Boletim Informativo APU da Associação Portuguesa de Urologia





ASSEMBLEIA GERAL Adriano Pimenta Luís Campos Pinheiro Arnaldo Figueiredo

CONSELHO DIRECTIVO Presid: Mendes Silva Secret: F. Rolo Tesour: H. Monteiro Vogais: Paulo Vale F. Cruz Mendes Leal Suplentes: João Bastos Almeida e Sousa Arnaldo Lhamas

CONSELHO FISCAL A Requixa Virgílio Vaz **Rui Santos**

CONSELHO CONSULTIVO Mário Reis Adriano Pimenta Joshua Ruah J Campos Pinheiro Matos Ferreira



1.º Coxibe aprovado na U.E.



Para os sinais e sintomas da osteoartrose

verdadeira

Uma inovação terapêutica

- VIOXX, a potência de altas doses de AINEs
 diclofenac e ibuprofeno
- VIOXX, perfil de segurança GI superior da nova classe COXIBES
- VIOXX, perfil favorável de tolerabilidade
- VIOXX, uma terapêutica de facto 1 x dia, com ou sem alimentos

Produto de Prescrição Médica Obrigatória. Antes de prescrever, consulte por favor o Resumo das Características do Medicamento, disponível nesta publicação.



Quinto da Fonte, Edificio Vasco da Goma (19)
P.O. Box 21.4 Porto Salvo - 2730-730 PACO DE ARCOS
Hacros registada da Marck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., E.U.A.
09-01 VOX 00-P-023-JA

rofecoxibe, MSD

Selectivo. Potente, Simples

Boletim

sumário

Informativo	
	Carta de u para um U
da Associaça	A Visão do Ou
Doubling	Bolsas de Inve
Portuguesavis	Simposium de
منامحالوسا الرحال	
de Urologia	

Editorial

4

6

8

12

14

16

18

m doente **Jrologista**

itro Lado

estigação

Urologia

Notícias

Agenda

Revista trimestral - Ano 1 - N.º 1 - Janeiro/Fevereiro/Março 2001 Propriedade: Associação Portuguesa de Urologia Director: M. Mendes Silva Editor: Francisco Rolo

Paginação e pré-impressão: Criações Digitais, Lda. - Tel.: 21 989 61 44 Impressão: Grafisol - Tel.: 21 915 81 50

editorial

A Associação Portuguesa de Urologia (APU) propõe-se editar trimestralmente um Boletim que possa servir de veículo de informação e comunicação entre todos os Associados.

A ideia é incluir aspectos da nossa vida associativa que não sejam científicos, ou de trabalhos científicos, os quais ficarão para o âmbito da Acta Urologica Portuguesa. Assim, para além de um editorial, serão inseridos neste Boletim artigos de opinião ou trabalhos não científicos relacionados com a Urologia, entrevistas com personalidades convidadas, lazer, arte, desporto, curiosidades, notas históricas, resumos ("high-lights") de importantes congressos e simpósios ou livros científicos, notícias, informações, avisos, calendário de congressos, etc...

Espera-se desta forma contribuir para uma maior união entre toda a "família urológica", para um melhor conhecimento das iniciativas da Direcção da APU e para um melhor relacionamento entre todos divulgando aspectos não estritamente científicos ou profissionais, como lazer, curiosidades, história, arte, desporto, etc, embora de alguma forma relacionados com a Urologia ou com os que a praticam. Aguarda-se pois contribuição de todos os associados para um objectivo.

A nova Direcção da APU, eleita para o biénio de 2001/02, pretende, mantendo a continuidade da acção realizada pelas gerências anteriores, introduzir inovação e, com trabalho, empenho, criatividade e ousadia, desenvolver actividades variadas de promoção e progresso da Urologia e de todos os que a praticam, tanto a nível científico e técnico, como a nível social, de interligação e de representação, profissional e institucional. Pretende, assim, e transcrevendo o programa de candidatura apresentado aos Associados:

- **1.** Cumprir rigorosamente as actuais atribuições estatutárias e concretizar as acções definidas nos Estatutos no que respeita: a) ao desenvolvimento de actividades científicas e técnicas, como a realização do Congresso da Associação Portuguesa de Urologia, a realização e a participação em reuniões, cursos, simpósios e congressos, regionais, nacionais e internacionais, a edição da "Acta Urológica Portuguesa" e a participação em outras edições ou publicações; b) à promoção da interligação profissional e social entre todos os associados e a cooperação com associações ou entidades portuguesas e estrangeiras que prossigam objectivos do progresso e desenvolvimento da Urologia; c) à representação da Urologia Portuguesa, tanto a nível nacional como internacional.
- 2. Rever, actualizando-os, os estatutos da APU.
- **3.** Editar um Boletim da APU, trimestral, em que, para além de informações relevantes para a urologia e os urologistas portugueses, contenha editoriais, artigos de opinião, cartas, entrevistas, notas históricas e secções de lazer, o qual possa servir de elo de união entre todos os associados. Promover e manter a actualização da Acta Urológica Portuguesa, investindo na qualidade científica da urologia portuguesa. Desenvolver e alargar a comunicação electrónica, promovendo e disseminando a página da APU na Internet.
- **4.** Rentabilizar e promover acções na sede própria recentemente adquirida, quer através da utilização do secretariado, quer através de reuniões de comissões com acções definidas, entre outras.
- **5.** Promover comissões de trabalho para apresentarem relatórios sobre temas com interesse para a urologia e para os urologistas portugueses, como por exemplo o desenvolvimento da investigação científica em urologia, normas de gestão de serviços de urologia, normas médico-legais em urologia, recomendações de relacionamento com outros profissionais, consensos temáticos e recomendações científicas ou de actuação, etc.



- **6.** Manter e desenvolver o relacionamento institucional com os Serviços através dos Delegados Hospitalares e também com outras instituições, como a Ordem dos Médicos, nomeadamente o Colégio de Urologia, Universidades, Hospitais, Ministérios, Sociedades Científicas afins, Grupos de Trabalho, etc, através de Delegados nomeados para o efeito.
- **7.** Promover e estimular a actividade científica dos internos e jovens especialistas, mantendo e desenvolvendo a atribuição de prémios, estágios e bolsas. Promover a constituição de uma Delegação de associados candidatos que sirva de elo de ligação entre a Direcção da Associação e os Internos.
- **8**. Promover e estimular, sob a responsabilidade de coordenadores indigitados pela Direcção da Associação, a realização de trabalhos de investigação nacional, com a participação, em moldes a definir, dos associados que assim o desejem. Promover a realização de trabalhos cooperativos a nível nacional e internacional.
- **9.** Promover e estimular a actividade de Urologistas já retirados mas com potencial de colaboração em acções associativas. Promover um dia anual do urologista sénior, assim como um dia anual do urologista júnior, com acções e programas apropriados a estes grupos.
- **10.** Promover e desenvolver um relacionamento institucional estreito com a Sociedade Espanhola de Urologia, a Sociedade Brasileira de Urologia, a Associação Europeia de Urologia, o "European Board of Urology", a Confederação Americana de Urologia, a Sociedade Internacional de Urologia, a Sociedade Mediterrânica de Urologia e outras Sociedades e entidades internacionais. Nomeadamente com a Associação Espanhola e a Sociedade Brasileira promover a realização de Encontros Ibéricos e Luso-Brasileiros, para além de outras realizações comuns e de cooperação que sejam acordadas com as Direcções respectivas.
- **11.** Desenvolver esforços e promover as acções necessárias para a realização em Portugal, num dos próximos anos, de um Congresso da Associação Europeia de Urologia.
- **12.** Promover, estimular e patrocinar a realização de reuniões científicas urológicas regionais, para além das nacionais, tentando calendarizá-las de modo a optimizar todos os esforços. Patrocinar e apoiar todos os colegas, grupos de trabalho e instituições envolvidas em realizações de âmbito nacional ou internacional.
- **13.** Promover, estimular e patrocinar a realização de reuniões científicas de divulgação de matérias de Urologia junto dos Clínicos Gerais/Médicos de Família ou de médicos não especializados ou especialistas de outras áreas com alguma afinidade com a Urologia.
- **14.** Promover, patrocinar e contribuir para a realização de reuniões científicas de divulgação de matérias de Urologia junto de outros grupos profissionais, nomeadamente enfermeiros e técnicos.
- **15.** Promover e colaborar com outras instituições públicas e privadas na divulgação de matérias de Urologia junto do público em geral. Estimular a realização de dias nacionais de patologias urológicas (próstata, incontinência, impotência) com esses objectivos, e também para diagnóstico e terapêutica precoce. Colaborar com Associações cívicas e Fundações de prevenção e protecção de doenças ou doentes que possam estar relacionadas com a Urologia (Associações de incontinentes, de ostomizados, etc.)
- **16.** Promover o levantamento de material e documentação que possam interessar à história da Urologia Portuguesa, com vista, essencialmente, à formação futura de um pequeno museu a instalar na sede, mas também para que exista uma informação e catalogação dos documentos e material dispersos por várias pessoas e instituições. Promover a publicação da história da Urologia Portuguesa, nomeando para o efeito um grupo de trabalho que se responsabilizará por essa tarefa, sob tutela e a expensas da Associação.

Trata-se de um extenso e ambicioso programa de acção que abrirá novas fronteiras e transportará a Associação Portuguesa de Urologia a novos tempos e a novas realidades. Tudo faremos para o cumprir na integra, como dissémos, com trabalho, persistência, imaginação e ousadia. A Urologia e os urologistas portugueses nos julgarão no futuro!

Carta de um doente para um Urologista

Faça favôr, de mandar a resposta com uma letra, que eu perceba, que eu tenho pouca cultura e desculpeme eu não quêro dar a lêr outras pessôas

desculpe de eu lhe mandar o sêlo, é para a resposta certa

A. J. C. Alcáçovas, 12 de Abril de 1981

Exmo. Sr. Dr. Mendes Silva Urologista Lisbôa

Muito estimo que esta minha carta, vá encontrar bem de saude, em companhia de tôdos os seus familiares; Que eu ao fazêr esta para com V.Exa, não fico bem de saude, que já a 9 anos que sôfro dos meus sofrimentos, que vou a explicar, a V.Exa., é o seguinte, no ano de 1972, rebentoume uma Ulsara gástrica, é nervosa no diodeno, foi por o Anus, estive 15 dias no Hospital, de Évora, a transfosões de Sangue, e Sôro, depôis o meu Medico, assistente, Sr. Dr. Angélico, estive no Hospital de Évora como atraz deicho escrito, vendo que não me curava, mandoume para Lisbôa, para o Hospital dos Arroios, estive lá Internado, 30 dias, ainda 6 dias a transfosões de Sangue, e Sôro, foi cuando fui, ao Raio X, e virão que éra a Ulsara gastrica, e nervosa, e não fui operado, levava 10 Ingecções por dia, e Nôite, comecei a melhorare; Mas digo a V.Exa., Sr. Dr. Mendes Silva, que tive a pouca sorte, de-me pararem as urinas, então meterame uma Agalia, do N° 20, na uréta, e éra por onde deitava as urinas, do Hospital de Arroios, fui numa Ambulansia, ao Hospita de São José, fui á Consulta de um Sr. Dr., que tinha alcunha, de Dr. Alemão, eu não pudia urinar, cem Agália, e mandarão urinar, para 1 cópo cristalizado, de vidro, eu urinar nada, então deiteme na Marquêsa, êsse Dr. Alemão calça, umas Luvas, e unta com uma mássa, o dêdo indicadôr da mão direita, no Anus, e depôis diceme, que eu tinha a Prostati, caída, e que tinha que sêr operado, então voltei para o Hospital, de Arroios, e dérâme, alta, do Hospital de Arroios, e vim para Alcáçovas, que é a minha Terra, andei com Agalia 4 Mêzes, de 8, em 8, dias, tinha que sêr lavada, e havia cá em Alcáçovas, um Dr. que me reitava comprimidos, para eu urinar, cem Agália, Mas êsse Dr. não conseguio, com os comprimidos, que eu urinasse, então já ao fim de 4 Mêzes, de eu andár já cem podêr, com Agalia, estava já uréta frida, então êsse Dr. que tem Alcunha Dr. Garrido, disseme, se eu queria sêr óperado, eu vendo a minha triste situação disse que queria sêr óperado, então despachou os meus decomentos, para o Hospital de Santa Maria, para Lisbôa, estive internado no Piso Nº 7, Serviço de Urologia, esto digo ao Sr. Dr. Mendes Silva, que me tirarão, Analsis, de Sangue, e de Urina, vêr se éra diabético, fui ao Raio X, com que fui Internado no dia 20 de Abril de 1973, e digo a V.Exa.

Sr. Dr., que fui óperado no dia 4 de Maio de 1973, e digo a V.Exa Senhôr Dr., que também fui operado à Prostati, e fui óperado a um Idrossel, que eu arranjei numa Câma, para onde me deitei que tinha, o Colchão de Arame rachado, e trilhei o distucolo direito, e toma lá arranjei mais uma doença, vim de Lisbôa para Alcáçovas, fui trabalhar, a dar serventia a Pedreiros, fis força o Idrossel rebentou, o tiés, já o Sr. Dr. Brito, me tirou o liquido por 2 vêzes, e já está cheio outra vez, preciso de operação; Mas Senhor Dr. Mendes Silva, eu vou contar a V.Exa, as doenças que eu tenho fui operado á Prostati pelo Sr. Professor Henrique de Pinto Carvalho, e o Sr. Dr. Viana no Piso nº 6, e depôis de óperado ouvia dizêr as Enfermeiras, que a minha óperação tinha corrido mal, e de facto correo mál, porque tenho bastante deficuldade de urinar, de dia chêgo urinar 12, e 15 vêzes, em 12 horas, méço a urina, dá 3 decelitros, de Nôite, em 12 horas, urino 7,5 decelitros, e já á um Mêz atráz urinava 1 litro, e já tenho Nôites de urinar 1/2 litro, estas quantidades, é em 4 e, 5 e 6 vêzes na Nôite, e ainda digo a V.Exa., que eu tenho 72 anos sou casado, já me tenho Metido com a minha Mulhér, quando ajente deita êsse liquido, paréce Brázas de lume, e não sai pela cabeça, do Pénes, vai para Bechiga, e depois déve de sair na urina, é por esta a razão que eu gostava de consultar V.Exa., para vêr o que o senhor me dis a sêrca da minha doença, já previno V.Exa, que tenho sofrimento no meu coração, já me teem tirado muitos exames e tenho uma colite nos Intestinos, para vacuar, tomo remédio Dufalac e os comprimidos que ando a tomar são os seguintes Urispás para Urinar, e tomo também os comprimidos Ziloric, e tomo o Val 1 cinco que é para os Nervos, e dormir, e já tenho tomado muitos comprimidos para o Reumático, que é gutoso. E já me vi cem urinar quaze nada já tomei os comprimidos Lasic; êsses é que fazem urinar muito, mas ajente tôma em jejum, e fica cem alentos no corpo, e de mais Sr. Dr. Mendes Silva, eu tenho uma grande diéta á já 9 anos, ao pequeno Almôço bêbo leite, cem assucar, como perú cusido, e ao jantar, como canjas, com carnes brancas, de Frango, Galinha, Perú, metesse massa Letria, na canja e cenoras cortas aos bocadinhos, e bêbo Água do Luso, esto é tudo cérto, o que eu digo a V.Exa. Ainda-me esquecia de dizêr a V.Exa., que ainda bem não tomo comprimidos, para o coração, do nº 25 Percentin, que os nº 75 não aguento, e sempre a minha tenção Arterial da 10/7

11/8 12/9 e baicha as canjas é só com propria gordura da carne e sal quese nada, é que fáz empate nas Urinas que eu é que me sinto, ainda digo mais a V.Exa. Sr. Dr. Mendes Silva, tenho vêzes que me passa, pela cabêça tonturas, não sei se é do coração, se é, da Colite dos Intestinos, esto é o que posso dar informação a V.Exa., tenho 1 Radiografia tirada em 1979, aos Rins, tenho outra tirada a Prostati 1980, e tenho outra tirada ao Estomago 1980 e outros exâmes ao coração, esto foi tudo tirado na Cidade de Évora, mas em Évora não a premanente nenhum Dr. Urologista, já lá consultei o Dr. Rocha Mendes, Urologista, que faz óperações, no Montijo, talvêz V.Exa. o conhêça, diceme para eu ir sêr internado Hospital Corri Cabral, e eu não fui; Mas como Agora o Sr. Dr. Mendes Silva, óperou um Primo, meu, a Prostati, e correo tudo bem, ele chêmasse J.A.B.M., que Mora no Pinhal Novo, e tem uma Filha que é Dra., que o Nome dela, é R.P.B.M., ela é que era para me Protegir a pedir a V.Exa, para se Interessar, por mim, mas éssa minha Prima Dra., está para ter bébé, mandoume o meu Primodisêr que é o Pai dela, uma carta a contar, que V.Exa., é que o tinha óperado; Agora eu peço a V.Exa que faça favôr, por alma dos seus entes queridos que mande reposta, estas minhas duas fôlhas de papel ou para ir ao Hospital do Desterro, a Consulta, que

V.Exa. tem Algum Consultorio, e faça favôr, mande também dizêr os dias cértos, e hóras, que dá consultas, e o Nomaro do seu telefone, ou o Nomaro do telefone do Hospital do Desterro, e á hora certa que está no Hospital, é que faço uma chêmada aqui de Alcáçovas, da Estação dos correios, então alugo agui um taxi, em Alcáçovas, e vou a Lisbôa consultar V.Exa., Mas eu Meto um selo dentro, das minhas fôlhas das cartas, e é milhor escrevêr, porque, eu assim não sei, a hóra que V.Exa. me atende, a consulta, gostava também, que V.Exa., mandasse dizêr, quanto é que me custa, a consulta, que V.Exa. léva, que é para eu ir prevenido de dinheiro, porque não quéro fazêr ruim figura, eu o que digo é, que lévo quando fôr consultar V.Exa., as Radiografias, e os competentes relatórios, e os exames do coração, as analises do sangue, e urina, está na minha Ficha no Centro de Saude, de Alcáçovas, forão tiradas em Evora, no dia 26 de Março deste ano de 1981, à do Sr. Dr. Mateus Évora é tudo bem explicado que mando, a V.Exa; é péço a V.Exa. Sr. Dr. Mendes da Silva, que me desculpe de o massar tanto, em escrita, êste seu doente, e amigo, que lhe agradêço muito, que me assino, por A.J.C.

V.Exa. dá, e diga, os dias cértos e horas cértas, ou se a parte de puntado puntado a vista, desculpe de la companya de la comp

A VISÃO DO OUTRO LADO

General Amadeu Garcia dos Santos



Há um velho ditado português que diz "de médico e louco todos temos um pouco".

Naturalmente que não será este o local mais apropriado para abordar um pouco que seja da minha loucura, mas, verdade seja também, o pouco que me coube de "médico" nem sequer estará aqui, hoje, reduzido à expressão mais simples, ou, melhor dizendo, estará totalmente prejudicado.

Isto porque, estando entre médicos autênticos, seria mesmo de louco qualquer presunção que eu pudesse ter de assumir ares de "sapiência" em matéria onde sou apenas um interveniente acidental e nunca , por nunca ser, um profissional encartado.

Isto para dizer ainda que, certamente, serão muitas as

asneiras que, a partir de agora, vão sair da minha boca. Espero porém que me relevem a ignorância e que considerem que, mesmo dessas asneiras, poderá resultar algo de proveitoso, o que a acontecer e por pouco que seja, já justificará o meu propósito de estar aqui hoje a dar-vos conta da "visão do outro lado". Ao aceitar, quási instantaneamente, o convite que me foi feito, há largos meses atrás, pelo Dr. Mendes Silva, para estar neste simpósio a conversar convosco sobre o que pensa, o que sente, como reage, como aprecia,

o que pensa, o que sente, como reage, como aprecia, como critica, enfim, o que vê e como vê, do outro lado, um operado à próstata, quis expressar o meu interesse em proporcionar-vos o maior número possível de dados recolhidos por esse operado num período impressionantemente marcante da sua vida.

Mas antes desse relato gostaria de descrever um pouco do que é a minha pessoa no capítulo da saúde, ou seja, dar-vos conta de como funciono nessa matéria uma vez que o meu posicionamento perante problemas da minha própria sanidade poderá constituir uma forma de justificar e até de compreender muitas das questões que a seguir vos vou apresentar.

Considero que fui francamente saudável durante quási toda a minha vida, isto é, até cerca dos cinquenta anos. Por essa altura começaram a surgir- -me as "maleitas" próprias do desgaste provocado pelo passar dos anos. Apareceram-me extra-sístoles, alterações de tensão, problemas gastro-enterológicos e, por fim, problemas com a próstata.

De todas as vezes que me surgiram sintomas destas anomalias, nunca hesitei nem perdi tempo em recorrer de imediato à sua identificação, à busca, sem rodeios, das causas que as provocavam e ao seu tratamento tão breve quanto possível.

Não me considero, minimamente, hipocondríaco pois não vivo num estado de ansiedade permanente e patológica quanto ao estado e ao funcionamento do meu organismo. As preocupações apenas me surgem quando aparece qualquer sintoma de que algo de estranho está a acontecer. Nessa altura, sim, procuro saber, exaustivamente, o que se passa e como ultrapassar a "crise".

Não sou do tipo de pessoa que não gosta de pensar na sua saúde e muito menos do género daqueles que julgam que por se ignorar um assunto ele desaparece. Foi exactamente isto o que se passou com o caso da minha próstata. Há uns anos, li algures que todos os homens com idade a rondar os cinquenta anos deveriam fazer exames à próstata com regularidade por forma a evitar, tarde de mais, surpresas desagradáveis e de consequências catastróficas.

Dizia ainda esse artigo que todos os problemas da próstata, inclusive o cancro, podem ser curados se detectados suficientemente cedo.

Foi o que passei a fazer, com a evolução e o desenlace descritos pelo Dr. Mendes Silva. De forma muito sintética, "apaisanada" e simplificada, direi que o meu PSA, em cerca de dois anos, sextuplicou, o índice de Gleason subiu para 6, a primeira biopsia deu negativa, a segunda acusou vestígios ligeiros e a terceira acertou em cheio e deu positiva. Ainda na fase muito inicial da subida do valor do PSA e em que se punha a hipótese de ser possível uma vigilância controlada a longo prazo, o Dr. Mendes Silva transmitiu-me alguma tranquilidade e a previsão de eu poder ter a esperança de se "aguentar" a situação, com mais ou menos estabilidade, durante alguns anos. Contudo, a evolução verdadeiramente "meteórica" que entretanto veio a ocorrer, levou a que, em 16 de abril de 1998, o Dr. Mendes Silva me pusesse perante a situação de ser necessário intervir ou através de operação ou através de radioterapia.

A conversa entre nós foi longa, detalhada e com a descrição pormenorizada dos prós e dos contras de uma ou de outra das duas intervenções possíveis e das respectivas consequências.

E este foi o meu primeiro choque.

Nós nunca pensamos que uma coisa desta nos vai ou nos pode acontecer a nós.

Pensamos, e parece-nos ser isso tão evidente, que algo como isto só pode acontecer aos outros. Nós partimos do pressuposto que somos invulneráveis a este tipo de ocorrências. Ainda por cima acresce que eu não sentia qualquer, e repito, qualquer sintoma de algo errado na minha próstata. Não existia absolutamente nada que me levantasse sequer a mais leve suspeita de que se estava a passar qualquer anormalidade.

Fiquei, por isso, perfeitamente estupefacto.

Talvez fosse essa minha evidente surpresa que levou o Dr. Mendes Silva, que entretanto marcou logo a operação para o dia 24 de junho, a sugerir-me que ouvisse a opinião de outros médicos para me ser possível, com essas outras opiniões, alicerçar a decisão de aceitar ou não uma das duas intervenções possíveis. Assim fiz. Ouvi mais três médicos urologistas. Dois deles foram totalmente conclusivos quanto à necessidade de intervenção cirúrgica. O terceiro disseme que não me preocupasse com a subida do PSA porque isso não era significativo nem permitia, ainda, tirar conclusões seguras. Na sua opinião deveria manter-me numa posição de "wait and see".

Estatisticamente eu estava portanto perante um resultado de 3 a 1. Não hesitei mais. Decidi aceitar a opção da prostatectomia radical, que foi efectuada na data prevista, 24 de junho.

Naquela data e antes da operação eu continuava a sentir-me exactamente como dez anos antes, ou seja, sem o mínimo sinal ou sintoma de que algo de anormal estava em curso na minha próstata.

A operação e o pós-operatório decorreram, para mim, da melhor forma, sem qualquer complicação. Não tive, sequer, qualquer sinal de incontinência urinária, uma das consequências previsíveis, mas, no que se refere à parte sexual, a outra consequência, o descalabro foi total. Não houve, até à data e já lá vão mais de dois anos, qualquer recuperação, por mínima que fosse.

E esta questão leva-me agora a iniciar a apresentação, de facto, da "visão do outro lado".

Em primeiro lugar, dadas as características da minha maneira de ser e que atrás descrevi, procurei saber mais sobre a próstata e, particularmente, sobre o cancro da próstata. Por isso tenho lido tudo o que me aparece, sobre esta matéria, na comunicação social com que contacto. E adquiri dois livros que me pareceram úteis em função dos títulos: Doenças da Próstata, da editorial Presença, da autoria de Patrick C. Walsh e Janet Farrar Worthington, e A Disfunção Eréctil, do Dr. Alexandre Moreira.

Este último, refere que a "disfunção eréctil" é a designação na literatura médica (pág. 41) do que, no vulgo, se qualifica como impotência sexual. Este livro constitui a divulgação da tese de candidatura do autor ao grau de doutor, sendo, por isso, o conteúdo do texto de difícil apreensão por qualquer leigo, por muito interessado que seja. Parece-me, porém, que serão, desde já, de reter algumas ideias e factos que o autor cita e que transcrevo porque vêm ao encontro das

minhas próprias reflexões e às quais mais à frente voltarei.

Diz então o Dr. Alexandre Moreira: "Toda a terapêutica de apoio psicológico deve basear-se na necessidade de uma razoável ligação afectiva envolvendo a companheira na terapia (pág.77). Vários factos contribuíram de uma forma marcante na última década para o desenvolvimento e evolução das investigações sobre a impotência sexual. Foram... (entre outras) ...a manutenção da integridade nervosa na prostatectomia radical. Contudo ainda persistem algumas dúvidas e incertezas quanto ao diagnóstico e tratamento da impotência que criam desafios e expectativas para o futuro (pág. 139); ... não existe um consenso sobre a elaboração de uma abordagem adequada em termos patológicos para a disfunção eréctil (pág. 139);... há que aguardar serena e esperançadamente os tempos vindouros, cientes que na actualidade há que agir com ponderação e serenidade na escolha da melhor opção terapêutica, tendo sempre em conta os desejos e objectivos do homem e do casal (pág. 142)".

Relativamente ao primeiro livro que mencionei, "Doenças da Próstata", considero-o extremamente útil para quem pretenda saber tudo sobre o seu problema. Admito, porém, que possa ser prejudicial para aqueles que preferem ignorar a realidade do "seu caso".

Trata-se de um livro de informação pormenorizada, escrito em linguagem muito acessível e fácil de compreender e assimilar.

Partindo do princípio de que a próstata não é uma coisa simples e de que os seus distúrbios são, na verdade, muito complicados, aborda as questões sob duas perspectivas que me parecem muito realistas: 1ª. - o leitor tem direito a saber toda a verdade, pois, ao fim e ao cabo constitui metade da parceria médicodoente; 2ª. - o que o leitor aprender acerca desta glândula problemática (a próstata) pode salvar a vida de alguém, talvez mesmo a sua.

Parece-me, portanto, ser um livro de leitura obrigatória por todos os homens, tenham ou não, já, problemas com a sua próstata.

Do que passei, eu próprio, da leitura destes livros e das congeminações que fiz, cheguei a algumas conclusões que, podendo correr o risco de serem interpretadas como opiniões meramente pessoais, procurei confrontá-las com as de outros operados de quem obtive respostas a um conjunto de perguntas que lhes fiz.

A VISÃO DO OUTRO LADO (continuação)

Para isso, escrevi uma carta a que anexei um questionário com 17 perguntas (a que mais tarde acrescentei uma outra) e enviei-a pelo correio com resposta paga.

Enviei a carta a 14 operados. Recebi 11 respostas. Destas 11 respostas, 7 correspondiam a prostatectomias radicais, 3 a prostatectomias parciais e 1 a radioterapia.

As datas das intervenções vão de 1993 a 2000 e todos os operados habitam em Lisboa ou arredores sendo o seu estrato social correspondente à classe média alta e são, na sua grande maioria, detentores de um grau de instrução de nível universitário.

Apenas um dos inquiridos não foi operado pelo médico que lhe detectou a anomalia na sua próstata. Somente a três foi dada a possibilidade de optar pelo tipo de intervenção tendo, um deles, por conselho do seu médico, ouvido outras opiniões. Todos os outros estavam perante uma situação de inevitabilidade de intervenção cirúrgica.

Todos eles afirmaram conhecer, antes da operação, quais as consequências que dela resultavam, através de contactos pessoais e das explicações dos seus próprios médicos.

Todos são casados, mas apenas a quatro o médico explicou à mulher, genericamente, aquelas consequências.

Apenas um dos sujeitos a prostatectomia radical e todos os sujeitos a prostatectomias parciais e a radioterapia não sofrem de impotência sexual.

Dos onze inquiridos que responderam, apenas dois (sujeitos a prostatectomia radical) referem que a operação não lhes causou qualquer alteração, nomeadamente de natureza psicológica.

É citada por cinco, como lenitivo para suportar as alterações que lhes ocorreram, uma certa resignação que justificam fundamentalmente porque já têm idade avançada (nalguns casos muito superior a sessenta anos), ou porque a vida é mais importante, ou porque ainda têm uma certa esperanca de recuperação.

Nenhum foi aconselhado a consultar psicólogo ou sexólogo e, nenhum também o fez por iniciativa própria. Contudo, embora afirmem não haver certamente qualquer inconveniente ou desvantagem, ou duvidam do proveito dessa consulta dada a sua idade, ou consideram que a intervenção do urologista deve ser suficiente para preparar o doente para os efeitos da operação.

Houve um dos inquiridos, sujeito a prostatectomia radical, que consultou por iniciativa própria um andrologista e que afirma que a sua actividade sexual apenas se reduziu de 30%.

São de destacar, por curiosas, algumas observações e opiniões, como sejam:

- no imediato há que salvar a pele e depois logo se vê.
- a prostatectomia radical é muito penosa e altera substancialmente o comportamento diário do homem. Limita-o bastante. É "um viver artificialmente" no que respeita a sexo.
- antes da operação cada doente deveria receber uma folha informativa emitida pela "ordem dos médicos" (ou outra entidade responsável) descrevendo todas as consequências da operação e indicando produtos, métodos e especialistas capazes de as minorar. Actualmente o doente sai do hospital e fica entregue a si próprio.
- recebi o questionário que teve a amabilidade de me enviar, depois da nossa conversa telefónica. Contudo, depois de pensar sobre este assunto, resolvi não me envolver, tendo em consideração que julgo não me ficar bem, estar a rever todo este problema que se passou comigo, que não foi nada agradável.
- uma pequena nota alegre para aliviar a tensão destes casos. O médico quando me anunciou que tinha um carcinoma disse que não era grave e que nem tudo era mau... com este resultado tinha uma redução no I.R.S.!!!! Com efeito uma "Junta" atribuiu-me uma incapacidade de 80%.

Das respostas que obtive e das minhas próprias opiniões pessoais, penso que poderei tirar as seguintes conclusões que me parece sintetizarem um pouco a "visão do outro lado".

1ª. - é necessário, é importante e é urgente que se promova e divulgue entre a população masculina portuguesa uma campanha de duração prolongada e com conteúdo e informação que abranja a juventude através do sistema educativo - que tenha como objectivo conseguir que cada vez mais homens comecem a fazer exames à próstata cada vez mais cedo;

2ª. - quando um homem é posto perante a situação de ter um cancro da próstata e o seu médico o põe perante a necessidade de optar por uma de duas decisões - cirurgia ou radioterapia - e sendo importante aquilo que o próprio doente deseja, é fundamental que esse mesmo doente seja informado tão exaustivamente quanto possível sobre os vários considerandos que podem condicionar essa opção, como sejam: os efeitos da idade e do seu estado geral de saúde, o estádio do cancro e os efeitos colaterais dos diferentes tratamentos.

Considero que será mesmo útil conceder ao doente a possibilidade de ouvir opiniões de outros médicos e

mesmo de doentes já intervencionados;

- 3ª. a prostatectomia radical é uma grande cirurgia, complicada e com efeitos colaterais que incluem o risco de impotência e de incontinência. Mas pode salvar a vida. Por isso, também, há que pesar, ao optar e decidir, o que é que é verdadeiramente importante para o doente:
- preservar a potência ou livrar-se do cancro de uma forma que se pretende absoluta ? A perda da função sexual, algo que faz estremecer a maior parte dos homens, associada à incerteza da cura, constituem ingredientes que tornam absolutamente assustador o período da vida do homem que o tenha de atravessar. A necessidade de ajuda é, naturalmente, mais que evidente;
- 4ª. -por outro lado, face à complexidade desta intervenção cirúrgica e sobretudo às consequências que dela resultam, haverá que ter em conta ainda os seguintes aspectos:
- se o doente tem uma companheira, ela deve conhecer também com pormenor tudo o que se relaciona com a intervenção;
- é necessária a participação dessa companheira na análise dos prós e dos contras que conduza à decisão de escolha da opção;
- nesta participação é particularmente importante a interferência do relacionamento entre o casal, a existência ou não de conflitos conjugais, o grau de cultura quer do doente quer da companheira tendo em vista, sobretudo, a mais que certa mudança nos seus talvez "velhos" ou "clássicos" hábitos sexuais;
- em relação a esta mudança haverá que considerar ainda a idade do casal e, creio, o facto de ser citadino ou rural:
- por outro lado ainda, o cancro da próstata é uma doença de que pode vir a conhecer-se se a sua evolução, após a intervenção, está a ser positiva ou negativa através de uma simples análise do PSA. Não sei se existirá outra em igualdade de circunstâncias mas, este facto, acaba por constituir uma carga psicológica que pode afectar fortemente o doente.
- 5ª. por tudo o que antecede, afigura-se-me que uma operação à próstata, nomeadamente uma prostatectomia radical, deverá envolver um conjunto de especialistas que não se limite apenas aos que actuam na intervenção propriamente dita mas que inclua também, pelo menos, especialistas na área da psicologia e da sexologia.

Naturalmente que o grau de participação destes especialistas, parece-me, poderá ser variável de caso para caso. Daí que, o papel do médico assistente do

doente na avaliação da sua situação é particularmente importante, pois caber-lhe-á, em primeira instância, pesar a influência dos factores que atrás mencionei no estado de espírito do doente e, consequentemente, avaliar, definir ou aconselhar o tipo de apoio de que poderá necessitar.

6ª. - a reforçar esta minha opinião está a impressão que recolhi de um contacto de mais de sessenta dias com vários operados à próstata (e não só...) que, tal como eu, estavam a fazer radioterapia no I.P.O., eram bem visíveis os sinais de preocupação e de perturbação que muitos deles apresentavam quer pela fixação nas conversas em torno do tema da "sua" operação e de tudo o que com ela se relacionava, quer através das dúvidas que manifestavam sobre como iria evoluir o "seu" caso.

O ambiente que se vive nas salas de espera destes serviços, em que os períodos durante os quais se aguarda pela nossa vez de sermos atendidos chega a atingir várias horas, constitui uma boa fonte de recolha de dados que, creio, não terá ainda sido aproveitado ou utilizado por médicos exteriores àqueles serviços. Arrisco-me a sugerir-vos que, de forma anónima, contactem regularmente estas realidades e os inúmeros dramas que nelas se vivem (ou vegetam...). 7ª. - não posso deixar de expressar aqui também uma palavra de louvor e de agradecimento à generalidade dos trabalhadores daqueles serviços que, apesar da tensão sob que exercem a sua actividade profissional, não deixam de o fazer com grande sentido humano e, mesmo, com uma certa afectividade e carinho.

Para além do que eu disse haverá ainda certamente muito mais a acrescentar à "visão do outro lado". Julgo que será útil e vantajoso que esse acréscimo venha a ser-vos apresentado em futuras oportunidades. Isso dependerá, obviamente, não só da interpretação que for dada por vós àquilo que procurei transmitir-vos, mas também da vossa própria intervenção no tratamento das doenças da próstata. Porque esse tratamento - e esta é a última conclusão que gostaria de deixar-vos depois de tudo aquilo que disse - não é uma questão de mera técnica clínica aplicada àquela pequena glândula do ser humano masculino.

No meu modesto e leigo entender, esse tratamento situa-se muito, mas mesmo muito, para além dessa complicadíssima técnica.

Bolsas investigação

Bolsa de Investigação Básica em Urologia 2001

Esta é uma Bolsa da Associação Portuguesa de Urologia (APU).

Trata-se de uma Bolsa de Investigação Básica em Urologia.

Tem o patrocínio exclusivo da Merck Sharp & Dohme.

VALOR: Tem o valor de Esc. 1.600.000\$00 (um milhão e seiscentos mil escudos), ou _ 7'980,77 (sete mil, novecentos e oitenta euros e setenta e sete cêntimos).

OBJECTIVO: O seu objectivo principal é apoiar o desenvolvimento da Urologia na sua vertente de investigação básica.

DURAÇÃO: A Bolsa tem um carácter nacional e será atribuída anualmente.

TEMA: Deverá ter como tema um projecto que se possa enquadrar no campo da investigação básica em urologia.

CONDIÇÕES: O investigador principal deverá ser membro da Associação Portuguesa de Urologia, no pleno uso dos seus direitos.

Os trabalhos/projectos de investigação deverão ser originais e inéditos.

APRESENTAÇÃO DAS CANDIDATURAS: Deverão ser apresentados 6 exemplares do projecto de investigação a enviar à sede da APU em Lisboa, antes de 08/06/2001 (data do correio). O projecto deverá contemplar:

- a) Objectivos.
- b) Material e métodos.
- c) Local onde pretende desenvolver o projecto e respectiva(s) autorização(ões) da(s) entidade(s) competente(s). d) Esquema e calendarização do trabalho, não podendo esta exceder dois anos.

As propostas deverão ser enviadas por correio, mencionando a referência "Bolsa APU de Investigação Básica" em envelope fechado e lacrado, sem assinatura ou rúbrica nem outro sinal que possa identificar os seus autores.

Deverá incluir igualmente um outro envelope com o tema do trabalho proposto e que no seu interior tenha os dados do autor ou autores, domicílio, graduação na carreira hospitalar ou docente, local de trabalho e centro onde se propõe realizar o mesmo. Este envelope será aberto após o conhecimento da decisão do júri.

JÚRI

A Bolsa será atribuída por decisão de um júri composto de 5 membros, sendo quatro deles designados pelo Conselho Directivo da APU, (um dos quais será o Presidente que terá voto de qualidade) e outro o Director Médico da Merck Sharp & Dohme.

A decisão do Júri é soberana.

Os candidatos serão informados por escrito dessa decisão até 60 dias após a conclusão do prazo de entrega das candidaturas. O Bolseiro entregará à APU um relatório periódico da sua actividade, bem como um relatório circunstanciado à data da conclusão do período da Bolsa. O não cumprimento dos prazos previstos poderá implicar a anulação da Bolsa.

PUBLICAÇÃO

Os trabalhos realizados serão comunicados em reuniões científicas, nomeadamente no Congresso da APU, e serão publicados na Revista Acta Urológica como órgão oficial da APU, segundo normas editoriais.

A Merck Sharp & Dohme reserva-se o direito de publicar os trabalhos premiados. Em todas as publicações resultantes desta Bolsa deverá figurar sempre o patrocínio da Merck Sharp & Dohme.

A participação nesta Bolsa implica a aceitação das presentes normas. Para toda e qualquer situação não prevista caberá à Direcção da APU a sua resolução.

Bolsas investigação

Bolsa de Investigação Clínica em Urologia 2001

Bolsa da Associação Portuguesa de Urologia (APU).

Trata-se de uma Bolsa de Investigação Básica em Urologia.

Patrocínio Abbott Laboratórios.

VALOR

BOLSA DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA EM UROLOGIA de PTE. 1.500.000 ou e 7.482

OBJECTIVO

Apoiar o desenvolvimento da Urologia na sua vertente de Investigação Clínica.

TEMA

Um projecto que se possa enquadrar no campo da Investigação Clínica em Urologia.

DURAÇÃO

A Bolsa tem um carácter nacional anual.

CONDIÇÕES

Para participar, o investigador principal deverá ser membro da Associação Portuguesa de Urologia (APU) no pleno uso dos seus direitos.

Os trabalhos/Projectos de Investigação devem ser originais e inéditos.

APRESENTAÇÃO DAS CANDIDATURAS

Deverão ser apresentados 6 exemplares do Projecto de Investigação Clínica, com indicação dos seus objectivos e do material e métodos a utilizar, assim como do local onde se pretende desenvolver o projecto

e da sua calendarização (que não pode exceder dois anos) a enviar à sede da APU antes de 08 de Junho de 2001.

As propostas deverão ser enviadas por correio, mencionando a referência da Bolsa de Investigação em envelope fechado e lacrado, sem assinatura ou rubrica, nem outro sinal que possa identificar os seus autores.

Deverá incluir igualmente um outro envelope com o tema do trabalho proposto, e que no seu interior terá os dados do autor ou autores, domicílio, e local de trabalho. Este envelope será aberto apenas após o conhecimento do júri.

JÚRI

A Bolsa será atribuída por um júri composto por 5 membros designados pelo Conselho Directivo da Associação Portuguesa de Urologia, um dos quais será o Presidente, que terá voto de qualidade, e outro, Director Médico de ABBOTT Laboratórios. A decisão do júri é soberana.

Os candidatos serão informados por escrito dessa decisão até 60 dias após a conclusão do prazo das candidaturas. O bolseiro entregará à APU relatórios periódicos da sua actividade e um relatório final à data da conclusão do periodo da Bolsa. No caso da não efectivação do trabalho no prazo previsto, o valor da Bolsa será revertido para a APU.

PUBLICAÇÃO

Os trabalhos realizados serão comunicados em reuniões científicas, nomeadamente no Congresso da APU, e publicados na Acta Urológica Portuguesa, como orgão Oficial da APU, segundo as normas editoriais. ABBOTT Laboratórios reserva-se o direito de publicar o trabalho premiado. Em todas as publicações resultantes desta Bolsa deverá figurar sempre o patrocínio da APU e de ABBOTT Laboratórios numa Bolsa de Investigação Clínica.

A candidatura a esta Bolsa implica a aceitação das presentes normas.

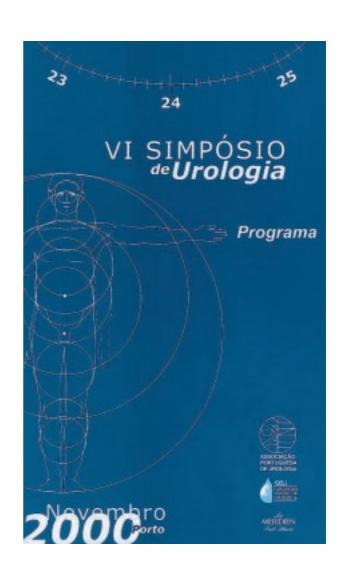
Para toda e qualquer situação não prevista cabe à direcção da APU a sua resolução.

VI SIMPÓSIO DE UROLOGIA

VI SIMPÓSIO DE UROLOGIA

NOVEMBRO 2000 PORTO

A APU realizou de 23 a 25 de Novembro o VI Simpósio de Urologia o qual teve lugar no Porto, e constituiu o último evento levado a cabo pela anterior Direcção. A organização foi obra do Presidente, Dr. Adriano Pimenta, que mais uma vez demonstrou um empenhamento e capacidade de trabalho inexcedíveis. O programa científico incluiu pela primeira vez um curso organizado pela European School of Urology (ESU) cujo Chairman foi o Prof. Rolf Ackermann, e que contou com a participação de figuras de enorme prestígio da













Urologistas portugueses. Este painel foi moderado pelo Dr. Mendes Silva tendo tido ampla participação da audiência a qual demonstrou grande interesse em debater alguns dos temas tratados no referido inquérito.

O Programa Social foi também de grande qualidade pelo acolhimento a todos os títulos inexcedível do casal Pimenta - o Dr. Adriano e a D. Fernanda conseguiram momentos de inesquecível convívio social dos quais salientamos o Jantar do Simpósio.

Urologia Europeia. O segundo dia foi dedicado a Fístulas em Urologia, Oncologia Peniana, Rastreio do Cancro da Próstata e Urologia na Adolescência. Foi incluída também pela primeira vez uma conferência em que a palavra foi dada a um doente," A visão do Outro Lado ", pelo General Garcia dos Santos. No último dia assistimos a quatro conferências organizadas pela Association Française D'Urologie e que foram moderadas pelos Drs. Adriano Pimenta e François Richard. O Simpósio terminou com um painel sobre "O Presente e o Futuro da Urologia em Portugal" em que foram apresentados os resultados de um inquérito aos



Notícias

DIA DO SÉNIOR / DIA DO JÚNIOR

O *Dr. Fernando Xavier* para o Dia do Sénior e o *Dr. Carlos Rabaça* para o dia do Júnior serão os responsáveis pela criação de um evento o qual para além de um programa científico, cultural ou social pode incluir uma homenagem a um Colega Sénior/Júnior.

TRABALHO DE INVESTIGAÇÃO NACIONAL

Para elaborar um relatório sobre a incidência e prevalência do **Varicocelo e Criptorquidia em Portugal**, foi convidado como coordenador o *Dr. Real Dias*.

BOLSAS DE INVESTIGAÇÃO EM UROLOGIA 2001

Além das Bolsas de Investigação Clínica e de Investigação Básica divulgadas neste Boletim, a direcção da APU decidiu, no intuito de dar um maior apoio à investigação, estar disponível para atribuir mais bolsas sempre que a qualidade e interesse científico dos projectos sejam reconhecidas. As normas serão basicamente as mesmas das outras bolsas e o montante será estipulado pelo Conselho Directivo após apreciação das candidaturas.

NOVAS COMISSÕES

Comissão para o Desenvolvimento da Investigação Científica em Urologia (Básica e Clínica)

Constituição:

Prof. Carneiro de Moura (Coordenador) Prof. Francisco Cruz, Dr. Paulo Vale e Dr. Arnaldo Figueiredo

Comissão para Normas de Gestão em Urologia

Constituição:

Dr. J. M. Campos Pinheiro (Coordenador)

Dr. Helder Monteiro, Dr. Real Dias, Dr. Almeida e Sousa e Dr. Fernando Carreira

Comissão de Ética e Normas Médico-Legais em Urologia

Constituição:

Dr. António Requixa (Coordenador)

Dr. Henrique de Carvalho e Dr. Arnaldo Lhamas

Cada Comissão elaborará um relatório sobre o tema proposto durante o biénio.

BOLSAS E PRÉMIOS APU - 2000

BOLSA DE INVESTIGAÇÃO CLÍNICA EM UROLOGIA

Título: A repetição da sequência CAG no gene do receptor dos

androgéneos e sua relação com a criptorquidia

Autores: Miguel Silva Ramos (Investigador principal)

Interno de Urologia do HGSA – Porto Prof. Doutor José Manuel Cabeda (Co-investigador)

Responsável pela Unidade de Biologia Molecular do HGSA –

Porto

José Soares (Consultor)

Assistente Hospitalar de Urologia do HGSA – Porto

TRABALHO DE REVISÃO - PRÉMIO APU

Título: Incidentaloma da glândula supra-renal. Avaliação e atitude

terapêutica

Autores: João Marcelino, José Dias, Francisco Martins e Tomé Lopes

Serviço de Urologia, Hospital de Pulido Valente, Lisboa

VANTAGENS/REGALIAS POR SER SÓCIO DA A.P.U.

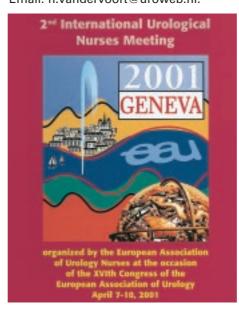
- Participação na vida científica da Associação de Urologia Portuguesa
- Distribuição gratuita do Boletim da A.P.U.
- Distribuição gratuita da Revista da A.P.U.
- Distribuição gratuita dos livros editados pela A.P.U. (Consensos, História, etc.)
- Distribuição gratuita do "CD Rom" editado pela A.P.U.
- Acesso gratuito à Página da Internet da A.P.U. e respectivos "Links"
- Vantagens na participação no Congresso A.P.U e Simpósio A.P.U. e outros Cursos, Simpósios e Congressos
- Condições para concorrer aos Prémios, Bolsas e Estágios A.P.U.
- Utilização da Sede e dos seus equipamentos (Biblioteca, Videoteca, Computadores, Informática, Internet, Documentação, Gabinetes, etc.)
- Vantagens no Secretariado (Documentação, textos, slides, comunicados, etc.)
- Ligação a Associações Urológicas Internacionais (EAU, EBU, ESU, EORTC-GU, SIU, CAU, SBU, AEU)
- Acesso a material didáctico de outras Associações Urológicas Internacionais por convenção com a APU
- Acesso a material didáctico importante (Ex.: Recomendações e consensos, livros importantes, CD Rom's, vídeos, cassetes, etc.) por negociação da APU com Industria Farmacêutica e Técnica para suporte da sua distribuição pelos membros da A.P.U.
- Bolsas de Estudo e Estágio para tecnologias especiais a introduzir no País (Projecto Estruturado) por negociação da A.P.U. com Instituições e Indústria
- Descontos em Livrarias e Editoras (a promover)
- Descontos em material Profissional Endoscopias, Ecografias, Urodinâmica, outros. (a promover)
- Descontos em Seguros de actividade profissional e outros (a promover)
- Descontos em Viagens Profissionais e outras (Agências de Viagens, Rede de Hotéis, Rent-a-Car, Pousadas de Portugal, etc.) (a promover)

agenda

Abril

07 a 10

"The XVIth EAU Congress"
Palexpo – GENEVA.
Email: n.vandervoort@uroweb.nl.



CONSTRUCTION ASSOCIAÇÃO FLATACION DE UNICLOSTA 2001 CONSTRUCTION DE UNICLOS 2001 CONSTRUCT

21 a 23

"Congresso da Associação Portuguesa de Urologia 2001" Hotel Solverde – ESPINHO. Viagens Abreu SA – PORTO

27 a 30

"13th Vídeo-Urology World Congress" GDANSK-SPOT-GDYNIA/POLAND. Email: urol@amg.gda.pl

Fevereiro

15 a 16

"O HOMEM A ENVELHECER" Inst. de Educ. Médica – UNL – LISBOA. Telef 218853079; Fax 218853464; Email iempgc@esoterica.pt.

18 a 22

"EUROPEAN UROLOGICAL WINTER FORUM" – DAVOS

Março

01 a 04

"First Asian ISSAM Meeting on the Aging Male" – Shangri-La Hotel, Kuala Lumpur, Malaysia. Email: ilney@tm.net.my

03

"INTERNATIONAL MEETING ON RECONSTRUCTIVE UROLOGY" – HAM-BURG

05 a 08

VI Curso Avances en Urologia - Valência

28 a 30

X Congresso Nacional de Andrologia – ASESA – Espanha - Alicante. Email: medicongres@farmanet.com

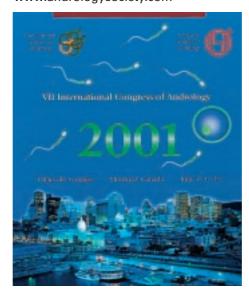
Junho

02 a 07

Congresso AUA – Anaheim Southern California

15 a 19

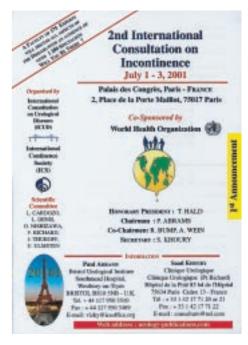
"VII International Congress of Andrology" – Palais des Congrès – MONTRÉAL, CANADÁ, Email: asa@hp-assoc.com. ASA Website: www.andrologysociety.com



Julho

01 a 03

«2nd International Consultation on Incontinence» Palais des Congrés – PARIS. Email: consulturo@aol.com



RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO 1. DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO

midos de 12,5 mg midos de 25 ma

POSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA

VIOXX 12,5 mg: cada comprimido de contém 12,5 mg de rofecoxibe. VIOXX 25 mg: cada comprimido de contém 25 mg de rofecoxibe. VIOXX 25 mg: cada comprin 3. FORMA FARMACEUTICA

3. FUNIMA PRAMIALEUTIVA
Comprimido VIDOX 125 mg. comprimido redondo, ligeiramente côncavo, de cor creme/esbranquiçada, com a gravação "MSD 74" num lado e VIOXX no outro. VIOXX 25 mg. comprimidos redondos, de cor amarela, com a gravação "MSD 110" num lado e VIOXX no outro.

4 INFORMAÇÕES CLÍNICAS

4. Indicações terapêuticas
Alívio sintomática por tratamento da osteoartrose.
4.2 Posologia e modo de administração

42 Posalogia e modo de administração
VIOXX à diministrado por via oral. A doss inicial recomendada no adulto é de 12,5 mg uma vez por dia. Alguns doentes podem ter um beneficio adicional com o aumento
da dose para 25 mg uma vez por dia. Não deve ser excedida uma dose diária de 25 mg, VIOXX pode ser tomado com ou sem alimentos. IDOSDS: O aumento da dose giaria de 12,5 mg para 25 mg nos idoses deve ser feito com precaução. INSUFICENCIA REFUAL. Tão é necessário qualquer ajustamento posológico para doentes com valores de depuração da creatinia de 30-90 ml/min (ver 4.4 Advertências e precauções especiais de utilização e 5.2 Propriedades farmacociméticas). INSUFICIENCIA HEPÁTICA:
em doentes com insuficiência hepidica ligeira 15-5 ne secala de Child Pugh) não deve ser excedida a dose mais baixa recomendada de 125 mg uma vez por dia (ver 4.4 Advertências e precauções especiais de utilização) e 5.2 Propriedades farmacociméticas). USO PEDIATRI/CO: Não é indicada a utilização de VIOXX em crianças.

O rofecoxibe está contra-indicado em:

- u rorecxone esta contra-iniciacio em:
 denets com lipersensibilidad e conhecida a qualquer dos excipientes deste medicamento
 doentes com libersensibilidad e conhecida a qualquer dos excipientes deste medicamento
 doentes com disfunção hepática moderada ou grave [≥ 7 na escala de Child-Pugh)
 doentes com depuração de creatimina estimada em < 30 ml/min
 doentes com depuração de creatimina estimada em < 30 ml/min
 doentes com depuração de creatimina estimada em < 30 ml/min
 doentes com deserridois (AINE)
 infilamentórios ao sectridois (AINE)
 terceiro trimestra da gravidaz e aleitamento (ver 4.6 Gravidaz e aleitamento e 5.3 Dados de segurança pré-clínica)
 denete com docos para flamentóis insteriou.

- terceiro trimestre da gravidez e aleitamento (ver 4.6 Gravidez e aleitamento e 5.3 Dados de segurança pré-clínica)
- doentes com idoença militamatória intestinal
- dentes com idoença militamatória intestinal
- dentes com isonicilicacia cardiacia congestiva grave.

4.4 Advertâncias e precauções expeciais de utilitzação
- As prostaglandinas enais podem desempenhar uma função compensadora na manutenção da perfusão renal. Assim, sempre que haja comprometimento da perfusão
- renal. Do dentes que apresentam maior risco de desencadear esta resposta são so que tem diminuição assignificativa pré-existente da função renal, insuficiencia cardiarenal. Do dentes que apresentam maior risco de desencadear esta resposta são so que tem diminuição aspiritativa pré-existente da função renal, insuficiencia cardiarenal. Os dentes que apresentam maior risco de desencadear esta resposta são so que tem diminuição aspiritativa pré-existente da função renal, insuficiencia cardiaquando se inicia o tratamento com rofecoxibe. Recomenda-se a re-hidratação dos doentes a tes de iniciar a terapêtuica com rofecoxibe. Tal como acontree com ourrofecoxibe poder provocar retenção de liquidos, e recomenda-se precaução em doentes a tener refecoxibe. Devia adorte do tratamento com
rofecoxibe poder provocar retenção de liquidos, recomenda-se precaução em doentes com história prior de insuficiência cardiaca, disfunção ventricular esquerda ou
hipertensão e em doentes com edema pré-existente devido a qualquer outra causa. Deve manter-se vigilância clínica apropriada nos doentes idoos e nos doentes
com disfunção renal, hepática ou cardiaca, que estájam a tomar rofecoxibe. Nos estudos clínicos, alguns doentes com ostecartores (DA) tratados com rofecoxibe
desenvolveram perfunções, úlceras ou hemorragias (PUHs). Doentes com história prévia de PUH e doentes com dade superior a 55 anos parecenam ampresentar um
rofecoxibe desenvolveram perfunções, úlceras ou hemorragias (PUHs). Dientes com história prévia de PUH e doentes com dades uperior a 55 anos pa desenvolveram perfurações, úlceras ou hemorragias (PUHs). Doentes com história prévia de PUH e doentes com idade superior a 65 anos pareceram apresentar um risco superior para PUH o inscos disintos usa sastinisteánisma, dema ou hipertensão estão aumentados com doess diánis superior as 25 mg. Nos estudos clínicos com orfoccubie verificaram-se aumentos da 150 d'ou 167 (cerca de três ou mais vezes o limiar superior do normal) em aprocamadamente 1% dos dentes. Um doente que apresente sintomas e (ou sinais sugestivos de disfunção hepática, ou que apresente um resultado anomal num teste da função hepática, deverá ser avaliado para confirmar se essas alterações persitema. A terapétulor a com redecoxibe deverá se internorial se forem detectados resultados anomes persistentes nos testes da função hepática (três vezes o limiar superior do normal). O rofecciobe pode mascarar a febre. O uso do rofecciobe, tal como de qualquer fármaco que iniba a COX-2, não é recomendado em mulheres que pretendam engravidar (ver 4.6 Gravidaz e aleitamento e 5.1 Propriedades farmacodinámicas). DOENTES PEDIATRICOS. O trofecciobe não foi sistudado em crianças e deverá ser usado apenas em doentes adultos. A quantidade de lactose em cada comprimido (39,5 mg no comprimido de 12,5 mg e 79,34 mg no comprimido de 25 mg ha o provevelmente sufficiente para induizir sintonas específicos de intoleráncia à lactose.

**A linterações medicamentoses o eutras formas de internacional Normalised Ratio (INR) do tempo de protromibina de aproximadamente 8. Tem havidor relatos de aumentos do la Internacional Normalised Ratio (INR) do tempo de protromibina de aproximadamente 8. Tem havidor relatos de aumentos de la INR de tempo de portromibina de aproximadamente 8. Tem havidor relatos de aumentos de la INR de tempo de portromibina, para entre estretamente nomi varfarina e em alguns casos impuseram reversão de amicoagulação, em doentes a tomar concomitantemente varfarina o umedicamentos semelhantes devem ser estretamente montroracional entre rofeccobe em posologias

Tote Coute em possonigas durazas no cluma, Assam, so cumera a forma variante ou mecunamous arenientais sucreina est est extenimente minimizatos en traspato a no IRR do tempo de protromibira, particularmente nos primeiros dias quando a terapétuca com rofeccible in iniciada ao quando a desse de rofeccible com a minimizar a mante com rofeccible en minimizar a mante a mante a sociada a uma pequena atenuação do defina anti-hipertensor faumento médio de 2,8 mm H en Persão Atrental en comparação com o inibidor ECA administrado isoladamento. Tal como acontace com os outros medicamentos que imbem a ciclo-oxigenase, em alguns doentes com comprometimento da função renal, a administrado concomitante de um minidor ECA e de rofeccible pode provocar uma deterioração da função renal, que é normalmente reversival. Deve en esta en consideração estas interacções em doentes a tomar rofeccible conomitantemente com inibidores ECA. A utilização concomitante de AINEs pode reduzir também a eficacia anti-hipertensora dos bloqueadores beta-adrenériços e dos diuréticos, bem como so outros efeitos dos diuréticos. Não existem dados sobre a pose-sel interacções entre no reforcible e nos holousadores has adrenáricos un diurétirios. Não existem dados sobre a pose-sel interacção entre no reforcible e nos holousadores has adrenáricos un diurétirios. Não activa de neulibria o administração da forma forma com processor de norma como contras entre no reforcible em com forma como contras entre no reforcible en rofercoble uma vaz nor samenia a nicacia alimini per latis ad uso upuedanos bara-antenienguos e uso unique cost, por la compositio de com com artrite reumatóide a receber 7.5 mg a 15 mg/semana de metotrexato. Quando rofecoxibe e metotrexato são administrados concomitantemente, deve considerar se a monitorização adequada da toxicidade relacionada com o metotrexato. Não se observou qualquer interacção com a digoxina.Os dados in vivo de um estudo de rofecoxibe. Contudo, a administração concomitante de rofecoxibe com rifampicina, um potente indutor das enzimas do CYP, provocou uma diminuição de aproximadaoneces. Contado, a administração como em como como em como porte incurso as sintenses ou for proviocou and ambiento est orectivos com industria porte incurso as sintenses ou for proviocou and ambiento est orectivos en proviocou a forma consideração de cetoconazol (um inibidor potente do CYP3A4) não afectou a farma-cocinética plasmática do rofecoxibe. A cimetidina ou os antiácidos não afectam a farma-cocinética do rofecoxibe de forma clinicamente relevante.

cocineuca pasmanica do rotecxone. A cimenoma ou os anuacioos não afectam a farma occineuca do rotecxone de forma clinicamente relevante. A Gravidaz a alfamando GRAVIDEZ O uso de rofecxoxibe, tal como de qualquer outro fármaco que iniba a COX-2, não é recomendado em mulheres que pretendam engravidar (ver 5.1 GRAI/IDEZ O uso de rofeccionhe, tal como de qualquer outro fármaco que imba a CDV-2, não é recomendado em mulheres que pretendam engravidar (ver \$1 - Propriedades fameacolinainicas). Uso de rofeccionhe está contra-indicado no tilimo trimestre da gravidar porque, tal como so utrimacos que imbae a situase das prostaglandinas, este pode causar inércia uterina e encerramento prematuro do canal arterial (ver \$3 Cantra-indicagões). Não foi estudado o uso do rofe-cocibe em mulheres grávidas em ensaios clínicos adequados e bem controlados, não devendo assim ser usado durante os dois primeiros trimestres da gravidar, a menos que o beneficio potencial para a doente justifique o risco potencial para o feto (ver \$3 Dados de seguranag ará-clinical, MAES DUE AMAMENTAM. Não se sabe so o rofeccioabe è excretado no leite humano. D rofeccioa de excretado no leite humano. D rofeccioa de seguranag residanciações e \$3 Dados de seguranag residanciações e \$3 Dados de seguranag residancia de seguran

Doentes a tomar rofecoxibe que sintam tonturas, vertigens ou sonolência devem evitar guiar ou trabalhar com máquinas 4.8 Eleitos indesejáveis

Em estudos clínicos, o rofecoxibe foi avaliado em relação à segurança em aproximadamente 5400 indivíduos, incluindo aproximadamente 800 doentes tratados durante um período igual ou superior a um ano. Os seguintes efeitos indeseiáveis relacionados com o fármaco foram reportados com incidência superior à do placebo em estu-Emesious similos, o rotectude ou a rational em la reagua a seguranta, em a promisemente sou unicomus, micunto a plazon activamente acourtomente acutoristica de la reagua de l

Aparelho cardiovascular: hipertensão. azia, mal-estar epigástrico, diarreia, náuseas, dispepsia. Aparelho digestivo Sistema nervoso: cefaleia Pele e faneras prurido

Pouco frequentes (>1/1000, <1/100)
Corporais/local não especificado:
Aparelho digestivo: astenia/fadiga, distensão abdominal, dor torácica. obstipação, úlcera oral, vómitos, flatulência, refluxo ácido. acufenos. Olhos, ouvidos, nariz e garganta Metabolismo e nutrição aumento de peso

Aparelho musculoesquelético: cãimbras musculares insónia, sonolência, vertigens. depressão, diminuição da acuidade mental. Sistema nervoso: Perturbações psiquiátricas: Aparelho respiratório:

Pele e faneras: Muito raros (< 1/10.000)

Corporais/local não especificado: reaccões de hipersensibilidade, incluindo angioedema, urticária,

Nos estudos clínicos, o perfil de efeitos indesejáveis foi similar em doentes tratados com rofecoxibe durante um período igual ou superior a 1 ano. ns Adversos I ab

requentes (>1/100, <1/10): aumento da TGO, diminuição do hematócrito, aumento da TGP.

mais rrequentes (>1/100/, <1/100/; aumento da 15U, diminuição do hematócrito, aumento da TGP.

Pauco frequentes (>1/1000/, <1/100/) urámia aumentada, diminuição do hematócrito, aumento da creatinina sérica, aumento da fosfatase alcalina, proteinúria, diminuição do minuição do minumo de notroficios.

Foram relatados os seguintes efeitos indesejáveis graves associados à utilização de AINEs, não podendo ser excluídos para o rofecoxibe: nefrotoxicidade incluindo nefiria intersticial, sindrome nefrótica e insuficiância renal, hepatitoxicidade incluindo insuficiência hepática e hepatite; bixicidade gastroinisticial incluindo pertração, ulceração e hemorragia; civicidade relacionada com o volume de sobrecarga incluindo insuficiência arediace a insuficiêncial respuentaç, eletos adversos cutánes ou das mucosas e reacções cutáneas graves. Tal como acontece com os AINEs, podem também ocorrer reacções alárgicas mais graves incluindo reacções amaflácticas/anafilactidos, sem exposição anterior ao rofecoxibe.

43. Sobredosagem

4.9 Sobradosagem
Durante os estudos clínicos não foram reportadas quaisquer sobredosagens com rofecoxibe. Em estudos clínicos, a administração de doses únicas de rofecoxibe até
1000 mg e de doses múltiplas até 250 mg/dia durante 14 días, não provocou toxicidade significativa. Em caso de sobradosagem, recomenda-se o emprego das medidas de suporte usuais, por ex., remoção do material não absorvido do tracto GI, proceder a monitorização clínica e, se necessáno, instituir medidas terapêtiticas de uporte. O rofecoxibe não é dialisável por hemodiálise; não se sabe se o rofecoxibe é dialisável por diálise peritoneal.

5 PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS

A from includes farmacoccoronado.

3. Tropnicadades farmacodinâmicas
Código ATC: MO1 AH. O rofecosibe é um imbidor selectivo da ciclo-oxigenase-2 (COX-2) activo por via oral, nas posologias utilizadas na clínica. A ciclo-oxigenase é responsável pela produção de prostaglandinas. Foram identificadas duas isoformas, a COX-1 e a COX-2. A COX-1 está expressa constitutivamente em alguns tecidos, responsável pela produção de prostaglandinas. Foram identificadas duas isoformas, a COX-1 e a COX-2. A COX-1 está expressa constitutivamente em alguns tecidos, responsável pela produção de prostaglandinas. Foram identificadas duas isoformas, a COX-1 e a COX-2. A COX-1 está expressa constitutivamente em alguns tecidos, responsável pela produção de prostaglandinas. Foram identificadas duas isoformas para constitutivamente em alguns tecidos, responsável pela produção de prostaglandinas. Foram identificadas duas isoformas, a COX-1 e a COX-2. A COX-1 está expressa constitutivamente em alguns tecidos, responsável pela produção de prostaglandinas. Foram identificadas duas isoformas, a COX-1 e a COX-2. A COX-1 está expressa constitutivamente em alguns tecidos, responsável pela produção de prostaglandinas. Foram identificadas duas isoformas, a COX-1 e a COX-2. A COX-1 está expressa constitutivamente em alguns tecidos, responsável pela produção de prostaglandinas. Foram identificadas duas isoformas de coxideradas duas isoformas de coxideradas de c sondo Arc. Mor Art. Osciolados d'un incolocados d'un incolocados de la responsáve ple al produção de prostaglandinas. Foram identificadas dius sisoformas, a CDX-1 e a CDX-2 A CDX-1 está expressa constitutivamente em alguns tecidos, incluindo o estómago, intestintos, rino en asplaquetas, a o passo que a CDX-2 está expressa constitutivamente num número limitado de tecidos, incluindo o cerêbro, o rime a parelho reproduiron. Ha evidincia rela eque a CDX-2 desempenhe um papel na outuaçãa, implantação, enceramento do canal atreita en as funções do sistema nervoso central líndução da febre, percepção da dor, função cognitival. A CDX-2 pode ter um papel na cicatrização de úlceras em animais experimentais e apesar da CDX-2 ter sido identificada no tecido circundante das úlceras gastricas na espécia humana, não loi estabelecida a sua relevância na cicatrização de úlceras no homem. A CDX-2 to a isoforma da entraima que se demenstros user indudad por estimulas pro-rimiliantorios, admindo-se que seja a principal responsável pela sintese de mediadores prostandides da dor, inflamação e febre. A imbigão a estatisticamente significativa da CDX-1 não foi documentada no homem com qualquer dose de rofeccobbe. Com base nos dados in vitro, a imbigão da CDX-1 pode ocorrer durante a administração crincia de rofeccobbe de 250 mg por dia. Os efeitos anti-inflamaticios do rofeccobbe foram demonstrados em modelos animais convencionais usados para avaliar AINEs. Ao longo dos estudos de farmacologia clínica, em comparação com o placebo, o rofeccobbe en 570 mg uma más dos partes que rofeccobbe en doses diárias de 125 mg e 25 mg, inbinindo a CDX-2 en cerera de 70%, ao passo que rofeccobbe en doses diárias de 467 mg en uma dose única do profeccobbe foram mentos intomácios do selectorios lor inflamentos intomácios do selectorios en lor imbiga do CDX-1 dependente da dose com posações de eficacio foram realizadas apenas mas articulações da anca ou do jeleho, contudo, a populaçõe em entre dos a comparação com o placebo. O rofeccobbe não inibiu a s availações aites de uita selanta. Assin, deve der se en consoler açado i mui or divectude (uitas à qualor tinos qualque de vesparen um minor de acçual miestado se manifes combinada, pré-definida de obis estudos de endoscopia com a divação de 24 semanas em doentes com OA, as percentagens de deentes com ulceração gastroduodenal detectada por endoscopia foram similares entre o placebo e doses de rofecocibe de 25 mg e 50 mg por dia ao fim de 12 semanas. Em cada um destes estudos, a incidência cumulativa de úlceras gastroduodenais foi significativamente inferior durante 12 e 45 semanas em doentes tratados com rofecocibe do que em doentes tratados com por dia. Numa análise combinada, qué réfeinda, de oite neassos cílicios, a incidência cumulativa de foi trato GI superior confirmadas em doentes tratados com ordecocibe foi significativamente inferior à incidência cumulativa combinada observada em doentes tratados com AINEs (50 mg de diclofenac três vezes por dia, 800 mg de ibuprofeno três vezes por dia e 1500 mg de nabumetona por dia. Estes resultados foram influenciados principalmente pela exper-

800 mg de ibuprofeno três vezes por dia). A incidência de PUH's foi numericamente superior com uma dose de 50 mg, em comparação com uma dose de 25 mg, contu-

80 mg de ibuprofeno três vezes por dia). A incidência de PUH's foi numericamente superior com uma dose de 50 mg, em comparação com uma dose de 25 mg, contudo continuou a ser inferior ao risco existente com os dedos combinados dos ANIÉs usados nestes estudos. As interrupções do tratamento devido a experiências adversas GI causadas em 12 neses pelo firmado foram emos frequentes no saco do refereções. As incidências de um conjunto pré-definido de experiências adversas GI relacionadas com o fármaco foram inferiores com rofecoxibe, durante 12 meses; este efeito foi maior durante os primeiros 6 meses 52. Propriedades farmacocineticas ASDRIÇÃO. O rotecoxibe administrado por via oral é bem absorvido nas doses recomendadas de 12,5 mg e 25 mg. A biodisponibilidade oral média é de aproximadamente 9%. A póis uma administração idiaria de 25 mg no estado de equilibrio, o pico da concentração plasmática (média geométrica da C.— e. 9.0% givingilh foi observado a proximadamente dentro de 2 a 4 horas, (T.—) a poés administração a adultos em jejum. A área geométrica média so à a curva (AUC-») foi de 381 ug/hyml. VIDVX. Comprimidos e VIDVX. Suspensão Oral são bioequivalentes. A ingestão concomitante de alimentos não afecta a termacocinética do refecoxibe. DISTRIBUIÇÃO: O rofecoxibe liga-se aproximadamente em 5% às proteínas plasmáticas humanas em concentrações entre QIS a 25 jugilm. No homem, o volume de distribuição (V.—) é de cerca de 100 filors, a bareria hentacita. ES filog, Nos ratos coelhos, o rofecoxibe adravessa a placenta, enos ratos, a bareria hentacido seiso coelhos, o rofecoxibe adravessa a placenta, enos ratos, a bareria hentacidos seisos como de coelhos procedos de como hidroxádos el acutos, que cortibuiro para portumadamente de 5% da radioactividade el ma a contração plasmáticas do citocromo P430 (CP). No homem, foram identificados seisos de como hidroxádos el como hidroxádos que contribuiro may para aproximadamente de 5% da radioactividade. metabolitos. Os metabolitos principais foram o cis- e trans-dihidro rofecoxibe (como hidroxiácidos), que contribuiram para aproximadamente 56 % da radioactividade recuperada na urina, e o metabolito 5-hidroxi qlucoronido, que contribuíu para um valor adicional de 9 %. Estes metabolitos principais também não demonstraram qualrecuperada na uniria, e o metabolito 5-hidroxi glucoronido, que contribuiu para um valor adicinal de 9%. Estes metabolitus principais também não demonstraram qualquer actividade mensurável como inibidores de collo-oxigenase ou foram apenas pouco activos como inibidores da CUX-2 EUMINAÇÃO. Após a administração de 125 m god e uma dose oral de rofecciobre marcada radioactivamente a individuos asuadiveis, 17 % en adiacetividade foi recuperada a uniria en 4 % nas fezes. A eliminação do radecoubre corre quase exclusivamente através de metabolização, seguida de excreção renal. As concentrações do rofecciobre no estado de equilibrio são atingi-das ao fim de 4 dias de administração diária única de 25 mg, com uma taxa de a cumulação de aproximadamente 17, correspondendo as ensividad de acumula-da e 17 horas. Estima-se que a depuração plasmidica de de proximadamente de 120 ml/min para uma dose de 25 mg. CARACTERISTICAS DOS DOENTES: IDISSOS a far-macocinética nos idoses (idade superior a 65 anos) é semelhante à dos jovens. A exposição sistêmica ê -30% superior no idose do que no joven (Ver 4.2 Posologia e modo de administração). SEXIC a farmacocinética do roteccioa de comparada en manter a de la comparada de 18 mas en administração de 12 m de manter a de 18 m de participante de 18 m de 18 m

celliptes especials de unimayon.

23 Dados de segunara part-cinica.
Nos estudos pré-clínicos, o rofecoxibe não demonstrou ser genotóxico, mutagênico ou carcinogênico. Num estudo de toxicidade crónica em ratos, o rofecoxibe provonos estudos per-cimicos y orteconose nad deministrou ser genoración, mutagenico de cateriogenico, non estudo de unicidad por entre e vivência embrionária/fetal no rato. Foi também observada uma diminuicão de diâmetro do canal arterial, relacionada com o tratamento, situação que se sabe estar associada aos AINEs. Os estudos de toxicidade na reprodução em ratos e coelhos não demonstraram qualquer evidência de anomalias do desenvolvimento com doses a 50 molkoldia loos ratos isto representa ~29 vezes a dose diária recomendada no homem com hase na exposição sistêmica) (ver **4.3 Contra-indicações** e **4.6 Gravide**.

o migriquia (nos rausos sur epresenta - 25 vezes a cuose una na ecomentada no momento com aces tra exposção sistemical por 43.6 como a monte por exemplo de a eleitamento. Describido, nos ceolhos foi determinado o perfil dos metallosis, tomando a sessi mácical a vallação da relaváncia cha no ceolho. Os dados de um estudo de amamentação cruzada indicaram toxicidade nas crias, provavelmente devido à exposição ao leite de progenitoras submetidas a tratamento (Ver 4.6 Gravidez

e aleitamento). 6. INFORMAÇÕES FARMAÇÊUTICAS

6.1. Lista dos excipientes

Lactose monohidratada, celulose microcristalina, hidroxipropil celulose, croscarmelose sódica, estearato de magnésio e óxido de ferro amarelo (E172).

Não aplicável. 6.3 Prazo de validade

24 meses

6.4 Precauções especiais de conservação

o.4 Precuyeos especiais se conservação
Mão existem quaisquer precações especiais de conservação.
6.5 Natureza e conteúdo do recipiente
Placas de alvéolos opacas de PVQ/alumínio em embalagens contendo 5, 7, 10, 14, 15, 28, 30, 50, 56, 60, 84 ou 98 comprimidos.
Placas de alvéolos opacas de PVQ/alumínio (doses unitárias) em embalagens de 50 ou 500 comprimidos.
6.6 Instruções de utilização e manipulação

1.5 Total de servicio de servicio de manipulação

1.5 Total de servicio de servici

7. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO MERCK SHARP & DOHME, Lda

Quinta da Fonte, Edificio Vasco da Gama 2780-730 Paco de Arcos

MERO(S) DE AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

VIOXX comprimidos de 12,5 mg: 301 20 85 - Embalagem de 14 comprimidos

301 z 40 s - Embalagem de 28 comprimidos 301 z 48 1- Embalagem de 28 comprimidos 301 z 48 1- Embalagem de 56 comprimidos 301 z 48 6 s - Embalagem de 50 comprimidos (Uso hospitalar) 301 38 3 S - Embalagem de 500 comprimidos (Uso hospitalar) VIOXX comprimidos de 25 mg: 301 34 89 s - Embalagem de 14 comprimidos 301 34 89 s - Embalagem de 14 comprimidos

301 36 87 - Embalagem de 28 comprimidos

301 39 84 - Embalagem de 56 comprimidos 301 43 88 - Embalagem de 50 comprimidos (Uso hospitalar) 301 44 87 - Embalagem de 500 comprimidos (Uso hospitalar)

9. DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO

16 de Outubro de 1999 10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO

PRODUTO	EMB.	N.º COD.	PVP	C. GER.	0/0	ESTADO	DOENTE	C. UNIT.	C.M.	T.D.	%	ESTAD0	DOENTE	C. UNIT.	C.M.T.D.	
rnubulu	EIVID.	N. COD.	FVF	G. GEN.	70	ESTADO	DOENTE	C. UNIT.	ESTAD0	DOENTE					ESTAD0	DOENTE
VIOXX 12,5mg	14 comp.	3012085	4.691\$	01	70%	3.284\$	1.407\$	335\$	235\$	100\$	85%	3.987\$	704\$	335\$	285\$	50\$
VIOXX 12,5mg	28 comp.	3012283	8.444\$	01	70%	5.911\$	2.533\$	302\$	211\$	91\$	85%	7.177\$	1.267\$	302\$	257\$	45\$
VIOXX 25mg	14 comp.	3013489	4.691\$	01	70%	3.284\$	1.407\$	335\$	235\$	100\$	85%	3.987\$	704\$	335\$	285\$	50\$
VIOXX 25mg	28 comp.	3013687	8.444\$	01	70%	5.911\$	2.533\$	302\$	211\$	91\$	85%	7.177\$	1.267\$	302\$	257\$	45\$

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO PRODUTO

1-DENOMINAÇÃO DA ESPECIALIDADE:

2-COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:

Cada comprimido contém 5 mg de finasteride como principio activo. 3-FORMA FARMACÊUTICA:

Comprimidos para administração por via oral 4-INFORMAÇÕES CLÍNICAS:

4.1-INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:

O PROSCAR é indicado no tratamento e controlo da hiperplasia benigna da próstata (HBP), provocando a regressão da próstata hiperplásica e melhorando o débito urinário e os sintomas associados com a HBP. Os doentes com próstata hiperplásica são os candidatos adequados para a terapêutica com PROSCAR. PROSCAR está também indicado nos homens com HBP para reduzir o risco de retenção urinária aguda que requer cateterização e/ou intervenção cirúrgica, incluindo ressecção transuretral da próstata (RTUP) e prostatectomia

4.2-POSÓLOGIA E MODÓ DE ADMINISTRAÇÃO:
A posologia diária recomendada é de 1 comprimido de 5 mg, tomado ou não à refeição. Embora se possa observar alguma melhoria no início, pode ser necessário um acompanhamento terapêutico de, pelo menos, 6 meses para avaliar se terá sido atingida uma resposta benéfica. Posologia na Insuficiência Renal:

Não são necessários ajustamentos posológicos em doentes com vários graus de insufiência renal (depuração da creatinina até 9 ml/min.), dado que os estudos farmacocinéticos não indicaram nenhuma alteração na distribuição do finasteride Posologia nos Idosos:

Não é necessário qualquer ajustamento posológico, embora os estudos farmacocinéticos indiguem que a eliminação do finasteride está algo diminuída nos doentes com mais de 70 anos de idade 4.3-CONTRAINDICAÇÕES:

PROSCAR não está indicado nem para mulheres nem para crianças

PROSCAR é contraindicado nas seguintes situações:
Hipersensibilidade a qualquer componente deste medicamento. Gravidez Em mulheres que estejam ou possam vir a estar grávidas (ver: PRECAUÇÕES: Gravidez e Exposição ao Finasteride Risco Para o Feto

4.4-PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO:

Uma vez que a resposta benéfica ao PROSCAR pode não se manifestar imediatamente, os doentes com um grande volume urinário residual e/ou com o débito urinário gravemente diminuído devem ser cuidadosamente vigiados para a eventualidade de ocorrer uropatia obstructiva.

Cancro da Próstata

Recomenda-se que, antes de se iniciar o tratamento com PROSCAR, e depois, periodicamente, os doentes sejam observados para despiste da existência de cancro da próstata, através de exame digital do recto e de outro tipo de exames. Tem-se verificado um aumento da utilização de PSA (Prostate Specific Antigen -Antigénio Específico da Próstata) sérico como forma de detecção do cancro da próstata. Geralmente, um valor basal de PSA-10 ng/ml (Hybritech) requer uma melhor avaliação e a hipótese de uma biópsia; quando os valores de PSA se situarem entre 4 e 10 ng/ml, aconselham-se mais exames. O médico deverá estar ciente de que um valor basal de PSA-4 ng/ml não exclui a hipótese de cancro da próstata. O finasteride provoca uma diminuição das concentrações séricas do PSA, mesmo na presença de cancro da próstata (ver: INTERACÇÃO FÁRMACO-DETERMINAÇÕES LABORATORIAIS). A redução dos níveis séricos do PSA em doentes com HBP tratados com PROSCAR deve ser analisada aquando da avaliação dos dados de PSA, e não exclui a hipótese de cancro da próstata concomitante. Qualquer aumento constante nos níveis do PSA, em doentes tratados com finasteride, deverá ser cuidadosamente avaliado, pondo inclusivamente a hipótese de não cumprimento do tratamento com PROSCAR. Ainda não foi demonstrado qualquer benefício clínico de l'ac cumplimiente de tratamiente de l'activité de l'act

PROSCAR não está indicado para utilização em crianças. Não foram estabelecidas a segurança e eficácia

4.5-INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS E OUTRAS FORMAS DE INTERACÇÃO:

Não se identificaram interacções de importância clínica, PROSCAR parece não afectar significativamente o sistema enzimático de metabolização de fármacos ligado ao citocrómio P450. Os compostos que foram testados no homem incluiram o propranolol, a digoxina, o gliburide, a varfarina, a teofilina e a antipirina. Outra Terapêutica Concomitante.

Embora não se tenham efectuado estudos de interacções específicas, PROSCAR foi utilizado, nos estudos clínicos, concomitantemente com inibidores da ECA, bloqueadores alfa, bloqueadores beta, bloqueadores dos canais de cálcio, nitratos, diuréticos, antagonistas H2, inibidores da redutase de HMGCoA, antiinflamatórios não esteróides (AINE), quinolonas e benzodiazepinas, sem evidência de interacções adversas clinicamente

Interacção Fármaco-Determinações Laboratoriais:

A concentração sérica do PSA está relacionada com a idade do doente e com o volume prostático, e este illimo está relacionado com a idade do doente. Quando as determinações laboratoriais do PSA são avaliadas, há que ter em conta que os níveis PSA encontram-se geralmente diminuídos nos doentes tratados com PROSCAR (ver: *PRECAUÇÕES*, *Cancro da Próstata*). Em muitos doentes, é observada uma rápida descida nos valores do PSA, durante os primeiros meses de tratamento, após os quais estabiliza num novo valor basal. O valor basal pós-tratamento aproxima-se de metade do valor de pré-tratamento. Esta descida é previsível dentro da totalidade dos valores do PSA, embora possa variar individualmente. Por isso, nos doentes típicos tratados com PROSCAR, durante 6 meses ou mais, os valores PSA deverão ser multiplicados pelo factor 2 quando se comparam com os valores normais nos homens não tratados. Há uma sobreposição considerável nos valores PSA entre homens com e sem cancro da próstata. Assim, nos homens com HBP, os valores PSA, dentro do limite normal de referência, não excluem a hipótese de cancro da próstata, apesa os values PSA, centro de ilmine fromate de federacia, na la excudent a importese de caracto da prostanta, apesar do tratamento com finasteride. A capacidade de utilização do PSA para distinguir a HBP do cancro não foi afectada pelo tratamento com PROSCAR, segundo uma comparação de valores PSA feita entre homens com cancro da próstata diagnosticado, que tomavam PROSCAR (n=10), e homens sem diagnóstico de cancro da próstata, que tomavam PROSCAR.

4.6-GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

Utilização na Gravidez:

O PROSCAR é contraindicado nas mulheres que estejam grávidas ou possam vir a engravidar (ver: CONTRAINDICAÇÕES). Devido à capacidade dos inibidores da 5alfaredutase inibirem a conversão de testosterona em dihidrotestosterona, estes medicamentos, incluindo o finasteride, podem causar anomalias nos órgãos genitais externos do feto de sexo masculino, quando administrados à mulher grávida. Exposição ao Finasteride: Risco Para o Feto Masculino:

Utilização na Amamentação:

Os comprimidos esmagados ou partidos de PROSCAR não devem ser manuseados por mulheres que estejam grávidas ou possam vir a engravidar, devido à possibilidade de absorção do finasteride e ao potencial risco subsequente para o feto masculino (ver: Utilização na Gravidez).

O PRÓSCAR não está indicado para as mulheres. Desconhece-se se o finasteride é excretado no leite

4.7-EFEITOS SOBRE A CONDUÇÃO DE VEÍCULOS E O USO DE MÁQUINAS:

PROSCAR não altera a capacidade de conduzir veículos ou de utilizar máquinas

4.8-EFEITOS COLATERAIS:

PROSCAR é bem tolerado. Foram suspensos 7 doentes dos ensaios clínicos controlados, com duração de 12 meses, e que envolveram 543 doentes tratados com PROSCAR 5 mg/dia, devido a efeitos colaterais atribuíveis ao PROSCAR. As experiências adversas relacionadas com a função sexual constituiram os efeitos colaterais relatados mais frequentemente; contudo, dos 7 doentes referidos anteriormente, apenas 1 suspendeu a terapêutica com PROSCAR, devido a essas experiências. Nestes estudos, os efeitos colaterais considerados pelo investigador como possível, provável, ou definitivamente relacionados com o fármaco, e que ocorreram com uma frequência superior a 1% e superior ao placebo, foram: - impotência (3,7% com PROSCAR, 1,1% com placebo); - libido diminuída (3,3%, 1,6%); - diminuíção do volume do ejaculado (2,8%, 0,9%). O periode experiências adversas em aproximadamente 1 100 doentes tratados com PROSCAR 5 mg/dia, durante 24 meses, em 400 doentes tratados durante 36 meses e em 50 doentes tratados durante 48 meses, foi semelhante ao observado nos estudos com duração de 12 meses. Não há prova de que o aumento da duração do tratamento com PROSCAR possa provocar um aumento dos efeitos adversos. A incidência de novos efeitos adversos, no campo sexual, relacionados com o medicamento diminui com a duração do tratamento e, em mais de 60% dos doentes que desenvolveram experiências sexuais adversas, estas desapareceram com a continuação do tratamento. Durante a experiência pós-comercialização, registaram-se os seguintes efeitos colaterais adicionais: - glândula mamária aumentada e sensível à dor; - reacções de hipersensibilidade, incluindo inchaço do lábio e exantema dermatológico.

Achados Laboratoriais

Quando se avaliam as determinações laboratoriais do PSA, deve terse em consideração o facto de os níveis PSA se encontrarem diminuídos em doentes tratados com PROSCAR (ver: *PRECAUÇÕES*). Não se observaram outras diferenças nos parâmetros laboratoriais clássicos entre doentes tratados com placebo e com PROSCAR

Houve doentes que receberam doses únicas de PROSCAR até 400 mg e doses múltiplas até 80 mg/dia, durante três meses, sem se terem verificado efeitos adversos. Não se recomenda qualquer trata específico na sobredosagem com PROSCAR.

5-PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS:

5.1-PROPRIEDADES FARMACODINÂMICAS: PROSCAR (finasteride, MSD) é um composto 4azaesteróide sintético. É o primeiro de uma nova classe de inibidores específicos da 5alfaredutase, uma enzima intracelular que metaboliza a testosterona num androgénio mais potente, a dihidrotestosterona (DHT). O finasteride não tem afinidade para o receptor androgénico. A hiperplasia benigna da próstata (HBP) é comum nos homens com mais de 50 anos e a sua prevalência aumenta com a idade. O desenvolvimento da próstata, e a subsequente HBP, é dependente da conversão ad testosterona em DHT na próstata. Como acontece nos outros processos mediados por androgénios, a HBP é uma perturbação lenta e progressiva e, por isso, a inversão das manifestações clínicas da HBP pode requerer vários meses de tratamento. PROSCAR é indicado no tratamento e controlo da HBP. PROSCAR é altamente eficaz na redução dos níveis da DHT plasmática e intraprostática. No intervalo de 24 horas após a administração oral de PROSCAR, há uma redução significativa dos níveis circulantes de DHT como resultado da inibição da 5alfaredutase. Em doentes com HBP, o finasteride, administrado durante 12 meses numa dose de 5 mg/dia, mostrou reduzir as concentrações de DHT circulante em aproximadamente 70% e foi associado a uma redução média do volume da próstata de aproximadamente 20%. Além disso, houve uma redução de cerca de 50% no PSA, a partir dos valores basais, sugerindo uma redução do crescimento das células epiteliais da próstata. A supressão dos níveis de DHT e a regressão da próstata hiperplástica, com o decréscimo associado dos níveis de PSA, mantiveramse em estudos de até 24 meses. Nestes estudos, os níveis circulantes da testosterona encontravamse aumentados em cerca de 10%, embora se situassem dentro dos limites fisiológicos. Em ensaios clínicos de longa duração em doentes tratados com 5 mg/dia de PROSCAR, a supressão da DHT foi associada a uma regressão marcada do volume da próstata, a um aumento do débito urinário máximo e a uma melhoria dos sintomas globais e obstructivos. Este controlo da HBP mantevese durante um acompanhamento clínico de dois anos, sugerindo, portanto, que PROSCAR pode reverter o processo patológico da HBP. Em comparação com os valores iniciais, os doentes mostraram uma melhoria em todos os três parâmetros primários de eficácia, na primeira avaliação feita ao volume da próstata (ao 3º mês) e ao fluxo urinário e sintomas (à 2ª semana). Comparativamente ao placebo, após três meses, ocorreram diferenças estatisticamente significativas na diminuição do volume da próstata e do antigénio específico da próstata (PSA). Também foram observadas diferenças estatisticamente significativas, em relação ao placebo, nos débitos urinários máximos, ao fim de 4 meses, e uma melhoria dos sintomas globais e obstructivos, ao fim de 7 meses. Uma meta-análise associando dados correspondentes a um período de 12 meses provenientes de sete estudos em dupla ocultação, controlados por placebo, incluindo 4491 doentes com HBP sintomática, demonstrou que, a magnitude da resposta aos sintomas e o nível de melhoria nos débitos urinários máximos dos doentes tratados com PROSCAR, foi significativamente superior nos doentes com próstata hiperplásica (aproximadamente 40cc e superior). Em cada um dos três estudos em dupla ocultação, controlados por placebo com a duração de dois anos foi observada redução significativa do volume prostático, e melhoria nos débitos e nos sintomas nos doentes tratados com PROSCAR. Durante o período de dois anos do estudo, PROSCAR evitou a progressão do crescimento da próstata. Uma análise conjunta das situações urológicas ocorridas durante estes três estudos (N=4222) demonstrou que a terapêutica com PROSCAR, reduziu significativamente a incidência da retenção urinária aguda requerendo cateterização e intervenção cirúrgica (incluindo ressecção transuretral da próstata (RTUP) e prostatectomia) em comparação com placebo. O tratamento com PROSCAR diminiui a incidência da retenção urinária aguda em 57% - 57 casos [2,7%] do grupo de placebo versus 24 casos [1,1%] no grupo de finasteride. O tratamento com PROSCAR também diminuiu a incidência de intervenções cirúrgicas em 34% -138 casos [6,5%] no grupo placebo versus 89 casos [4,2%] no grupo de finasteride).

5.2-PROPRIEDADES FARMACOCINÉTICAS:

Após uma dose oral de 14Cfinasteride no homem, 39% da dose foi excretada na urina sob a forma de metabolitos (não foi excretado nenhum fármaco inalterado na urina) e 57% da dose total foi excretada nas fezes. Neste estudo, foram identificados dois metabolitos do finasteride, que apresentam somente uma reduzida fracção da actividade inibidora da 5-alfa-redutase do finasteride. Em relação a uma dose de referência intravenosa, a biodisponibilidade oral do finasteride é de aproximadamente 80%. A biodisponibilidade não é afectada pelos alimentos. As concentrações plasmáticas máximas de finasteride são atingidas aproximadamente duas horas após a administração e a absorção é completa após seis a oito horas. O finasteride apresenta uma semivida pasmática média de seis horas. A ligação às proteinas é de aproximadamente 93%. A depuração plasmática e o volume de distribuição são de aproximadamente 165 ml/min, e 76 litros, respectivamente. A velocidade de eliminação do finasteride é algo diminuída nos idosos. A medida que se envelhece, a semivida aumenta desde uma média de aproximadamente 6 horas nos homens de 1860 anos de idade até 8 horas nos homens com mais de 70 anos de idade. Este facto não tem significado clínico e, portanto, não é exigível uma redução da posologia. Em doentes com insuficiência renal crónica, nos quais a depuração da creatinina variou entre 9 e 55 ml/min., a distribuição de uma dose única de 14Cfinasteride não foi diferente da dos voluntários saudáveis. A ligação às proteínas também não diferiu nos doentes com insuficiência renal. A fracção de metabolitos que habitualmente é excretada renalmente foi excretada pelas fezes. Portanto, parece que a excreção fecal aumenta proporcionalmente à diminuição da excreção urinária dos metabolitos. Não é ssário nenhum ajustamento posológico nos doentes não dializados com insuficiência renal

5.3-DADOS PRÉ-CLÍNICOS SOBRE SEGURANÇA:
Os efeitos in utero da exposição ao finasteride durante o período de desenvolvimento embrionário e fetal foram avaliados no macaco rhesus (20 -100 dias de gestação), uma espécie com um desenvolvimento mais idêntico ao desenvolvimento humano em comparação com os ratos e os coelhos. A administração intravenosa de finasteride em macacas grávidas em doses de 800 ng/por dia (pelo menos 60 a 120 vezes a exposição mais elevada ao finasteride que é estimada a partir do sémen) não provocou quaisquer anomalias no feto masculino. Como confirmação da importância do modelo rhesus para o desenvolvimento fetal humano, a administração oral de uma dose muito elevada de finasteride (2 mg/kg/dia; 20 vezes a dose humana recomendada ou aproximadamente 1-2 milhões de vezes a exposição mais elevada estimada ao finasteride a partir do sémen) em macacas grávidas resultou em anomalias genitais externas do feto masculino. Não foram observadas outras anomalias nos fetos masculinos nem foram observadas quaisquer anomalias relacionadas com a administração do finasteride, qualquer que fosse a dose, em fetos femininos

6-INFORMAÇÕES FARMAÇÊÚTICAS: 6.1-LISTA DOS EXCIPIENTES:

lactose; - docusato de sódio; - estearato de magnésio; - amido de milho prégelatinizado; - glicolato sódico de amido; - óxido de ferro amarelo (E172); - hidroxipropilmetilcelulose; - hidroxipropilcelulose; - dióxido de titânio; - talco; - laca de alumínio de carmim indigo (E132). 6.2- INCOMPATIBILIDADES:

6.3-ESTABILIDADE:

Período de validade: 24 meses. 6.4-PRECAUÇÕES PARTICULARES DE CONSERVAÇÃO:

Guardar abaixo de 30°C e proteger da luz.
6.5-NATUREZA E CONTEÚDO DO RECIPIENTE:

Embalagens de 14, 28 e 56 comprimidos. 6.6-INSTRUÇÕES PARA O SEU USO / MANUSEAMENTO: Os comprimidos esmagados ou partidos de PROSCAR não devem ser manuseados por mulheres grávidas ou que possam engravidar (ver: CONTRAINDICAÇÕES, Utilização na Gravidez, e Exposição ao Finasteride Risco para o Feto Masculino)

- NOBE OU RAZÃO SOCIAL E DOMICÍLIO OU SEDE SOCIAL DO TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE COLOCAÇÃO NO MERCADO:

MERCK, SHARP & DOHME, LDA.
Quinta da Fonte, Edifício Vasco da Gama (19), P.O. Box 214 — Porto Salvo 2780-730 PAÇO DE ARCOS

8-NÚMERO DE REGISTO DA AUTORIZAÇÃO DE COLOCAÇÃO NO MERCADO: Embalagem de 14 comprimidos - 2133189; Embalagem de 28 comprimidos - 2133288;

Embalagem de 56 comprimidos - 2133387

9-DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO:

Autorização - 23.07.92

10-DATA DA REVISÃO (PARCIAL) DO TEXTO:

PRODUTO	EMB.	PVP	%	ESTADO	DOENTE	C. UNIT.	C.M.T.D.		0/	ESTADO	DOENTE	C. UNIT.	C.M.T.D.	
							ESTADO	DOENTE	′°	LSTADO	DOLINIE	C. UNIT.	ESTADO	DOENTE
PROSCAR 5mg	14 comp.	4.512\$	40%	1.805\$	2.707\$	322\$	129\$	193\$	55%	2.481\$	2.031\$	322\$	177\$	145\$
PROSCAR 5mg	28 comp.	8.067\$	40%	3.227\$	4.840\$	288\$	115\$	173\$	55%	4.437\$	3.630\$	288\$	158\$	130\$

agenda

04 a 05

« 1st International Consultation on Stone Disease" Palais des Congréss – PARIS. Email: consulturo@aol.com



September Septem

18 a 21

"31st Annual Meeting of International Continence Society" Seoul – Korea

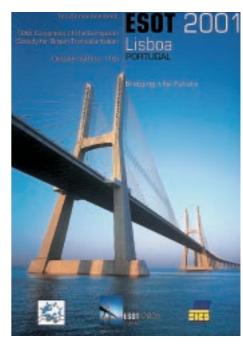
tel.: 82.2.3476.7700 Fax: 82.2.3476.8800

Email: Koconex@chollian.net

06 a 11

"10th Congress of the European Society for Organ Transplantation" (ESOT) LISBOA.

Email: certame@mail.telepac.pt



Setembro

03 a 06

" Mediterranean Urol. Assotiation Congress" – MarraKech – Marrocos

27 a 29

"14° Curso Internacional de Urología" VIGO

Fax: 986-421439

29 Set a04 Out

"XXVIII Congresso Brasileiro de Urologia" – FORTALEZA E-mail: sbu@urologia.com Fax: 0055212461194

Outubro

30 Set a 03 Out

«4th Biennial Congress of the European Society for Sexual and Impotence Research» ROMA.

Email: sc. congressi@agora.stm. it

Website: essir2001.it



23 a 26

"8th Asia-Pacific Society for Impotence Research" (APSIR) – PHUKET, THAILAND. Email: apichat.k@chula.ac.th



21 a 26 Set

Congresso da CAU Panamá

07 e 08 Nov

VI Congresso Nacional de Andrologia Hotel Almansor – Carvoeiro - Algarve





O Poder de Prevenir

