Deus criou o Homem a partir de um pouco de barro e que lhe deu animação com o sopro da vida. Surgiu então Adão, homem dotado de inteligência, Homo sapiens, criado para viver feliz no Éden, no meio da vegetação e entre o convívio dos animais e pássaros. Tudo parecia perfeito mas Adão era diferente dos outros seres porque caminhava de pé e falava. Tudo lhe era permitido menos comer da Árvore do Conhecimento do Bem e do Mal.

Porém, Deus verificou que havia grande diferença entre o Homem e o reino animal que o rodeava. Todos os animais tinham gosto pela vida, desejo de viver e instinto de conservação demonstrável pelo instinto sexual e consequente procriação Segundo o grau de desenvolvimento e da sensibilidade do sistema nervoso e dos órgãos submetidos às hormonas, os animais apresentavam curiosas acções essenciais à vida e perpetuavam-se. Mas o Homem não, apenas pensava, isolado e triste. Começou a falar só e, mais tarde, iniciou estranhos monólogos com alguns animais, nomeadamente macacas e cabras. As suas atitudes anteriores de inocência e desprezo pela erecção do seu pénis começaram a alterar-se. Perante a turgescência, aparentemente incomoda, desse órgão o Homem tornava-se irritável e agressivo. Por fim escondia-se em grutas das quais saía, mais tarde, cabisbaixo, como que envergonhado. Os animais não, comunicavam uns com os outros, constituíam família, eram alegres, em suma, mais felizes do que o Homem.

Deus observou, então, que o Homem tinha tudo mas que estava só. E começou a pensar que talvez uma companhia, de certo modo semelhante, ajudasse a melhorar o ambiente celestial. Nessa altura pensou criar, secundariamente, um ser humano subordinado ao desígnio de acompanhar e servir o Homem e fabricou a Mulher do seguinte modo: fez cair sobre Adão um sono profundo, retirou-lhe uma costela e com ela criou a Mulher a quem chamou Eva. Mas Deus avisou Adão que se porventura tivesse alguma tentação sexual com Eva, atitude simbolizada por comer a maçã, seria duramente castigado. Como são trágicas estas personagens! Estão juntas com o propósito de se tornarem numa só carne, e ao mesmo tempo proibidas de seguir o acto criador de Deus, Supremo Chefe. Porém a tentação foi mais forte e Adão comeu a maçã. Logo após a realização do primeiro acto sexual ficaram eternamente com estigma do pecado da carne e todas as consequências do seu significado através dos tempos. Quem primeiro teve a iniciativa foi a Mulher, porque Ela foi a verdadeira instigadora e, induzido por Ela, o Homem perdeu a sua inocência e sofreu as consequências previstas por Deus: renuncia ao bem estar e apenas obterá o pão à custa do suor do seu rosto. Curiosamente Eva, futura mãe de toda a humanidade, não tem Pai pois foi resultado de uma separação.

Para os cientistas o primeiro acto sexual resulta da própria evolução da espécie desde o Homúnculo até ao Homo sapiens

Serão inconciliáveis as duas teorias? Será que a descrição bíblica terá algum significado que nos escapa e terá o Velho Testamento alguma mensagem que os teólogos não entenderam? Talvez, quando cita que o Homem podia comer Tudo O Que Havia no Jardim Excepto da Arvore da Vida e do Conhecimento do Bem e do Mal, queira indicar que o homem foi criado com o instinto natural como os animais e, como tal, só seria verdadeiramente Homem quando tivesse a possibilidade de satisfazer um dos seus mais fortes instintos com uma fêmea da sua própria espécie - a Mulher. E porque escondia o Velho Testamento a verdade? Talvez porque, devido às leis morais em vigor na altura da redacção, o Velho Testamento tentasse esconder a nudez da verdade! Então, e na impossibilidade de utilizar um método científico como Medicina Baseada na Evidência, optei por aceitar a tese da teoria evolucionista e conclui que o primeiro acto sexual foi inventado pelo Homo sapiens. Depois do início da actividade sexual muita coisa fica ainda por resolver, nomeadamente, papel relativo do homem e da mulher - a mulher é de um só homem ou pertence à comunidade. Que tipo de relações tiveram - posição habitual dos animais ou uma mais humanizada de olhos nos olhos? E quando são introduzidas variações à postura inicial - antes do próprio acto sendo este fruto de experiências sucessivas? E como surge o sexo entre seres do mesmo sexo, ao que parece frequente entre animais? Em que ponto da civilização se introduzem a bigamia, poligamia e a monogamia?

## Factores de risco

Debrucemo-nos agora sobre factores de risco. No meu estudo Álcool, diabetes, tabaco, arteriosclerose, drogas e medicamentos têm apenas uma relação estatisticamente fraca. O factor de risco mais significativo foi a falta de Amor. Secundariamente uma parceira sexual desinteressada ou desencantada. O caso clínico paradigmático é o do doente que após uma erecção produzida pela injeção de *Caverject* chega a casa a correr e, como não encontra a mulher, telefona ansioso para o médico - Doutor a minha mulher não está, que faço agora para não perder o efeito? O médico, experiente, pergunta-lhe se não tem à mão empregada disponível? Responde o doente, tenho sim, mas para essa não precisava de tratamento. A sabedoria popular corrobora o meu estudo: A boi velho chocalho novo, ou, a mulher velha cabeçada nova.

## Terapêutica

Para abordar o tema do tratamento estudei prospectivamente as fichas dos meus doentes. Surpreso, verifiquei que entre os velhos, uns referiam problemas sexuais e outros não. Porquê esta diferença de comportamento? Para investigação deste ponto crucial estabeleci uma complexa base de dados e corri um apropriado programa estatístico de última geração - SEXUS SEM NEXUS. Verifiquei que, efectivamente, só se

queixavam e procuravam terapêutica os infiéis. Os religiosos, desde católicos, protestantes, budistas e até testemunhas de Jeová ou mesmo seguidores do Reino de Deus, não se queixavam! E as diferenças eram altamente significativas para  $p < 0.0005$ . Conclui que os Velhos encontram na religião a melhor terapêutica, porque, crentes e sábios, passam bem. Fazem o que podem e como podem e divertem-se na mesma ou ainda mais e melhor. Têm os prazeres da mesa, desfrutam de vinhos caros, fumam charutos, vêm futebol, têm carros com muitos cavalos e eventualmente álbuns antigos de fotografias com mulheres do seu tempo. Sorriem, e sonham, porque sonhar é viver. Cumprem os desígnios da natureza: convivem, defendem-se, sentem-se realizados e assim são felizes. Para a natureza já não existe necessidade de procriar.

Os infiéis, os ímpios e os impuros procuram terapêutica porque, inconformados, se lembram de como do fruto proibido por Deus e tentados pela serpente demoníaca têm a veleidade de quererem continuar a pecar. Obviamente que esses não são religiosos, não crêem nas leis divinas, nem nas leis da própria evolução natural. Não cumprem os dez mandamentos, nomeadamente no que diz respeito ao pecado da gula e ao de não desejar a mulher do próximo. Não são comedidos nos desejos e arriscam-se também a um efeito colateral indesejável do tratamento: um par de cornos. E a propósito diz a sabedoria popular: quem é cornudo e consente, que o seja para sempre.

## Comentários

Para a discussão da necessidade de tratamento com o sentido de prolongar a actividade sexual seria necessário, em primeiro lugar padronizar a duração normal dessa mesma actividade. Saber em que altura da vida se inicia a actividade sexual na espécie humana e em que altura acaba? Bom, se fizermos um exercício de memória todos sabemos que alguma actividade sexual se inicia bastante cedo. Recordemos as frequentes erecções da criança ao contacto macio com as fraldas e o encanto da chupeta. Termina geralmente bem tarde, confor-

me se deduz da observação de alguns factos: Charlot teve um filho depois dos oitenta anos; na própria Bíblia há uma mãe com mais de noventa anos. Também a sabedoria popular, voz do povo voz de Deus, tem provérbios elucidativos: homem velho e mulher nova, filhos até à cova. E ainda, a função faz o órgão.

Mas será útil ou até prudente prolongar actividade sexual para além do código genético ou potencialidades de cada um? De facto a maioria dos velhos não precisam de remédios. Tal como na alimentação comem menos mas talvez melhor. Aceitam que uma festa mensal, trimestral ou mesmo anual, é suficiente para relembrar o passado e manter a chama do amor. Aliás, o Amor não é só sexo e pode mesmo dispensá-lo. Haja Amor, Engenho e Arte e nada está perdido. A este propósito escreveu Camões, sabiamente: *Milhor é exp'rimenta-lo que julga-lo, Mas julgueo quem não pode exp'rimenta-lo*. Mais sugestivo, ainda, o velho ditado popular, quem não tem cão caça com o que tiver. De qualquer modo não é lógico terminar a actividade sexual por calendário. E a este propósito lembremos o papel fundamental da companheira. Pode ser tranquila, votada a tarefas intelectuais, como pintura e leitura, ou a outras mais comezinhas como tratar dos netos. Porém, quando é necessário e ela realmente quer, ajuda e muito. E lá diz o *provão*: o que o diabo não pode consegue-o a mulher.

A terminar recolhi alguns provérbios populares, de algum modo relacionados com o tema, que ajudam a compreender como a sociedade integra e julga os Velhos. Por exemplo:

Idade e experiência valem mais que adolescência  
Mais vale estrada velha que vereda nova  
Perde-se o velho por não poder e o novo por não saber  
Quem de novo é bonitinho de velho tem um jeitinho  
Velhos são os trapos  
Amor de velho - ciúmes de novo  
O Amor no velho traz culpa e no mancebo fruta

Doutor Mário Reis\*

\* Professor da Faculdade de Medicina do Porto



## Funcionamento da Sede da APU

É com muito prazer que o Conselho Directivo informa a todos os sócios que as instalações da nova sede já estão em pleno funcionamento, nos seguintes horários: das 10:00 às 13:00 hs., de Segunda à Sexta-feiras.

Endereço: Rua Nova do Almada, 95 - 3º A - 1200-288 LISBOA

Telefone: 213 243 590 - Fax: 213 243 599

e-mail: [apurologia@mail.telepac.pt](mailto:apurologia@mail.telepac.pt)

## Prémios APU

### (Alteração de datas)

O prazo limite para entrega dos trabalhos concorrentes aos prémios APU de 2001, foi adiado para 28 de FEVEREIRO de 2002. Lembramos que os trabalhos

Investigação Básica "SANOFI-SYNTHELABO"  
Investigação Clínica "MERK, SHARP & DOHME"  
Revisão "ABBOTT"

concorrem a estágios em São Paulo, Barcelona e Valença com as verbas de 700, 500 e 300 mil escudos respectivamente. O regulamento pode ser consultado neste boletim e para além disso outros esclarecimentos devem ser pedidos na sede da APU.

Email: apurologia@mail.telepac.pt

Bolsas de Investigação patrocinadas pela APU - Para além das Bolsas de Investigação Clínica e Básica atribuídas com o apoio da Merck Sharp & Dohme e Abbott Laboratórios, o Conselho Directivo da APU deliberou atribuir mais bolsas de investigação, para que seja dada possibilidade a outros projectos que mereçam ser contemplados. O número e valor das bolsas serão anunciadas no BIAPU e terão uma duração de 2 anos.

Os candidatos deverão enviar um processo de candidatura onde conste:

- O estado da arte do problema a investigar (máximo 500 palavras)
- Objectivo esperado (máximo 100 palavras)
- Metodologia a aplicar com indicação do local onde o estudo será realizado e o equipamento disponível para tal (máximo 500 palavras)
- Orçamento discriminado em consumíveis, deslocações, equipamento e bibliografia.
- Equipa de investigadores
- "Output" previsto trabalhos científicos, mestrados, doutoramentos, etc..

Os processos aprovados receberão os subsídios do seguinte modo: 20% imediatos e os restantes 80% liberados à medida que as despesas, devidamente comprovadas e de acordo com o orçamento aprovado, venham a ser apresentadas.

O Investigador responsável compromete-se a enviar um relatório preliminar, no final do primeiro ano, e um relatório final (2º ano) onde conste a execução orçamental e a evolução dos trabalhos, bem como a prestar todas as informações que lhe forem pedidas pela APU.

Todos os trabalhos apresentados deverão conter uma referência clara ao patrocínio (Ex: Patrocinado pela APU, projecto I/2001).

## Regulamento

### Prémios da Associação Portuguesa de Urologia

- Art. 1º Com o intuito de incentivar e premiar a actividade científica dos seus Associados a APU confere, anualmente, três prémios.
- Art. 2º Os prémios são atribuídos ao melhor trabalho em cada uma das seguintes áreas: Investigação Científica Básica, Investigação Clínica e Trabalho de Revisão.
- Art. 3º O valor dos prémios é de 3.500,00 para Investigação Básica, 2.500,00 para Investigação Clínica e 1.500,00 para o Trabalho de Revisão.
- Art. 4º Os prémios destinam-se a custear um estágio de curta duração (1 a 2 meses) num Serviço de Urologia, de reconhecida reputação, no Estrangeiro. A escolha dos locais de estágios é feita pela Direcção da APU que estabelece os primeiros contactos necessários para obtenção das devidas autorizações.
- Art. 4º Os trabalhos devem ser inéditos, não podendo ser publicados até à data da sua apreciação pelo júri, nem concorrer a qualquer outro prémio.
- Art. 5º No caso do trabalho ter mais que um autor o prémio é atribuído ao autor principal, que deve ser sócio da APU em pleno uso dos seus direitos e interno do complementar de urologia ou urologista com menos de 5 anos de especialidade.
- Art. 6º Os trabalhos concorrentes deverão ser entregues no secretariado da APU, contendo 5 exemplares dactilografados a 2 espaços, em folhas numeradas, formato A4. Aceita-se o envio pelo correio, sendo no caso considerada a data do carimbo postal como data de entrega. A data-limite para aceitação dos trabalhos concorrentes é anualmente fixada pela Direcção da APU e divulgada no seu Boletim Informativo e na página da APU na Net.
- Art. 7º A Direcção da APU encarregar-se-á de verificar se as condições do regulamento foram cumpridas e de enviar os trabalhos ao júri que seleccionará o melhor trabalho em cada uma das áreas referidas no art. 2º.
- Art. 8º O júri será composto por um mínimo de 3 elementos e será designado pela Direcção da APU. O Presidente do júri será o Presidente da APU.
- Ponto 1 - As deliberações do júri são tomadas por maioria de votos, cabendo ao Presidente o voto de qualidade;
- Ponto 2 - O júri não deve exceder o prazo de 60 dias para comunicar a decisão final de atribuição dos prémios;
- Ponto 3 - O júri é portador do direito de não atribuir um ou todos os prémios caso não reconheça a qualidade científica dos trabalhos concorrentes;
- Ponto 4 - Não há recurso da deliberação do júri.
- Art. 9º A atribuição dos prémios será divulgada oficialmente no Boletim Informativo da APU e a entrega oficial deve ocorrer na primeira das reuniões científicas a realizar pela APU após a divulgação dos vencedores.

# Notícias

## Dia do Sénior



Teve lugar, no dia 24 de Novembro, no Carlton Palace Hotel, a primeira organização promovida pela APU dedicada aos Urologistas Seniores. O evento apesar de não ter tido grande afluência, teve um significado especial pela homenagem feita ao Professor Pinto de Carvalho. A Organização deste evento esteve a cargo do Dr. Xavier.

Publicamos neste boletim uma palestra proferida pelo Professor Mário Reis a qual é reveladora do espírito de boa disposição e de sã camaradagem que estiveram presentes nesta reunião. A Direcção da APU congratula-se com os objectivos alcançados e está já a programar idêntica realização para o próximo ano.



Participação Portuguesa no

## XXVIII Congresso Brasileiro de Urologia

- Fortaleza 29 Set a 4 Out

Para além de uma Reunião Luso-Brasileira sobre Incontinência Urinária que contou com a participação de Mendes Silva, Helder Monteiro, Francisco Rolo e Mário João Gomes, aprez-nos registar o especial destaque dado à participação do Prof. Francisco Cruz no Simpósio Satélite da Apsen sobre o tratamento da bexiga hiperactiva com a Resiniferatoxina.

## O "Pequeno Museu" da História da Urologia

História da Urologia Portuguesa - Levantamento do material urológico com interesse para a história da urologia em Portugal e organização de um "Pequeno Museu".

O Dr. Manuel Ferreira Coelho foi indigitado para o levantamento do material urológico com interesse para a história da urologia portuguesa, sob orientação do Prof. Alberto Matos Ferreira. A todos os que de algum modo possam contribuir com informações úteis podem fazê-lo através do secretariado da APU.

**Os colegas que tenham em seu poder material cirúrgico antigo e queiram cedê-lo definitiva ou temporariamente para exposição na nossa sede devem contactar o secretariado.**

## II CAU Vídeo Urologia



A Confederação Americana de Urologia vai realizar a "II CAU Vídeo Urologia", na Cidade de São Paulo, Brasil, de 28 a 30 de Junho de 2002. Os interessados em participar com a apresentação de vídeos devem preencher as seguintes condições:

- O candidato deve ser membro da CAU podendo confirmar a sua situação de sócio em [emsuscripción@caunet.org](mailto:emsuscripción@caunet.org). Terá direito a um desconto na inscrição.
- Aceitam-se vídeos em Espanhol, Português e Inglês.
- Tempo máximo 10 minutos.
- Enviar uma carta indicando o país de origem e o endereço.
- A data limite para apresentar o resumo do vídeo é 5 de Abril de 2002.

Para mais informações contactar:

[sedeadministrativa@caunet.org](mailto:sedeadministrativa@caunet.org)

Organização: Nelson Rodrigues Netto Jr. - Presidente da Comissão de Relações Internacionais

Sociedade Brasileira de Urologia - Professor and Chairman,  
Division of Urology, UNICAMP - São Paulo - BRASIL

## The 2002 EBU in-service examination

16 de Março de 2002

Anualmente o EBU organiza uma prova de avaliação teórica destinada a Internos (e a todos quantos queiram testar os seus conhecimentos), a qual é efectuada no próprio serviço.

Esta prova é utilizada em muitos serviços como exame anual obrigatório para todos os internos embora na maioria dos casos haja obrigatoriedade.

No ano de 2001 efectuaram esta prova 534 Internos distribuídos por mais de 100 serviços de urologia da Europa. Permite assim avaliar os conhecimentos de cada um como ainda comparar a sua preparação com a de um elevado número de colegas Europeus.

O Interno é informada da pontuação obtida a qual só é divulgada para o Director do Serviço ou do Internato, e é informado das pontuações máximas e mínimas obtidas, das pontuações obtidas por temas e por anos de internato.

Constitui além disso um importante meio de preparação para os que no final do Internato queiram submeter-se ao exame final da EBU - "EBU Examination in Urology".

O exame consiste em 100 questões de escolha múltipla, em Inglês, cobrindo todos os campos da urologia e tem uma duração de 2 horas.

Para mais informações contactar:

EBU

P.O. Box 25285

3001 HG Rotterdam

Fax: + 31.10.436.6669

Email: [ebu@ebu.com](mailto:ebu@ebu.com)



## I Encontro dos Jovens Urologistas

Teve lugar no Hotel do Caramulo nos dias 10 e 11 de Novembro e a sua realização esteve a cargo do Dr. Carlos Rabaça que está de parabéns pelo êxito do evento.



## Calendário de Reuniões 2002

- 7 a 9 de Fevereiro – **Laparoscopy in Urology Live Surgery Meeting** – Bari, Itália  
E-mail: [ellerre@ellerrecentre.it](mailto:ellerre@ellerrecentre.it). Fax: +390805045362
- 7 a 10 de Fevereiro – **The 3rd World Congress on The Aging Male** – Berlim  
E-mail: [aging@kenes.com](mailto:aging@kenes.com)
- 23 a 26 de Fevereiro – **XVII EAU Congress** – Birmingham, Reino Unido  
E-mail: [congress.consultants@uroweb.nl](mailto:congress.consultants@uroweb.nl)
- 8 a 11 de Março – **14th Video-urology World Congress** – Cairo, Egipto.  
E-mail: [asfour2712@yahoo.com](mailto:asfour2712@yahoo.com). Fax: +2027495670
- 18 a 20 de Abril – **VI Jornadas Urológicas do Algarve** – Marinotel, Vilamoura  
Serviço de urologia do Hospital Distrital de Faro
- 25 a 30 de Maio – **AUA Annual Meeting** – Orlando, Flórida.  
[www.auanet.org](http://www.auanet.org)
- 12 a 17 de Agosto – **6th Asian Congress of Urology** – Kuala Lumpur, Malásia
- 18 a 23 de Agosto – **XIX International Congress of the Transplantation Society** – Buenos Aires, Argentina  
E-mail: [info@transplantation2002.com](mailto:info@transplantation2002.com)  
Web: [www.transplantation2002.com](http://www.transplantation2002.com)
- 27 a 29 de Agosto – **32nd Annual Meeting of the International Continence Society** – Heidelberg, Alemanha
- 8 a 12 de Setembro – **26th Congress of the Société Internationale d'Urologie** – Estocolmo, Suécia
- 21 a 26 de Setembro – **XXVI Congreso de la Confederation Americana de Urologia (CAU)** – Panamá.  
[WWW.spurol.org](http://WWW.spurol.org)
- 22 a 26 de Setembro – **10th World Congress of the International Society for Sexual and Impotence Research** – Montréal, CANADA
- 24 a 26 de Outubro – **Simpósio APU 2002** – Centro de Congressos do Estoril
- 14 a 16 de Novembro – **VIII Congresso Português de Andrologia e V Reunião Ibérica de Andrologia** – Hotel Almansor Carvoeiro Algarve.  
E-mail: [rosatours@mail.telepac.pt](mailto:rosatours@mail.telepac.pt)