



Rui Reis e Ana Rita Duarte falam sobre o *HydrUS*tent, um cateter ureteral biodegradável que recebeu o Grande Prémio de Inovação 2015 do Novo Banco. Contando também com a participação do urologista Estevão Lima, este projeto foi desenvolvido pelo Laboratório Associado ICVS/3B's da Universidade do Minho **P.8**

Entrevistado em Munique, James N'Dow, presidente do *Guidelines Office Board* da EAU, avançou algumas novidades das diretrizes que vão ser publicadas ainda este ano

**P.6**



## Portugal bem representado no Congresso Europeu

Como palestrantes ou moderadores, a apresentar pósteres ou a assistir às sessões científicas, dezenas de urologistas e internos portugueses participaram no 31.º Congresso da European Association of Urology (EAU). Em Munique, entre 11 e 15 de março passado, os congressistas nacionais abordaram temas como a transplantação renal, as disfunções miccionais, a litíase renal e a cirurgia reconstrutiva urogenital **P.14 a 22**



## 05 ATUALIDADES

Simpósio APU 2016 terá lugar em Troia, entre 28 e 30 de outubro



## 06 DISCURSO DIRETO

Entrevista a James N'Dow, presidente do *Guidelines Office Board* da European Association of Urology (EAU)



## 08 IN LOCO

Rui Reis fala sobre o trabalho do grupo 3B's – Biomateriais, Biodegradáveis e Biomiméticos



## 10 MEDICINA FAMILIAR

Reportagem no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Setúbal, dirigido por António Canelas



## 12 DESTAQUES DO 31.º CONGRESSO DA EAU

Ricardo Patrão escreve sobre o diagnóstico e o tratamento da retenção urinária aguda



## 14 PARTICIPAÇÕES DE JOSÉ REIS SANTOS, NUNO TOMADA E LORENZO MARCONI

Destaques do 31.º Congresso da EAU



## 16 PARTICIPAÇÕES DE ARNALDO FIGUEIREDO E PEDRO NUNES

Participações de José Reis Santos, Nuno Tomada e Lorenzo Marconi



## 17 UROEVENTOS

Participações de Arnaldo Figueiredo e Pedro Nunes



## 18 PARTICIPAÇÕES DE FRANCISCO CRUZ E TIAGO ANTUNES LOPES

Participações de Francisco Cruz e Tiago Antunes Lopes



## 20 PÓSTERES E VÍDEOS APRESENTADOS POR CONGRESSISTAS PORTUGUESES

Pósteres e vídeos apresentados por congressistas portugueses



## 22 WORKSHOP SOBRE CIRURGIA DA URETRA NO HOSPITAL DE SANTA MARIA E 16.ªS JORNADAS NACIONAIS DE MEDICINA FAMILIAR

Workshop sobre cirurgia da uretra no Hospital de Santa Maria e 16.ªs Jornadas Nacionais de Medicina Familiar



## 23 ECOS DO COLÉGIO

Luís Campos Pinheiro assina um parecer sobre eletroporação irreversível da próstata



## 24 ESPAÇO JOVEM

Paulo Temido e José Santos Dias fazem a antevisão do Módulo V da Academia de Urologia, que coordenam



## 26 (INTER) NACIONAIS

Entrevista a Paulo Dinis, membro do *Guidelines Office Board* da EAU



## 28 VIVÊNCIAS

As missões humanitárias de Francisco Martins, urologista no Hospital de Santa Maria, em Lisboa



### Corpos Gerentes da APU para o biênio 2015-2017

#### ASSEMBLEIA-GERAL

**Presidente:** Tomé Matos Lopes  
**Vogal:** Avelino Fraga  
**Vogal:** Luís Abranches Monteiro  
**Suplente:** Paulo Rebelo  
**Suplente:** António Pedro Carvalho

#### CONSELHO DIRETIVO

**Presidente:** Arnaldo Figueiredo  
**Vice-presidente:** Garção Nunes  
**Secretário-geral:** Pedro Nunes  
**Tesoureiro:** Miguel Ramos  
**Vogal:** José Fortunato Barros  
**Vogal:** Miguel Carvalho  
**Vogal:** Luís Xambre  
**Suplente:** Carlos Guimarães  
**Suplente:** Eduardo Cardoso Oliveira  
**Suplente:** Pedro Monteiro

#### CONSELHO FISCAL

**Presidente:** Francisco Rolo  
**Vogal:** Francisco Carrasquinho Gomes  
**Vogal:** Jorge Oliveira  
**Suplente:** Rui Carneiro  
**Suplente:** Miguel Cabrita

#### CONSELHO CONSULTIVO

**Presidente:** Arnaldo Figueiredo  
**Vogal:** Alberto Matos Ferreira  
**Vogal:** Joshua Ruah  
**Vogal:** Adriano Pimenta  
**Vogal:** Manuel Mendes Silva

### Ficha Técnica

#### Propriedade:



Rua Nova do Almada, n.º 95 - 3.º A  
1200 - 288 LISBOA  
Tel.: (+351) 213 243 590  
Fax: (+351) 213 243 599  
apurologia@mail.telepac.pt  
www.apurologia.pt

**Diretor do jornal:**  
Pedro Nunes

**Correio do leitor:** urologia.actual@gmail.com

#### Edição:



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

**EsferaDasIdeiasLda**

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

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

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

**Redação:** Ana Luísa Pereira, Luís Garcia, Marisa Teixeira, Paula Ferreira Fernandes e Sandra Diogo

**Fotografia:** Rui Jorge

**Design e paginação:** Susana Vale

**Colaborações:** João Paulo Godinho e Sérgio Azenha

**Depósito Legal:** N.º 338826/12

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

Patrocinadores desta edição:



# Acompanhar a evolução tecnológica

## Caros leitores do *Urologia Actual*,

É com enorme prazer que vos convidamos a ler a 26.ª edição desta nossa e já clássica publicação trimestral. As opiniões, maioritariamente positivas, que nos têm sido transmitidas obrigam-nos a manter aceso o desafio de vos fazer chegar, em primeira mão, a atualidade da *Urologia* portuguesa e internacional. Em conjunto com a fantástica equipa da Esfera das Ideias, tentámos resumir a participação lusa no maior fórum da *Urologia* europeia, que este ano decorreu em Munique, entre 11 e 15 de março.

O congresso da EAU é, habitualmente, o palco escolhido por muitos grupos de urologistas e empresas farmacêuticas e de material técnico para apresentação dos seus trabalhos e produtos mais recentes e inovadores. A *Urologia* portuguesa tem tentado acompanhar esta evolução vertiginosa da técnica e da tecnologia médicas. No entanto, aparelhos altamente sofisticados rapidamente se tornam obsoletos, devido ao aparecimento de novos dispositivos mais precisos, com maior definição ou mais eficazes na realização de determinada tarefa.

Infelizmente, parece-me que o fosso que separa a prática da *Urologia* nacional desta *Urologia* de ponta é cada vez maior, pois temos a noção de que os conselhos de administração das nossas instituições não estão preparados para acompanhar esta rápida progressão de uma especialidade que depende muito das novas tecnologias!

Se nada for feito, a *Urologia* portuguesa, apesar de ter profissionais altamente competentes e bem treinados, passará, dentro de poucos anos, a praticar uma Medicina que, aos olhos dos nossos colegas de países mais desenvolvidos, será antiquada e fora da *legis artis*. Cabe-nos reivindicar para os nossos doentes os tratamentos e as tecnologias que, em consciência, julgamos serem os mais adequados, sem ceder a pressões economicistas dos nossos governantes.

Fazemos também, neste número, uma antecipação do Simpósio da Associação Portuguesa de *Urologia* 2016. Escolhemos, desta vez, o mote «Fronteiras em *Urologia*», que nos parece adequado numa altura em que a nossa especialidade aparenta perder terreno em áreas onde, tradicionalmente, era líder. Com este evento, pretendemos partilhar interesses dentro da comunidade urológica e reavivar a importância do nosso conhecimento profundo em assuntos como *Urologia* pediátrica, uro-oncologia, patologia da suprarrenal, transplantação renal, uroginecologia, imagiologia, gestão clínica, entre outros.

Nesta edição, continuamos com o espaço que visa dar voz ao Colégio da Especialidade de *Urologia* da Ordem dos Médicos, desta feita com um parecer sobre a eletroporação irreversível da próstata. Esperamos que a leitura deste número seja do vosso agrado.

Saudações urológicas,



*Pedro Nunes*

**Pedro Nunes**  
Secretário-geral da APU

## APOIOS CIENTÍFICOS RECENTES DA APU

### 12.ªs Jornadas de *Urologia* da Zona Centro em Medicina Familiar

25 e 26 de fevereiro de 2016  
Fundação Bissaya Barreto, Coimbra  
Organização: Alfredo Mota

### CESA/VASA Laparoscopic Workshop

26 de fevereiro de 2016  
Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Évora  
Organização: José Cardoso Oliveira e Pedro Galego

### XXI Workshop de *Urologia* Oncológica

8 e 9 de abril de 2016  
Hotel Tivoli Carvoeiro, Lagoa  
Organização: Fernando Calais da Silva

### II Curso Pós-graduado de Atualização em Cirurgia Intrarrenal Retrógrada

25 e 26 de maio de 2016  
Hospital de Santa Maria, Lisboa

Organização: Serviço de *Urologia* do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM) e disciplina de *Urologia* da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), no âmbito do Centro de Formação Pós-graduada em *Urologia*

### II Curso de Atualização em Patologia Urológica

6, 13, 20, 27 e 28 de maio de 2016  
Serviço de *Urologia* do Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães  
Organização: Ricardo Ramires

### 13.ª edição do Curso «Challenges in Laparoscopy and Robotic»

9 a 11 de junho de 2016  
Fundação Champalimaud  
Organização: Jorge Fonseca

### I Curso Pós-graduado de Atualização em Neuromodulação Sagrada

24 de junho de 2016

Hospital de Santa Maria, Lisboa

Organização: Serviço de *Urologia* do CHLN/HSM e disciplina de *Urologia* da FMUL, no âmbito do Centro de Formação Pós-graduada em *Urologia*

### II Curso Pós-graduado de Atualização em Urodinâmica

23 de setembro de 2016  
Hospital de Santa Maria, Lisboa  
Organização: Serviço de *Urologia* do CHLN/HSM e disciplina de *Urologia* da FMUL, no âmbito do Centro de Formação Pós-graduada em *Urologia*

### Lisbon Laparoscopic Urological Week

12, 13 e 14 de outubro de 2016  
Hospital de Santa Maria, Lisboa  
Organização: Serviço de *Urologia* do CHLN/HSM e disciplina de *Urologia* da FMUL, no âmbito do Centro de Formação Pós-graduada em *Urologia*

## Troia acolhe Simpósio APU 2016

«Fronteiras da Urologia» é o tema do XIV Simpósio APU 2016, que vai decorrer de 28 a 30 de outubro, no Centro de Congressos de Troia. Em foco estarão os pontos de contacto da Urologia com outras especialidades, que também se farão representar, particularmente nas mesas-redondas que vão cruzar perspetivas distintas sobre os mesmos tópicos. Segundo Arnaldo Figueiredo, presidente da APU, «a Urologia tem uma grande abrangência e muitas áreas de charneira com a imagiologia avançada, a transplantação renal, a Oncologia, a Cirurgia Pediátrica, entre outras».

Investigação clínica e básica, suprarrenal, transplantação renal, Oncologia urológica, uroginecologia, Urologia pediátrica e imagiologia serão alguns dos temas contemplados no programa científico, que também incluirá uma sessão organizada pelo Núcleo de Internos da APU. O reforço da colaboração com a Associação Espanhola de Urologia, que tem sido uma aposta forte da APU neste mandato, terá continuidade com a participação de alguns oradores espanhóis. A Ordem dos Médicos também terá protagonismo neste XIV Simpósio, através da participação numa sessão mais dedicada à formação no internato médico e à especialização, além da Assembleia-geral do Colégio da Especialidade de Urologia.



«Infelizmente, não foi possível organizar o Simpósio APU 2016 no Funchal, como estava inicialmente previsto, por motivos logísticos. No entanto, penso que Troia é uma boa escolha, porque permite que todos os congressistas fiquem alojados num perímetro estreito», refere Arnaldo Figueiredo. E conclui: «Creio que estão reunidas as condições para que, mais uma vez, a participação na reunião magna da Urologia portuguesa seja muito efetiva, dando continuidade à presença crescente e sustentada de especialistas e internos nas reuniões da APU.»

## Incontinência urinária «deu o que falar» nos media

Por ocasião do Dia Mundial da Incontinência Urinária (IU), que se assinala a 14 de março, a Associação Portuguesa de Urologia (APU) e a Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (APNUG) colaboraram fortemente com os meios de comunicação social, com o objetivo de alertar a população para este problema que, em Portugal, afeta cerca de 33% das mulheres e 16% dos homens com mais de 40 anos. «Por causa da nossa intervenção na imprensa ao longo dos anos, há muitos mitos que têm sido desfeitos e cada vez mais as pessoas com esta doença pedem ajuda médica rapidamente», sublinha Luís Abrantes Monteiro, presidente da APNUG.

O balanço das iniciativas de sensibilização deste ano é francamente positivo e vários urologistas foram entrevistados e convidados a participar em programas televisivos e espaços noticiosos. O tesoureiro da APU e secretário-geral da APNUG, Miguel Ramos, falou no programa *Bom Dia Portugal*, da RTP3 (com reprodução na RTP1, RTP África e RTP Internacional), e no programa *Consultório*, do Porto Canal. Vítor Hugo Vaz Santos falou no *Diário da Manhã*, da TVI/TVI24. Por sua vez, Luís Abranches Monteiro prestou declarações na *Edição da Manhã*, da SIC/SIC Notícias. Ao nível dos jornais e revistas, da rádio e do online, foram divulgadas dezenas de artigos a propósito da IU.

Com o objetivo de desmistificar muitos conceitos errados ainda associados a esta patologia, as intervenções dos urologistas foram no sentido de esclarecer a população sobre os novos meios de tratamento, chamando a atenção para os seus níveis de eficácia.

«Ao contrário do que muitos pensam, nem todas as pessoas com IU têm de ser submetidas a cirurgia; muitas podem ser tratadas com medicamentos. Mas, seja qual for o tratamento adotado, o que importa reter é que, hoje em dia, os métodos são muito mais eficazes e simples», esclarecem Abranches Monteiro e Miguel Ramos.



## Bolsas da APU em fase de candidaturas

Está a decorrer, até 31 de agosto de 2016, o prazo para entrega das candidaturas às Bolsas de Investigação da Associação Portuguesa de Urologia (APU), com o apoio das empresas Jaba Recordati, Tecnimede e Bayer, no valor de 8 000 euros cada. Os trabalhos vencedores serão conhecidos no XIV Simpósio APU 2016 (de 28 a 30 de outubro, no Centro de Congressos de Troia). Só serão aprovados trabalhos originais e enquadrados no campo da investigação em Urologia, sendo que, para a bolsa patrocinada pela Bayer, os projetos devem inserir-se no âmbito da investigação em Urologia oncológica.

Até ao final do prazo indicado, os candidatos devem fazer chegar à sede da APU, em Lisboa, três documentos com o resumo e o orçamento do projeto, assim como o nome dos autores, respetivos currículos e o local onde pretendem desenvolver a investigação. Ainda segundo os regulamentos, «o investigador principal deverá ser urologista e membro associado da APU em pleno uso dos seus direitos, nomeadamente com as quotas regularizadas».

Posteriormente, o bolsheiro terá de fazer prova do seu trabalho à APU, através de um relatório da atividade de investigação e/ou prova de publicação dos resultados obtidos, no prazo máximo de 18 meses após ter auferido o valor de 8 000 euros. Os resultados das investigações realizadas com o apoio destas bolsas devem ser obrigatoriamente apresentados na reunião científica principal da APU, ou seja, no congresso (em anos ímpares) ou no simpósio (em anos pares), e submetidos para publicação na revista *Acta Urológica Portuguesa*.



JAMES N'DOW



## «Produzimos e atualizamos um número sensivelmente constante de 20 *guidelines* por ano»

**James N'Dow é presidente do *Guidelines Office Board* da European Association of Urology (EAU) desde 2014.** Entrevistado em Munique, durante o último Congresso Europeu de Urologia, o responsável salienta que o trabalho da sua equipa tem um forte impacto na prática clínica dos urologistas, até porque produz e/ou atualiza cerca de 20 *guidelines* por ano. Este é um labor desafiante e que exige melhorias contínuas, sobretudo ao nível da avaliação da evidência mais importante na perspetiva dos doentes, da implementação e da harmonização das diretrizes nos vários países-membros da EAU.

Ana Luísa Pereira e Luís Garcia

### Que papel desempenha o *Guidelines Office Board* da EAU?

Cada painel de pessoas que elabora as *guidelines* deve saber como olhar para a evidência e como a fazer refletir nas diretrizes. Os membros deste *Office* são treinados para avaliar a evidência corretamente, usando metodologia concreta. Hoje em dia, temos boas evidências científicas para avaliar se um determinado tratamento é melhor do que outro. No entanto, as recomendações não devem ser apenas um sumário das evidências, mas também indicar o que deve ser feito. Por outro lado, identificar os resultados mais importantes na perspetiva dos

doentes é uma área em desenvolvimento e na qual devemos apostar nos próximos anos. Em consequência de muito esforço, agora, temos *guidelines* de grande qualidade e penso que esta é a plataforma certa para encorajar urologistas de todo o mundo a tirarem partido da evidência, mas de forma correta.

### O que o levou à presidência deste organismo?

Estive ligado aos ensaios clínicos durante 15 anos e, durante 10 anos, integrei a Cochrane Collaboration, uma rede independente de especialistas, que condensa a melhor evidência

científica para permitir decisões informadas. Essa experiência deu-me muito conhecimento acerca da evidência e, devido a esse percurso, juntei-me ao *Guidelines Office Board* da EAU há cinco anos, para ajudar a iniciar uma mudança na sua metodologia, desde a medicina baseada na eminência até à medicina baseada na evidência. Passados três anos, fui nomeado presidente, em 2014. Para mim, este é um trabalho extremamente importante. A evidência, mesmo sendo muito boa, não estava a ser direcionada para o doente. Por outro lado, existem tantas publicações, que os médicos têm dificuldade em acompanhá-las para se manterem atualizados.

### De que forma está estruturado este Office?

O *Guidelines Office Board* tem sede na Holanda, onde estão localizados os escritórios centrais da EAU. É constituído por cerca de 20 painéis de especialistas, sendo que cada painel tem, em média, dez membros. No total, esses 20 painéis envolvem aproximadamente 160 médicos, que cobrem todo o contexto da Urologia. Existem ainda outras pessoas que fazem trabalho de apoio. É uma grande organização. Nos últimos cinco anos, arrancámos com o Programa de Associados das *Guidelines*, para o qual identificamos jovens urologistas de diversas partes da Europa, alguns ainda em formação. São jovens muito talentosos e proporcionamos-lhes formação sobre novas metodologias e procedimentos para passar da evidência às diretrizes. Neste momento, temos cerca de 77 urologistas a trabalhar connosco no âmbito deste programa.

**«O que me entusiasma mais são os 77 jovens associados, que se dedicam, voluntariamente, ao *Guidelines Office Board* da EAU. Um desses jovens é português – o Lorenzo Marconi – e estamos muito impressionados com o seu bom desempenho»**

### Qual a importância do Programa de Associados das *Guidelines*?

Os especialistas dos 20 painéis dedicam muito esforço a esta causa e são todos voluntários. Mas o que me entusiasma mais são os 77 jovens associados, que se dedicam, voluntariamente, ao *Guidelines Office Board* da EAU. Um desses jovens é português – o Lorenzo Marconi [urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra] – e estamos muito impressionados com o seu bom desempenho. A sua atitude e o seu compromisso para com o trabalho e as *guidelines* são ímpares. O Lorenzo é um dos associados seniores que nos ajudam a gerir todos os outros. Neste momento, temos 12 associados seniores, os quais formámos ao longo dos últimos cinco anos. Eles evoluíram e estamos muito orgulhosos; temos pessoas talentosas, prontas para fazer o seu trabalho, de uma forma ainda melhor. Se, dentro cinco anos, outra pessoa ocupar o meu lugar, sei que ficará bem entregue aos «Lorenzos» que existem por todo o mundo!

### Na Urologia, surgem novas diretrizes com frequência?

Anualmente, produzimos e atualizamos um número sensivelmente constante de 20 *guidelines*. Assim que existem novas evidências, e se necessário, atualizamos as diretrizes. Existem ainda áreas *ad-hoc*, para as quais, casualmente, produzimos recomendações. Contudo, nem sempre é preciso atualizar a evidência a cada ano; há *guidelines* que poderão ser atualizadas a cada dois ou três anos. Na Urologia, as *guidelines* estão envolvidas em todas as áreas, mas claro que algumas têm mais impacto, como o cancro da bexiga. O conjunto de diretrizes que temos é muito extenso e, para os profissionais, é um desafio conhecer todas, pelo que conseguimos encontrar forma de realçar as recomendações essenciais de cada área.

### Como são acolhidas as *guidelines* pelos diversos países europeus?

Ao nível dos diferentes Estados-membros da EAU, a adesão é muito variável, pelo que se torna necessário conhecer as razões que levam ao não seguimento das recomendações. Portanto, acredito que uma importante peça do trabalho do *Guidelines Office* da EAU é avaliar esse impacto através da transferência de conhecimentos, para assegurar que mudamos comportamentos.

### É difícil discernir quando cooperar e quando ficar imune aos interesses da indústria farmacêutica?

A indústria farmacêutica contribui extraordinariamente para a qualidade da saúde e devemos respeitá-la. Contudo, apesar de ter em consideração os melhores interesses dos doentes, tem um carácter comercial. No *Guidelines Office*, fizemos o nosso melhor para estabelecer uma *firewall* entre nós e a indústria. Foi a maneira mais fácil e segura que encontrámos, mas reconheço que devemos agir de forma diferente. Precisamos de encontrar formas transparentes de envolvimento com a indústria. Neste contexto, não se permitem influências no modo como as diretrizes são elaboradas. Além do conflito de interesses das farmacêuticas, existe o conflito de interesses académicos, acerca de investigações em desenvolvimento, que pode ser igualmente perigoso.

O *Office* reconhece estes perigos. Porém, já atenuámos o risco – todos os nossos membros devem declarar, em público, os seus conflitos de interesses e que afiliações têm na indústria farmacêutica e de equipamentos. Não vamos atingir a perfeição subitamente, mas estamos no caminho certo. Vejo que existem oportunidades transparentes de partilha de conhecimentos com a indústria, em tópicos que não são conflituosos. Esta é uma área desafiante e estou muito comprometido com esta mudança.

## FACTOS & NÚMEROS

- 20 é o número aproximado de painéis de especialistas que integram o *Guidelines Office Board* da EAU;
- Cada painel é composto por cerca de 10 membros;
- O Programa de Associados das *Guidelines*, que visa cativar jovens urologistas de toda a Europa para este *Board*, foi iniciado há 5 anos;
- 77 urologistas, 12 deles seniores, integram este programa;
- O português Lorenzo Marconi é um dos membros seniores do Programa de Associados das *Guidelines*, além de integrar o Comité de Metodologia das *Guidelines* e o Painel de Carcinoma de Células Renais;
- Por ano, são produzidas e atualizadas cerca de 20 *guidelines* pelo *Guidelines Office Board* da EAU.

### As restrições económicas dos hospitais públicos podem influenciar o conteúdo das *guidelines*?

Sim, porque, para todas as *guidelines* que preparamos, existe uma análise de custo-benefício. A saúde é dispendiosa e cabe-nos tomar decisões difíceis. Na minha opinião, existem quatro áreas principais que se vão desenvolver num futuro próximo: o envolvimento das partes interessadas, a identificação dos resultados mais importantes na perspetiva dos doentes, a melhor implementação das *guidelines* nos vários países e a medição do seu impacto, e a harmonização entre os diferentes Estados-membros. Para produzir anualmente 20 *guidelines* atualizadas e com um custo muito elevado, temos de demonstrar que elas fazem a diferença.

Por isso, criámos um comité, liderado por Alberto Briganti, para avaliar o impacto das *guidelines* e perceber como são usadas em diferentes países. Relativamente à harmonização entre os Estados-membros, é necessário entender os diferentes sistemas de saúde e modelos de financiamento. Devemos elaborar diretrizes que proporcionem a todos os países os melhores cuidados aos seus doentes. Quando os países não puderem financiar determinada diretriz, deve existir uma segunda melhor diretriz identificada para eles. Isto tem de ser feito e constituirá uma completa mudança de mentalidade. Harmonizar os cuidados de saúde é também uma responsabilidade nossa e deve acontecer a breve prazo. ■

## «Estamos entre os líderes mundiais em engenharia de tecidos e medicina regenerativa»

Com apenas 48 anos, Rui Reis já recebeu as distinções, nomeações e títulos honoríficos mais conceituados a nível nacional e internacional. Embora seja engenheiro metalúrgico, tem um título *honoris causa* em Medicina, uma condecoração do Presidente da República e é o único português eleito membro da National Academy of Engineering. O Grupo de Investigação 3B's-Biomateriais, Biodegradáveis e Biomiméticos, que fundou na Universidade do Minho (UMinho), onde é professor catedrático e vice-reitor para a investigação, assume-se hoje como uma referência mundial. Instalado no Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (ICVS) da UMinho, o Laboratório Associado ICVS/3B's também desenvolve projetos com aplicação em Medicina, como o *HydrUStent*, um cateter ureteral biodegradável, que recebeu o Grande Prémio de Inovação atribuído pelo Novo Banco em 2015.

**Paula Ferreira Fernandes**

**No início deste ano, foi eleito membro da Academia Americana de Engenharia, que tem membros de poucos países além dos Estados Unidos. Como se sente com esta nomeação?**

O facto de ser o primeiro engenheiro português a receber esta distinção é algo que certamente



Ana Rita Duarte e Rui Reis são os investigadores que lideraram o projeto de desenvolvimento do *HydrUStent*

me orgulha. Os reconhecimentos internacionais são mais difíceis de conquistar e mais competitivos. Ao contrário de mim, os membros da Academia Americana de Engenharia têm, em média, 70 anos e, na sua maioria, são norte-americanos ou então estrangeiros que fizeram doutoramento, pós-doutoramento ou são professores convidados nos Estados Unidos.

**No final de 2012, recebeu também um dos projetos mais importantes na carreira**

**de um investigador de qualquer área científica – o *Advanced Grant* do Conselho Europeu de Investigação (ERC), com um valor de cerca de 2,5 milhões de euros. Esta foi mais uma grande conquista?**

Sim, é algo muito importante e difícil de conseguir. Mas, para mim, também é muito aliciante ter sido eleito presidente da Tissue Engineering and Regenerative Medicine International Society [TERMIS]. Nesta Sociedade, começamos por ser vice-presidentes durante três anos, já sa-

### CARGOS E DISTINÇÕES DE RUI REIS

- Comendador da Ordem Militar de Santiago da Espada, condecorado pelo Presidente da República;
- Cidadão Honorário de Guimarães, com a Medalha de Honra do Município;
- Medalha de Serviços Distintos do Ministério da Saúde;
- Doutoramento *Honoris Causa* em Medicina, pela Universidade de Granada;
- Prémio Estímulo à Excelência atribuído pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior;

- Vice-reitor para investigação na UMinho;
- Fundador do Grupo 3B's - Biomateriais, Biodegradáveis e Biomiméticos;
- Presidente do Laboratório Associado do Instituto de Ciências da Vida e da Saúde (ICVS)/3B's;
- Presidente da *Tissue Engineering and Regenerative Medicine International Society* (TERMIS);
- Presidente e *chief scientific officer* da empresa *spin-off* Stematters;
- Prémios Jean Leray e George Winter

- da Sociedade Europeia de Biomateriais;
- *Clemson Award* da Sociedade Americana de Biomateriais;
- Professor catedrático de Engenharia de Tecidos, Medicina Regenerativa e Células Estaminais na Escola de Engenharia da UMinho;
- Fundador da Sociedade Portuguesa de Células Estaminais e Terapia Celular;
- Editor-chefe do *Journal of Tissue Engineering and Regenerative Medicine*, John Wiley & Sons.



bendo que depois seremos presidentes. Assumi a presidência no início deste ano, prolongando-se até ao final de 2018. Já tinha sido presidente para a Europa da TERMIS no biénio 2010-2012.

### De todos os reconhecimentos de que tem sido alvo, quais os que considera mais importantes?

Em 2014, fui condecorado pelo Presidente da República com o título de Comendador da Ordem Militar de Santiago da Espada. Também em 2014, recebi a Medalha de Serviços Distintos do Ministério da Saúde. No mesmo ano, fui distinguido como Cidadão Honorário de Guimarães, com a atribuição da Medalha de Honra do Município.

### Como surgiu o Grupo de Investigação 3B's?

Em 1998, quando cheguei à UMinho, não existia ainda trabalho na área da engenharia de tecidos e medicina regenerativa. Havia laboratórios vazios. Fundar e fazer crescer este grupo de investigação em biomateriais, biodegradáveis e biomiméticos foi um grande desafio para um jovem professor vindo da Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto. Mas valeu a pena todo o esforço. Hoje, temos equipamentos científicos quase incomparáveis a nível europeu e somos muito competitivos. Trabalham neste grupo cerca de 175 investigadores das mais diversas formações de base e de 20 nacionalidades. Acho que o núcleo de pessoas informadas já não tem dúvidas de que somos bons cientificamente e o que fazemos é reconhecido internacionalmente. Somos dos grupos de investigação líderes a nível mundial na área da engenharia de tecidos e da medicina regenerativa.

No campo da Medicina regenerativa com células estaminais, por exemplo, a investigação exige investimentos que só darão retorno daqui a 10 ou 15 anos. Até chegarmos à aplicação do que investigamos, mesmo nos dispositivos médicos, demora muito tempo. Por isso, ainda somos pouco conhecidos a nível nacional, mas esses sucessos vão chegar e ajudarão a mudar a mentalidade e a sermos mais conhecidos pelo público em geral.

### Com a criação do Laboratório Associado ICVS/3B's, os projetos ganharam novo fôlego, até por causa da aplicabilidade no campo da Medicina?

É verdade. Hoje, vários médicos fazem parte do Grupo de Investigação 3B's. Um deles é o Prof. João Espregueira Mendes, ortopedista na Clínica do Dragão, com quem estabelecemos uma parceria para aplicar a Medicina regenerativa à desportiva. Também temos médicos a fazer doutoramento, nomeadamente ortopedistas.

No caso da Urologia, temos reuniões conjuntas para discutir projetos que gostaríamos de implementar, como aconteceu com o *HydrUStent*, cujo desenvolvimento conta com a colaboração de urologistas e já foi apresentado

em congressos de Urologia com muito boa receptividade [ver caixa abaixo]. Existem inúmeros projetos em curso em colaboração com os nossos colegas médicos que são investigadores no ICVS. ■

## STENT URETERAL BIODEGRADÁVEL

Uma equipa do Grupo 3B's e do Instituto de Ciências da Vida e da Saúde (ICVS) desenvolveu o *HydrUStent*, um cateter ureteral composto por material biodegradável, que se dissolve no organismo em 15 dias. A ideia surgiu de Estevão Lima, investigador do ICVS e diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Braga, que, na sua prática clínica, sentiu necessidade de ter um stent biodegradável que não implicasse a realização de uma segunda cirurgia para a sua remoção depois do período de tratamento. Com a aplicação do *HydrUStent* biodegradável, estima-se uma poupança para o erário público entre os 700 e os 1 800 euros por cada doente intervencionado, ao evitar a segunda cirurgia de remoção do stent.

Este cateter é composto por hidrogel, um material de origem natural, altamente hidrofílico, constituído por 94% de água e muito absorvente. «O *HydrUStent* é desenvolvido à base de gelatina e, depois, é formulado com propriedades que lhe conferem uma degradação controlada no tempo, para que o lúmen ureteral se mantenha aberto, evitando a obstrução do fluxo de urina dos rins para a bexiga», explica Ana Rita Duarte, engenheira química e investigadora que coliderou este projeto vencedor da edição de 2015 do Grande Prémio de Inovação atribuído pelo Novo Banco.

Há cerca de dois anos, a equipa começou a estudar o potencial económico

deste dispositivo e a validação da necessidade do mercado. Além disso, recorreu a um programa de empreendedorismo promovido pelo Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE), em conjunto com o Massachusetts Institute of Technology (MIT), tendo participado em sessões de *coaching* antes de desenvolver o plano de negócios. Com o *HydrUStent* em fase avançada de testes e propostas de investimento, Rui Reis espera «ter uma empresa constituída nesta área muito rapidamente». Após os ensaios clínicos, há que encontrar o melhor parceiro estratégico entre as grandes cadeias de distribuição e de vendas deste tipo de produtos. «A ideia é entrarmos no mercado global e ocuparmos uma percentagem relevante do mercado deste tipo de dispositivos médicos», confirma o engenheiro.

Além deste projeto, a mesma equipa de investigação está a desenvolver outro cateter com agentes anticancerígenos impregnados, destinado ao tratamento de cancro urológicos. «Já fizemos a validação *in vitro* com as células, desenvolvemos o cateter e conseguimos que as drogas fossem libertadas a uma velocidade adequada para as células morrerem. Constatámos que, de facto, a libertação deste fármaco mata as células cancerígenas e não tem efeitos laterais nas células saudáveis, pelo que pode ser uma resposta bastante promissora», adianta Ana Rita Duarte.



Em nome de toda a equipa que desenvolveu o *HydrUStent*, Estevão Lima e Rui Reis receberam o Grande Prémio de 11.º Concurso Nacional de Inovação, a 1 de dezembro de 2015, que lhes foi entregue por Eduardo Stock da Cunha (ao centro), presidente do Conselho de Administração do Novo Banco



# Duas gerações unidas pela vontade de crescer



**EQUIPA MÉDICA COM A CHEFE DE ENFERMAGEM:** Gustavo Gomes, Francisco Campos, Mário Matias, Ana Paula Martinez, António Canelas (diretor) e João Luís Vaz

Na visita ao Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo, ficámos a conhecer os planos para a abertura da urgência externa desta especialidade e para a expansão da área dedicada às intervenções cirúrgicas inovadoras. Objetivos a concretizar nos próximos dois a três anos, com a contratação de novos médicos.

**Paula Ferreira Fernandes**

Com a serra da Arrábida e o estuário do Sado em «pano de fundo», o Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo serve uma população de cerca de 250 mil utentes. Dirigido por António Canelas, o Serviço de Urologia é um dos mais procurados, como se constata pelo número de pessoas nas salas de espera afetas a esta especialidade. Embora seja autónoma, a Urologia integra o Departamento Cirúrgico, onde se incluem também a Oftalmologia, a Otorrinolaringologia, a Cirurgia Plástica, a Estomatologia e toda a Cirurgia de Ambulatório.

Com uma forte incidência de cancro na região, os urologistas não têm mãos a medir para dar resposta às cerca de 500 cirurgias realizadas todos os anos, mais de 80% oncológicas. «Às vezes, parece que estamos num serviço de Oncologia e não de Urologia geral», comenta o diretor, que representa a segunda geração de urologistas deste Hospital construído em 1958. No papel de anfitriões da nossa visita, os médicos e a enfermeira-chefe não disfarçam o orgulho que sentem pelo trabalho que desenvolvem.

Com um total de cinco elementos, a equipa médica integra um assistente graduado e três

assistentes hospitalares, dividindo-se pelas várias diferenciações (oncologia, cirurgia benigna, cirurgia de litíase e disfunção erétil). Além disso, o Serviço de Urologia trabalha em estreita colaboração com a Ginecologia, através de uma unidade adstrita à uroginecologia. Devido ao elevado número de casos oncológicos, a cirurgia de patologia benigna acaba por ser menos expressiva. «Um tumor é sempre prioritário e precisamos de mais tempos operatórios para fazer face à vertente cirúrgica das patologias benignas», confirmam os urologistas.

## Expandir a laparoscopia

Apesar das limitações ao nível dos recursos humanos, a aposta no desenvolvimento de intervenções com técnicas inovadoras tem sido um desígnio da atual direção. Há cerca de um ano, com a chegada de Gustavo Gomes, iniciou-se a cirurgia por via laparoscópica, que já dá frutos. «Mais de 90% da cirurgia renal passou a ser laparoscópica.» Esta é uma área com potencial para crescer e essa é exatamente a intenção de António Canelas: «Acredito que, dentro de dois ou três anos, podemos fazer cerca de 50% da cirurgia radical da próstata e da bexiga por laparoscopia.» Além do benefício para o doente, esta estratégia tem impacto económico, uma vez que reduz o tempo de internamento.

Outro projeto no horizonte do diretor e que fará expandir a área da Urologia é a urgência externa, mas, apesar de ainda não existir, realizam-se 20 a 30 cirurgias de caráter urgente por ano. «O número de doentes que operamos de urgência tem vindo a aumentar. Já se justificava termos esse investimento, mas implicará um núcleo de urologistas mais numeroso.» No entanto, ao nível das consultas, os casos urgentes têm um período reduzido de espera, entre oito a dez dias. Quanto às consultas ditas normais, são realizadas entre três a oito meses após a marcação. No total, realizam-se cerca de 7 000 por ano – 1 500 primeiras consultas e 4 816 de seguimento, de acordo com os dados referentes a 2015.

## CONTRIBUTO IMPORTANTE DA ENFERMAGEM

À terça-feira, o bloco operatório do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo está reservado para a cirurgia de ambulatório, com seis a sete doentes intervencionados todas as semanas. À segunda e à quinta-feira, são operados cerca de quatro doentes por dia. É a enfermeira-chefe Ana Paula Martinez que faz a gestão do espaço disponível no internamento convencional (20 camas partilhadas com outras especialidades cirúrgicas) e no internamento do ambulatório (12 camas partilhadas). «Cada especialidade tem um número de vagas afetas, mas ninguém fica por operar por falta de disponibilidade de camas», garante a enfermeira.

Os 20 enfermeiros que trabalham no Serviço de Urologia «têm treino especializado nesta área, devido às necessidades concretas dos doentes urológicos, desde lavagens vesicais, utilização de cateteres, entre outros procedimentos», explica Ana Paula Martinez. Quando iniciam a sua atividade neste Serviço, os enfermeiros têm acompanhamento e formação interna. De acordo com António Canelas, o objetivo é reduzir ao mínimo o número de complicações, sendo que «a taxa de reinternamento é muito baixa – menos de 1%».

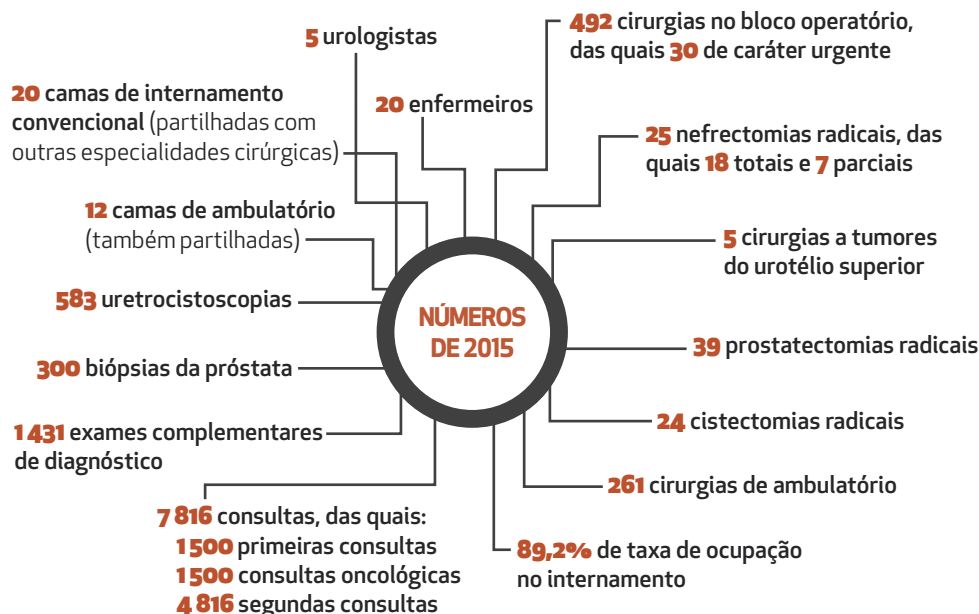
Do número total de consultas, 1 500 são oncológicas e muitas delas acabam em cirurgia.

Em relação aos equipamentos de diagnóstico, a disponibilidade é adequada às necessidades, segundo o diretor, que adianta: «Vamos renovar agora o stock de cistoscópios e vamos entrar em obras para passar a fazer as cistoscopias por vídeo.» Entre os 1 431 exames complementares de diagnóstico efetuados no ano passado, destacam-se os estudos urodinâmicos, as biópsias prostáticas e as ecografias. Para fazer face à procura, existem três gabinetes de Urologia geral e dois de Oncologia urológica.

### O valor da formação

Todos os anos, o Hospital de São Bernardo (HSB) atrai médicos do internato de Medicina Geral e Familiar para a realização de estágios. Os internos da Cirurgia Geral fazem também uma formação de três meses no Serviço de Urologia. E os alunos da Universidade do Algarve fazem aqui o seu treino. «Acho que este é um sinal da qualidade do nosso Serviço», nota António Canelas. Como resultado de uma formação específica que este urologista realizou no Brasil, num centro onde se dá resposta a cerca de 500 cirurgias radicais perineais da próstata por ano, esta abordagem passou a ser realizada no Serviço de Urologia do HSB. «Somos dos poucos serviços do País a fazer cirurgia radical perineal da próstata, para a qual os doentes têm de ter um tumor de baixo risco e uma próstata com cerca de 40 gramas», explica o diretor, acrescentando que uma das vantagens desta intervenção é a redução do tempo de internamento.

Além disso, por ano, o Serviço de Urologia do HSB promove dois *workshops*, com 24 a 48 horas de duração, tendo uma parte teórica e outra cirúrgica. «Dentro de dois anos, pretendemos realizar um curso de cirurgia ao vivo, convidando especialistas que são excelentes a operar»,



adianta António Canelas. A participação em projetos de investigação na área da Oncologia urológica também tem sido uma aposta desta equipa: «Estamos envolvidos numa série de protocolos e, muitas vezes, somos chamados a fazer estudos de novos fármacos nesta área.»

### Necessidade de recursos humanos

Vasconcelos Dias foi o primeiro diretor do Serviço de Urologia do HSB. António Canelas seguiu-lhe os passos, mas muito se alterou desde então. Há cerca de oito anos, a Urologia passou a integrar o Departamento Cirúrgico. Desde as técnicas utilizadas à colaboração entre as diferentes especialidades, como a Oncologia e a Ginecologia, com as quais se realizam consultas conjuntas, tudo hoje é diferente. «Há um trabalho de equipa muito maior, o que permitiu

melhorar a qualidade dos tratamentos e a assistência ao doente.»

A Oncologia conta com uma equipa multidisciplinar, que integra também profissionais de Psiquiatria e Psicologia na área oncológica, os cuidados paliativos e a assistência social. «Não tenho números exatos, mas a nossa taxa de apoio nos cuidados paliativos é das mais altas do País», frisa o diretor. Conquistas e formas de trabalhar que António Canelas gostaria de manter. No entanto, tal só será possível com a entrada de novos elementos, entretanto já solicitados. Com pessoas na casa dos 60 anos e outras que ainda não chegaram aos 40 anos, a discrepância de idades na equipa é a principal preocupação do diretor: «Há uma *décalage* de gerações e, para o Serviço de Urologia ter continuidade, precisamos de mais recursos e gente nova.» ■



Gustavo Gomes e Francisco Campos operam um tumor do urotélio superior por via laparoscópica, com recurso a nefrectomia e desinserção endoscópica do ureter do meato. Por ano, este Serviço de Urologia realiza quatro ou cinco intervenções deste género



Com o apoio da enfermagem, António Canelas realiza uma das cerca de 300 biópsias da próstata com anestesia local contabilizadas anualmente no Serviço. Neste caso, a conclusão é que o doente apresenta alteração do PSA



## Retenção urinária aguda

**A** súbita incapacidade de urinar, levando ao enchimento da bexiga além da sua normal capacidade, é denominada por retenção urinária aguda (RUA). A sua etiologia é variada e, não raramente, existem diversas causas na sua génese. Do ponto de vista prático, podemos classificar os distúrbios miccionais que dificultam o esvaziamento da bexiga como um problema no reservatório, ou seja, uma diminuição ou ausência da capacidade contrátil da bexiga ou um problema na via de saída da urina, desde o colo vesical até ao meato uretral.

As primeiras causas são mais raras e, de forma isolada, é extremamente infrequente serem a razão da RUA, ocorrendo, principalmente, em indivíduos com doenças neurológicas. A esclerose múltipla apresenta um desafio particular, pois pode provocar dificuldades no armazenamento e/ou no esvaziamento, em diferentes fases da sua evolução. A iatrogenia poderá ter um papel importante, nomeadamente quando doentes polimedicados adicionam vários fár-

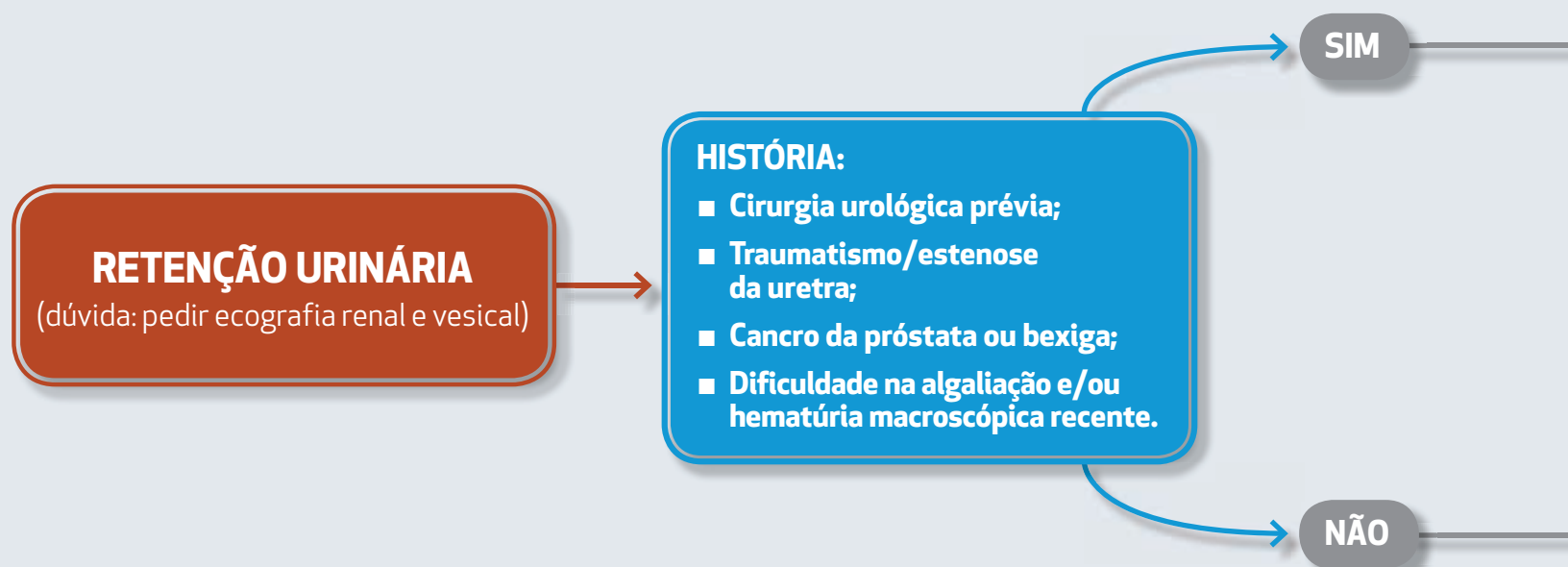
macos com efeito anticolinérgico ou alfa-adrenérgico. Os distúrbios relacionados com a via de saída da urina são muito mais frequentes. O obstáculo pode encontrar-se no colo vesical, na uretra prostática, o esfíncter externo pode não relaxar de forma adequada ou podem existir estenoses na uretra, desde a região membranosa/bulbar até ao meato.

A história clínica é muito importante, pois pode dar-nos indícios de doenças neurológicas, cirurgias ou queixas miccionais prévias, medicação habitual, patologia prostática ou uretral conhecida e, muito importante, o contexto em que surgiu a RUA. No exame objetivo, é facilmente identificável (exceto nos doentes obesos) um globo vesical que se apresenta como uma passa palpável no hipogastro, com maciez à percussão. A causa da RUA pode ainda ser identificada quando se encontra uma fimose cerrada ou uma estenose completa do meato, se palpamos uma extensa fibrose da uretra (corpo esponjoso do pénis) ou uma próstata volumosa/pétreia ao toque retal.

### Algaliação e tratamento

A primeira abordagem após o diagnóstico da RUA é a remoção da urina da bexiga, através da algaliação. Após uma adequada higiene dos genitais, deve ser lubrificada a uretra (nos homens, é mandatório instilar lubrificante através do meato uretral) e introduzida a sonda vesical. Existem diversos tipos de sondas, quanto à forma, ao mecanismo de retenção na bexiga, ao número de canais e à matéria-prima. Numa primeira tentativa, deve usar-se uma sonda de Foley, com calibre 14-18 french.

Quando a algaliação não é conseguida, será necessário enviar o doente a um urologista com urgência, que poderá recorrer a técnicas e materiais diferentes para conseguir a algaliação. Se tal continuar a não ser possível, opta-se pela colocação de uma sonda vesical por via suprapúbica. Uma vez derivada a urina, deve então prosseguir-se a investigação e tentar descortinar a etiologia da RUA. Como é mais frequente, caso estejamos perante um homem com mais de



40 anos, que já tinha queixas urinárias de esvaziamento, com agravamento progressivo, ainda não medicado, devemos iniciar um fármaco alfabloqueante e remover a sonda daí a uma semana. Caso haja recidiva do quadro, o doente deve ser novamente algaliado e enviado à Urologia.

Quando se identifica iatrogenia medicamentosa, desde anticolinérgicos até alfa-agonistas como os dos vasoconstritores nasais, a remoção da sonda pode até ser mais precoce e sem necessidade de alfabloqueante, desde que o doente não apresente queixas urinárias de relevo previamente ao episódio. No entanto, esta situação é extremamente rara. Quando a retenção urinária é precipitada por iatrogenia, existe, geralmente, patologia de base. Nos casos mais complexos de doenças neurológicas, é necessário referenciar à Urologia, sendo importante reter que a recuperação das lesões neurológicas periféricas pode demorar alguns meses.

### Etiologia multifatorial

A etiologia da retenção urinária pode ser difícil de descortinar e, muitas vezes, é multifatorial. Após resolvido o episódio de retenção, a investigação deve ser dirigida ao aparelho urinário (com realização de toque retal, avaliação do tamanho e da consistência da próstata) e ao sistema nervoso (com realização de exame neurológico

sumário e particular atenção à sensibilidade da região perineal e ao reflexo bulbocavernoso, podendo obter-se achados que nos façam suspeitar de doença ou lesão neurológica).

Os exames auxiliares de diagnóstico da RUA mais importantes são a ecografia renal e vesical, com avaliação pós-miccional e prostática (nos homens); o hemograma; o doseamento da creatinina e o ionograma. A sumária de urina e a urocultura também podem ser pedidas logo após o episódio. O doseamento do PSA nos homens não deve ser feito logo após a crise, uma vez que o seu valor pode aumentar várias vezes, devido à retenção urinária, à algaliação e a eventual infecção. Assim sendo, devemos esperar pelo menos três semanas para proceder ao doseamento do PSA. Se a investigação diagnóstica revelar algo que justifique acompanhamento especializado, nomeadamente elevação do PSA, toque retal suspeito de neoplasia, complicações de retenção crónica da urina (como litíase da bexiga, divertículos vesicais, presença de elevado resíduo pós-miccional, hidronefrose ou insuficiência renal), o doente deve ser referenciado à Urologia.

Caso não se identifiquem sinais de gravidade, se a RUA tiver sido provocada por iatrogenia ou por hiper-repleção vesical e se não existirem queixas urinárias antes do episódio, poderá



suspender-se o alfabloqueante e verificar se o doente urina bem sem a medicação. Nos restantes casos, é sugerido manter a medicação crónica, eventualmente com a adição de outros fármacos, como os inibidores da 5 alfa-redutase, se o volume prostático for superior a 40-50 centímetros cúbicos. ■

Enviar à urgência de Urologia

Se a algaliação não for alcançada, enviar à urgência de Urologia

Algaliação com sonda Foley 14-18 french (boa lubrificação prévia)

**Se a algaliação ocorrer com sucesso:**

- **1.º episódio** – Alta. Medicado com alfabloqueante (ex: tansulosina; alfuzosina; silodosina) + antibiótico durante uma semana (se existirem leucócitos e/ou nitritos no combur teste). Remover sonda vesical dentro de oito dias (no Centro de Saúde). Indicação para algaliação crónica, caso o doente não consiga urinar espontaneamente, e enviar à consulta de Urologia.
- **2.º ou mais episódios em doente medicado com alfabloqueante** – Algaliação crónica e enviar à consulta de Urologia.



## Estado da arte em Urologia passou por Munique

De 11 a 15 de março passado, a cidade de Munique, na Alemanha, foi o ponto de encontro de urologistas de todo o mundo, no 31.º Congresso da European Association of Urology (EAU). O diagnóstico e o tratamento do cancro da próstata, das disfunções miccionais e a litíase renal foram alguns dos tópicos em maior destaque, num programa recheado com cerca de 300 sessões científicas. Mais uma vez, dezenas de internos e especialistas portugueses participaram no evento, quer como oradores, moderadores de mesas e com apresentação de trabalhos, quer como congressistas.

**Luís Garcia**

**P**ara o secretário-geral da EAU, Chris Chapple, um dos sinais do êxito deste Congresso é a superação do número de participantes da edição anterior, que decorreu em Madrid, apesar da redução dos apoios da indústria farmacêutica e de equipamentos à organização e à participação dos congressistas. «O 31.º Congresso da EAU foi um grande sucesso, permitindo uma visão global, atualizada e baseada na evidência da Urologia contemporânea, tanto no diagnóstico como no tratamento médico e cirúrgico», disse o especialista britânico.

Entre os tópicos abordados, Chris Chapple destaca o diagnóstico e o tratamento do cancro da próstata, da incontinência e de outras disfunções miccionais, além das novidades no tratamento da litíase. E salienta também a realização de cerca de 50 cursos teóricos e 70 práticos, além de «muitos encontros de subespecialidades, abrangendo todas as áreas da Urologia».



Arnulf Stenzl



Chris Chapple

### Repensar a abordagem do cancro da próstata

Arnulf Stenzl, *chairman* do Comité Científico deste Congresso, também destacou as novidades na área do cancro da próstata, nomeadamente os avanços da terapêutica focal. «Permanece, no entanto, um grupo de doentes para os quais não temos a certeza se devemos fazer vigilância ativa, um tratamento mínimo ou se, independentemente da estratégia que seguirmos, são “casos perdidos”», referiu este urologista alemão. Uma questão pertinente neste âmbito é a avaliação do risco e do benefício das biópsias sucessivas. «O doente pode não ser vítima de bactérias resistentes na primeira biópsia, mas, após ser sujeito a cinco ou seis,

### NÚMEROS

- **13 000** congressistas de **118** países, **10 000** dos quais médicos
- **1 425** oradores em **300** sessões científicas
- **200** empresas presentes na exposição técnica
- **16 715** comentários sobre o Congresso no Twitter

pode morrer não de cancro da próstata, mas sim de septicemia. Precisamos de estabelecer padrões e colocar maior enfoque nas técnicas de imagem», defendeu.

Os efeitos da utilização da testosterona e o seu possível impacto negativo no cancro da próstata também foram debatidos no Congresso. «Todos queremos manter-nos jovens durante o maior tempo possível, mas não sabemos se esta terapêutica tem consequências nefastas, como morte ou incapacidade. Já existem alguns dados nesse sentido, mas a evidência é ainda insuficiente», sublinhou Arnulf Stenzl. Outro tema enfatizado por este urologista é a utilização da nova terapêutica imunológica que bloqueia a proteína PD-L1 no cancro da bexiga. ■

### MÚSICA E HOMENAGENS NA SESSÃO DE ABERTURA

Os violinos das Munich All-Stars deram as boas-vindas aos congressistas na sessão de abertura, no dia 11 de março. Foi também ocasião para homenagear 13 urologistas que se destacaram pelo seu trabalho ou colaboração com a EAU. Walter Artibani (Itália) recebeu o prémio Willy Gregoir, a mais importante distinção da EAU, ao passo que Pierre Teillac (França) foi galardoado com o Franz Debruyne Life Time Achievement.



## Cirurgia urológica e Medicina baseada na evidência

José Reis Santos, Nuno Tomada e Lorenzo Marconi foram três dos portugueses em ação no 31.º Congresso da EAU, em sessões dedicadas à litíase renal, à cirurgia geniturinária e à prática clínica baseada na evidência.

**Luís Garcia**



### TRATAMENTO DA LITÍASE RENAL

A abordagem da litíase coraliforme foi o tema da mesa-redonda moderada por José Reis Santos, urologista em Lisboa e membro do *board* da *EAU Section of Urolithiasis* (EULIS), no dia 12 de março. Esta sessão procurou responder à questão: «A abordagem endourológica é suficiente em todos os casos?» A intervenção de Evangelos Liatsikos, professor de Urologia na Universidade de Patras, na Grécia, e *chairman* eleito da *EAU Section of UroTechnology* (ESUT), defendeu que é possível obter resultados satisfatórios com a nefrolitotomia percutânea em todos os casos de litíase coraliforme.

Por seu turno, Cesare Marco Scoffone, urologista no Hospital de Turim, em Itália, defendeu que a cirurgia intrarrenal combinada com endoscopia (ECIRS, na sigla em inglês) é a melhor forma de remover completamente os cálculos renais com um pequeno número de punções. Finalmente, Hans-Martin Fritsche, urologista e docente na Universidade de Ratisbona, na Alemanha, abordou a cirurgia aberta, que considera «algo esquecida, mas eficaz na eliminação total da litíase em casos selecionados».

Segundo José Reis Santos, a Urologia tem evoluído no sentido de utilizar técnicas cada vez menos invasivas para a remoção total dos cálculos renais. No entanto, «uma estratégia de tratamento bem planeada, incluindo estudos de imagem precisos e profilaxia baseada numa avaliação metabólica também bem planeada, é importante para conseguir uma intervenção com bons resultados e sem complicações».

### CIRURGIA NA DOENÇA DE PEYRONIE

Nuno Tomada, urologista no Centro Hospitalar de São João, participou na reunião da *EAU Section of Genito-Urinary Reconstructive Surgeons* (ESGURS), no dia 12 de março, na qual apresentou alguns truques e dicas para a realização da cirurgia de encurtamento da túnica albugínea com vista à correção peniana na doença de Peyronie. Na sua opinião, este procedimento é preferível em doentes com boa função erétil e curvatura ligeira a moderada (até 60 graus), sem deformidade desestabilizadora e com encurtamento peniano inferior a 20%, dada as suas relativas simplicidade, segurança e eficácia, o reduzido tempo cirúrgico e os bons resultados em termos estéticos.

Segundo Nuno Tomada, «o sucesso da técnica depende, principalmente, das características individuais do doente e da placa, mas também da perícia do cirurgião». Por isso, este urologista partilhou com a assistência alguns pormenores técnicos que, de acordo com a sua convicção, estão por detrás dos bons resultados que as suas equipas têm obtido. Nuno Tomada participou também num painel de apresentação de casos, documentados com vídeos, no qual foram demonstradas outras abordagens cirúrgicas para a doença de Peyronie.



### UROLOGIA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Lorenzo Marconi, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, presidiu e foi um dos formadores do curso da *European School of Urology* (ESU) sobre a prática urológica baseada na evidência, no dia 14 de março. Esta formação teve como objetivo principal «dotar os participantes de competências básicas nesta área, como a compreensão da natureza precisa de um problema clínico, a formulação da questão mais adequada para encontrar a solução pretendida e a capacidade para identificar, agregar, sintetizar e interpretar a melhor evidência disponível de modo sistemático, transparente e reproduzível, bem como avaliar, de forma fiável, a qualidade dessa evidência, com vista à orientação da prática clínica», explica o urologista.

Após uma introdução sobre os princípios da Medicina baseada na evidência, a cargo de James N'Dow, *chairman* do *Guidelines Office Board* da EAU, Lorenzo Marconi, que é também associado sénior deste órgão, transmitiu aos participantes algumas ideias sobre a forma de estruturar uma questão que permita resolver um problema clínico. O urologista português também falou, no mesmo curso, sobre as distorções em estudos de eficácia terapêutica («*All you need to know about bias in studies of effectiveness*»). No dia 13 de março, Lorenzo Marconi presidiu também a uma sessão de apresentação de pósteres sobre novidades no campo da formação urológica, na qual o impacto das redes sociais teve particular destaque. ■



# Aperfeiçoamento cirúrgico na transplantação renal

O controlo do pedículo renal na nefrectomia de dador vivo e a prevenção de infeções na transplantação renal foram temas abordados no 31.º Congresso da EAU e que contaram com o contributo de Arnaldo Figueiredo. Na sessão promovida pela *EAU Section of Transplantation Urology* (ESTU), participou também Pedro Nunes, com uma preleção sobre o refluxo vesicoureterico.

**Luís Garcia**



A melhor forma de controlar o pedículo renal na nefrectomia laparoscópica de dador vivo foi o tema da palestra de Arnaldo Figueiredo, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), presidente da APU, *chairman* da ESTU e membro do *board* do *History Office* da EAU. Na sua intervenção, no âmbito de uma sessão temática que decorreu no dia 13 de março, este especialista apresentou os resultados de um inquérito realizado pela ESTU a 252 cirurgiões envolvidos naquele tipo de nefrectomia, no sentido de perceber quais os seus dispositivos favoritos para controlar a artéria renal. 73% dos inquiridos disseram preferir o Hem-o-lok®, apesar da contraindicação recente da Food and Drug Administration (FDA) e da própria empresa que comercializa este dispositivo para a sua utilização neste tipo de cirurgias.

Segundo Arnaldo Figueiredo, «os vários dispositivos disponíveis para controlar o pedículo são geralmente seguros, embora não sejam in-

faláveis». De acordo com um inquérito aplicado pela ESTU, a maioria dos urologistas experientes menos falhas com o Hem-o-lok® do que com o Endo GIA® e continua a usá-lo, apesar das diretivas da FDA. «Os cirurgiões devem estar cientes dos potenciais problemas que podem encontrar e ser rigorosos na utilização de cada dispositivo, para maximizar a sua segurança», concluiu este urologista.

## Prevenir infeções no transplante renal

No dia 12 de março, Arnaldo Figueiredo também apresentou o póster «*Healthcare-associated infections by multidrug-resistant bacteria in a tertiary urology department*», resultante de um trabalho que analisou o impacto das infeções hospitalares por bactérias multirresistentes no Serviço de Urologia do CHUC, em 2014. No dia seguinte, este português presidiu ainda à sessão de apresentação de pósteres sobre transplantação renal. Além disso, o presidente da APU foi um dos formadores do curso da European School of Urology (ESU) sobre transplan-

tação renal, no dia 14. Depois de partilhar alguns truques e dicas sobre como evitar complicações neste procedimento, abordou a seleção e a preparação urológica dos recetores de rim e os aspetos cirúrgicos da nefrectomia em dador vivo e em dador falecido.

Arnaldo Figueiredo presidiu também à reunião conjunta da ESTU com a *EAU Section of Infections in Urology* (ESIU) e a *EAU Section of Urolithiasis* (EULIS), no dia 12 de março, intitulada «Infeções e litíase na transplantação renal». De acordo com este urologista, apesar de todo o empenho que deve ser colocado na prevenção da doença renal, «a transplantação, enquanto forma mais eficaz de substituir a função renal, precisa de ser promovida, dado que a procura – cada vez maior em todos os países europeus – suplanta claramente a oferta». O português alertou também para as discrepâncias significativas na atividade transplantadora e na origem dos órgãos (morte cerebral, coração parado ou dador vivo) entre os diferentes países da Europa. ■

## TRATAMENTO DO REFLUXO VESICURETÉRICO

Na reunião da ESTU sobre infeções e litíase na transplantação renal, participou também Pedro Nunes, urologista no CHUC e secretário-geral da APU. Este orador abordou o refluxo vesicoureterico, uma situação comum após o transplante renal, mas que poucas vezes é reconhecida como clinicamente relevante e cuja abordagem é algo controversa. Durante o transplante, a decisão de proceder a uma ureteroneocistostomia refluxiva ou antirrefluxiva influencia significativamente as taxas de refluxo durante o seguimento. Segundo Pedro Nunes, o tratamento-padrão do refluxo vesicoureterico sintomático é a correção cirúrgica aberta, com uma taxa de sucesso entre 83 e 100%. «As alternativas são uma ureteroureterostomia ou à pieloureterostomia ao ureter nativo ou realizar uma nova reimplantação ureterica. No entanto, estes procedimentos são tecnicamente exigentes e podem implicar morbilidade significativa, entre 16 a 53% (obstrução, necrose ureterica, perda de urina, infeção e perda do enxerto)», afirmou. E concluiu: «A injeção subureterica de DEFLUX é uma técnica menos invasiva e apresenta menores taxas de complicação, sendo, por isso, uma alternativa de primeira linha.»



## Atualização em LUTS e neurourologia

Os sintomas do trato urinário inferior (LUTS, na sigla em inglês) e a neurourologia foram os dois principais temas das várias intervenções de Francisco Cruz no último Congresso da EAU. Uma das mesas a que presidiu contou com a participação de outro urologista do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), Tiago Antunes Lopes.

**Luís Garcia**



**Tiago Antunes Lopes** (no púlpito) foi um dos oradores na reunião conjunta da EAU com os urologistas do Cáucaso e da Ásia Central, que foi presidida por Francisco Cruz (segundo a contar da esquerda, na mesa)

Francisco Cruz, diretor do Serviço de Urologia do CHSJ, membro do *International Relations Office* da EAU e *chair* eleito da *EAU Section of Female and Functional Urology* (ESFFU), presidiu, no dia 11 de março, à reunião conjunta da EAU com os países do Cáucaso e da Ásia Central. Nesta sessão, foram discutidos temas como a formação em Urologia, o cancro da próstata e da bexiga, a hiperplasia benigna da próstata (HBP) e os prolapsos do órgão pélvico. «O objetivo foi, sobretudo, fortalecer as relações entre a EAU e as sociedades urológicas nacionais dos países do Cáucaso e da Ásia Central, através de um debate sobre temas atuais e as diferenças na abordagem de algumas patologias entre regiões com modelos de saúde e níveis de desenvolvimento diversos», frisa Francisco Cruz.

Tiago Antunes Lopes, urologista no CHSJ, foi um dos oradores desta sessão, falando sobre a individualização do tratamento médico em doentes com HBP/LUTS. Segundo este especialista, «deve evitar-se o tratamento de

LUTS que não incomodem o doente, minimizar os efeitos laterais e as complicações do tratamento e, se possível, manter a função sexual.» De acordo com este urologista, «a otimização do tratamento da HBP radica numa abordagem adaptada ao risco de cada doente, dependendo do tipo de sintomas (de armazenamento, esvaziamento ou mistos), da existência de comorbi-

lidades (disfunção erétil e poliúria noturna) e do risco de progressão da doença, tendo em conta os fatores preditivos conhecidos (idade, gravidade dos sintomas, taxa de fluxo, PSA sérico e volume prostático)».

### Utilidade da toxina botulínica

No dia 13 de março, Francisco Cruz participou noutra sessão dedicada à neurourologia, na qual apresentou as opções minimamente invasivas para o tratamento da bexiga neurogénica em doentes que não respondem à administração de toxina botulínica. «A ênfase foi colocada no diagnóstico precoce da hiperatividade detrusora neurogénica e na rápida introdução de tratamentos eficazes, antes do desenvolvimento de fibrose terminal da parede pélvica», explica o urologista. Além de fazer menção às particularidades dos doentes com esclerose múltipla ou doença de Parkinson, Francisco Cruz abordou novas vias de administração para fármacos já utilizados e a estimulação elétrica dos centros e raízes espinais.

Também no dia 13, o diretor do Serviço de Urologia do CHSJ presidiu a um curso da *European School of Urology* (ESU) sobre neurourologia geral, que visou fazer uma revisão da terminologia e das técnicas de investigação nesta área, bem como recordar os padrões urodinâmicos mais importantes na disfunção miccional neurogénica. Nesta formação, foram ainda analisadas as diferentes opções farmacológicas e cirúrgicas para o tratamento destes doentes, incluindo a utilização da toxina botulínica. ■

## PÓSTERES SOBRE ENDOCANABINOIDES E TOXINA BOTULÍNICA

**Francisco Cruz também apresentou dois trabalhos sob a forma de póster no dia 13 de março. Numa sessão a que também presidiu, o português apresentou o cartaz intitulado «Measurements of endocannabinoids levels during treatment of bladder hyperactivity induced by cystitis with FAAH inhibitors and evaluation of the cannabinoid receptor and TRPV1 roles». Neste trabalho, conclui-se que, em doses terapêuticas, os inibidores da amida hidrólase de ácidos gordos (FAAH, na sigla em inglês) normalizam a função da bexiga inflamada, diminuindo os níveis de anandamida e aumentando os de palmitoiletanolamida.**

**O outro póster, denominado «Impairment of sensory nerves by onabotulinumtoxinA improves neurogenic detrusor overactivity following spinal cord injury», concluiu que a injeção intratecal de toxina botulínica melhora a hiperatividade detrusora neurogénica, através de uma atividade seletiva nas fibras sensoriais, mostrando a sua potencial utilização no tratamento desta disfunção.**



# Instantes

Entre os 13 000 congressistas de todo o mundo, dispersos pelas várias salas com sessões em simultâneo sobre diferentes áreas da especialidade, o *Urologia Actual* encontrou muitos portugueses. Publicamos aqui alguns registos dos intervalos...



Paulo Corceiro, José Santos Dias, Luís Bernardo Sousa, Manuel Macieira Pires, Júlio Fonseca, Pedro Galego, Paulo Temido, João Pina, José Sanches Magalhães, Alexandre Mendes Leal, Miguel Carvalho, André Quinta, João Bastos, Jorge Fonseca, Paulo Rebelo, Pedro Dias, José Garcia, José Vilhena Ayres e Rodrigo Ramos



Alcino Oliveira, Rui Pinto e Nuno Tomada



João Torres, Agostinho Cordeiro, Paulo Mota, Estêvão Lima, Giovanni Grimaldi, Carlos Oliveira e Alexandre Barros



Jorge Silva, Sandro Gaspar, Pedro Vendeira, Pepe Cardoso, Tiago Ribeiro de Oliveira e Pedro Oliveira



Rodrigo Garcia e Ricardo Pereira e Silva



Tomé Lopes, António Romão e Anatoliy Sandul



Manuel Vila Mendes, Vítor Oliveira e André Cardoso



## Investigação de Portugal para o Mundo

A investigação portuguesa esteve representada em Munique através da apresentação de 17 pósteres de autoria nacional, em variadas áreas da Urologia. Dois deles foram mesmo selecionados para a galeria dos melhores pósteres apresentados no 31.º Congresso Europeu de Urologia.

### TRABALHOS PREMIADOS

O póster «*Incidental adrenal nodules: do our results support the guidelines?*», apresentado por **Paulo Jorge Dinis, interno no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)**, foi um dos selecionados para a galeria dos melhores. Neste trabalho, pretendeu-se analisar os resultados do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do CHUC no tratamento das massas incidentais da suprarrenal, avaliando o *cut-off* de 4 cm, recomendado pelas orientações clínicas. Na série de 25 suprarrenalectomias que foram realizadas no contexto de achado imagiológico incidental, o *cut-off* de 4 cm apresentou uma especificidade de apenas 47,1% e uma sensibilidade de 100% para a deteção de malignidade.

«O tamanho das lesões incidentais não funcionantes da glândula adrenal influencia, de forma significativa, o risco de serem malignas e, portanto, a decisão de realizar terapêutica cirúrgica. Outras características devem ser avaliadas para tentar aumentar a especificidade e reduzir a exérese de lesões benignas não funcionantes», conclui o póster. Paulo Jorge Dinis apresentou ainda outros dois pósteres no 31.º Congresso da EAU: «*Laparoscopic adrenalectomy: can single-port replace conventional laparoscopy?*» e «*Renal transplantation with donors older than 70 years*».



Um dos pósteres apresentados por **Peter Kronenberg, urologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora**, também foi premiado. Intitulado «*Burst laser lithotripsy – a novel lithotripsy mode*», este trabalho, que contou também com a participação de Olivier Traxer, urologista no Hôpital Tenon, em Paris, comparou os resultados da litotricia a laser em rajada, uma modalidade inovadora disponível num litotritor recentemente lançado no mercado (o StoneLight 30, da AMS) com os da litotricia convencional. Esta investigação, apresentada numa sessão também presidida por Peter Kronenberg, concluiu que o novo modo em rajada deste litotritor é mais ablativo do que a litotricia convencional com energias e potências semelhantes. «A variação contínua e sincronizada da energia e da duração de impulso, dentro de uma mesma definição de um litotritor, pode melhorar e acelerar os procedimentos de litotricia a laser no futuro», explicou o urologista português.

Ainda no âmbito da litotricia, Peter Kronenberg apresentou dois outros pósteres («*Ultra-short, short, medium and long pulse laser lithotripsy performance*» e «*Old versus new laser lithotripter model – a comparison within the same brand*») e o vídeo intitulado «*Differences between high-frequency and long-pulse laser lithotripsy – a practical explanation and an objective evaluation*».

### OUTROS PÓSTERES EM APRESENTAÇÃO



«*Urethral ultrasonography – initial experience and comparison with retrograde urethrography in urethral strictures evaluation*», apresentado por **Sofia Lopes, interna de Urologia no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora**.



«*Beta-3 adrenoceptor expression in the human urinary bladder nerve fibers*», apresentado por **Ana Coelho, investigadora no Departamento de Biologia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto**.



«Phase III study of intermittent monotherapy versus continuous combined androgen deprivation», apresentado por **Fernando Calais da Silva Júnior, urologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José**, numa sessão de pôsteres sobre terapêutica hormonal para o cancro da próstata, à qual também presidiu.



«Biodegradable drug-eluting stents: targeting urothelial tumors of upper urinary tract», apresentado por **Alexandre Barros, doutorando no Grupo de Investigação 3B's (Biomateriais, Biodegradáveis e Biomiméticos) da Escola de Engenharia da Universidade do Minho**.



«Urethral reconstruction following artificial urinary sphincter cuff infection-erosion», apresentado por **Tiago Ribeiro de Oliveira, interno de Urologia no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria**.



«Laparoscopic approach for artificial urinary sphincter implantation in women with urinary stress incontinence: 10 years experience», apresentado por **Carlos Ferreira, interno de Urologia na Unidade Local de Saúde de Matosinhos/Hospital Pedro Hispano**.



«Which factors influence female sexual function after repairing pelvic organ prolapse with mesh?», apresentado por **Nuno Azevedo, interno de Urologia no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António**.



«Kulkarni technique of perineal approach with penile inversion for surgical repair of anterior urethral strictures: functional and cosmetic outcomes», apresentado por **Francisco Martins, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria**.



**Paulo Dinis, chefe de serviço de Urologia no Centro Hospitalar de São João**, presidiu a uma sessão de apresentação de pôsteres sobre síndrome de bexiga dolorosa.



## Kulkarni realizou cirurgias da uretra em Lisboa



Sanjay Kulkarni, diretor do Hi Tech Urology Institute, em Pune, Índia, é um dos maiores especialistas mundiais em cirurgia da uretra e foi o convidado para um *workshop* sobre este procedimento organizado pelo Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (HSM). Além da realização de cirurgias ao vivo, esta ação de formação, que decorreu nos dias 1 e 2 de fevereiro deste ano, incluiu uma palestra sobre novidades em uretroplastia.

Em destaque esteve a própria «técnica de Kulkarni», hoje utilizada em todo o mundo no tratamento de estenoses panuretrais, que implica apenas uma incisão perineal, com mobilização lateral da uretra e abertura dorsolateral para a colocação do enxerto. Segundo o autor, «as maiores vantagens desta técnica são a sua versatilidade, dado que pode ser utilizada em vários tipos de estenose uretral, e o facto de permitir a preservação da circulação sanguínea, o que torna possível utilizá-la mesmo em doentes previamente submetidos a cirurgia de hipospadias».

Francisco Martins, urologista no HSM e um dos organizadores do *workshop*, sublinha as vantagens desta técnica a nível estético. «O resultado visual é excelente, o que é muito valorizado pelos doentes, sobretudo os mais jovens e sexualmente ativos, que não querem ver cicatrizes no pénis.» Por sua vez, Tomé Lopes, diretor do Serviço de Urologia do HSM, destaca a grande experiência de Sanjay Kulkarni, «um dos líderes mundiais nesta área», com cerca de 400 cirurgias da uretra realizadas por ano. «Baseados no seu vasto conhecimento, discutimos quando e como fazer esta cirurgia e que técnica adotar em cada caso», refere.

Segundo Tomé Lopes, o Serviço de Urologia do HSM pretende promover, num futuro próximo, mais *workshops* de características semelhantes em diferentes áreas. «Consideramos fundamental ter, no nosso Hospital, estes *experts* mundiais a mostrarem-nos como trabalham, quais os seus truques e conselhos. Pela sua reduzida dimensão, estes cursos proporcionam um contacto mais estreito entre os participantes, o que é muito eficaz em termos de aprendizagem prática.» ■



À MARGEM DAS CIRURGIAS (da esq. para a dta.): João Marcelino, Tomé Lopes, Sanjay Kulkarni e Francisco Martins

## Revisão em Urologia para a Medicina Familiar



COMISSÃO ORGANIZADORA (da esq. para a dta.): Pedro Moura Reis, Manuel Mendes Silva (presidente), Catarina Empis (coordenadora de Medicina Geral e Familiar) e José Santos Dias (coordenador de Urologia). Ausentes na foto: Helena Canada e João Real Dias

Nos dias 17 e 18 de março passado, as 16.ªs Jornadas Nacionais de Urologia em Medicina Familiar reuniram 330 participantes, sobretudo médicos de família, enfermeiros e internos de Urologia. «O programa científico foi idealizado no sentido de servir de atualização e revisão, ao

mesmo tempo que transmitiu algumas normas de orientação e promoveu o relacionamento entre os médicos de família e os médicos urologistas», frisa Manuel Mendes Silva, presidente destas Jornadas.

Além dos conteúdos teóricos e práticos, o programa incluiu uma sessão de caráter cultural, dedicada à relação entre a Fotografia e a Medicina. Também à semelhança de anteriores edições, na cerimónia de abertura, foi homenageada uma personalidade da Medicina. «Este ano, a escolha recaiu sobre o Prof. Manuel Carraqueta, presidente da Fundação Portuguesa de Cardiologia, que também tem participado em muitas ações de formação para a Medicina Familiar e, sendo cardiologista, sempre se relacionou com diversas especialidades, entre elas a Urologia», justifica Mendes Silva.

O presidente das Jornadas destaca ainda as várias apresentações de casos clínicos e a mesa-redonda «Urologia na Medicina Familiar – problemas e dúvidas do dia a dia, que, «à semelhança do ano passado, foi um êxito». Sempre muito participadas, as restantes sessões focaram temas como as recomendações relevantes na medicação urológica de uso corrente, dicas sobre imagiologia urológica, aplicação prática da avaliação geriátrica global, urologites e a abordagem personalizada dos doentes com sintomas do aparelho urinário inferior. No encerramento, a conferência «MEDWEB» demonstrou «as várias ferramentas *online* hoje disponíveis para a prática médica, nomeadamente para a Medicina Familiar». ■

Paula Ferreira Fernandes

Opinião // **Luís Campos Pinheiro**

## Eletroporação irreversível da próstata: um tratamento em investigação

A eletroporação irreversível da próstata (EIP) é uma técnica minimamente invasiva e ablativa, que consiste na indução de morte celular por apoptose ao submeter os tecidos a uma corrente elétrica de alta voltagem não térmica. A morte celular ou apoptose ocorre na sequência do desenvolvimento de nanoporos na membrana celular com desequilíbrio da homeostase celular. Uma das vantagens potenciais da EIP é a possível preservação de estruturas vitais (vasos e nervos) na zona tratada. Efetivamente, ao provocar a apoptose apenas por rutura na membrana celular, a EIP tem o potencial de preservar as estruturas constituídas por proteínas, como as estruturas de colágeno, vasculares ou de matriz extracelular.

**«A American Urological Association e a European Association of Urology consideram que os tratamentos focais para o carcinoma da próstata (principal indicação da eletroporação irreversível da próstata) devem ser apresentados aos doentes como investigacionais.»**

A EIP é uma energia não térmica, pelo que a influência das temperaturas baixas ou altas provocadas pelos vasos sanguíneos não se faz sentir (*heat or cold-sink effect*). A indução de morte celular é completa dentro das margens dos tecidos-alvo e a margem de ablação é bem definida, não havendo as chamadas zonas cinzentas, onde há células mortas e vivas conjuntamente. A morte celular ocorre por apoptose e não por necrose celular, evitando-se produtos tóxicos. A morte por apoptose (morte celular programada) leva a uma recuperação e uma regeneração mais natural com o ciclo celular.

A EIP tem, no entanto, duas particularidades negativas: produzem-se contrações musculares

violentas durante a sua aplicação, em virtude do campo elétrico utilizado, e podem ocorrer arritmias cardíacas. A destruição tecidual em redor de cada agulha é de cinco milímetros. Daqui se determina que as agulhas posteriores na próstata deverão distanciar-se, pelo menos, cinco milímetros do reto, para evitar a formação de fístulas prostaticorretais, limitando o tratamento de alguns tumores periféricos.

### **Sem aprovação no cancro da próstata localizado**

A EIP não está aprovada, nem nos Estados Unidos nem na Europa, para utilização regular no tratamento do carcinoma da próstata localizado. Efetivamente, nem a American Urological Association nem a European Association of Urology consideram nas suas *guidelines* o recurso a esta técnica para tratar este cancro. Estas duas associações científicas consideram que os tratamentos focais para o carcinoma da próstata (principal indicação da EIP) devem ser apresentados aos doentes como investigacionais. De qualquer modo, diversos autores – urologistas de renome internacional – estão a aplicar esta técnica para tratamento focal do cancro da próstata em doentes muito selecionados. Estes especialistas estão a utilizar a EIP enquadrados em programas de investigação ou, pelo menos, com registo de resultados em bases de dados.

Neste momento, a EIP está aprovada pela FDA (Food and Drug Administration) para utilização em tecidos moles, embora o tratamento de órgãos específicos não esteja ainda aprovado. Todavia, recentemente, a FDA autorizou a utilização desta técnica para tratamento do carcinoma da próstata, mas especificamente no âmbito de uma investigação do *Clinical Research Office* da Endourological Society, que está a decorrer atualmente.

O Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos (CEUOM) considera a EIP um tratamento em fase de investigação. A sua eficácia no tecido prostático e no tratamento de carcinoma da próstata, embora provável,



**Diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José | Vogal da direção do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos**

não está suficientemente estudada. Além disso, há controvérsia quanto às verdadeiras indicações para a sua utilização. Efetivamente, a maior parte dos especialistas está a utilizar a EIP com precaução e apenas enquadrados em estudos clínicos e em doentes muito selecionados. Por estas razões, a direção do CEUOM deliberou que os doentes devem ser informados de que estão a ser submetidos a um tratamento que está em fase de investigação. ■



## Diversidade temática no Módulo V da Academia de Urologia

Cirurgia reconstrutiva, traumatologia urológica, infeções geniturinárias e patologia urológica na gravidez e no parto. Estes são os principais temas do Módulo V da Academia de Urologia, que terá lugar no Villa Batalha Hotel, entre 27 e 29 de maio próximo.

**Marisa Teixeira**

José Santos Dias e Paulo Temido, respetivamente urologistas no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, são os coordenadores do próximo módulo da Academia de Urologia, que, mais uma vez, promete um programa formativo de interesse para os internos desta especialidade. Quanto às infeções geniturinárias, José Santos Dias, que falará sobre este tema, comenta que «será feita, essencialmente, uma resenha teórica sobre as situações clássicas na patologia infecciosa urológica, mas incidindo nas questões mais controversas e complexas, como cistites, piodroses, malformações ou infeções associadas a doença urológica de base».

No que se refere às patologias urológicas na gravidez e no parto, Paulo Temido adianta que será o próprio a abordar o assunto. «As infeções do trato urinário, sejam inferiores ou superiores, são as mais comuns. Outra situação muito fre-



**José Santos Dias**



**Paulo Temido**

quente na gravidez são os cálculos urinários», afirma. Nestes casos, as principais limitações relacionam-se com o não aconselhamento em realizar alguns exames complementares, tomar certos fármacos ou executar algumas técnicas para o tratamento da litíase na gravidez. No que concerne ao parto, Paulo Temido refere que, geralmente, «as principais complicações urológicas são as lesões traumáticas dos ureteres, da bexiga ou da uretra, as lesões com obstrução dos ureteres, e a ocorrência de fístulas urinárias».

### Do frequente ao raro

Quanto aos restantes tópicos que estarão em análise, os coordenadores adiantam alguma informação. «A abordagem à cirurgia reconstrutiva será dividida em vários subtemas, nomeadamente as derivações urinárias, a uretra, os genitais externos e também uma situação menos debatida em formações, mas que consideramos importante discutir: as cirurgias de reatribuição sexual», revela Paulo Temido. Neste âmbito, serão abordados aspetos mais controversos e as diversas técnicas cirúrgicas – abertas, laparoscópicas ou robóticas.

José Santos Dias refere que «o capítulo dedicado à traumatologia urológica é também relevante, sendo que se vão discutir as várias

patologias deste âmbito, que podem envolver todo o aparelho urinário e decorrer tanto de acidentes como de cirurgias». Este coordenador assegura que o Módulo V da Academia de Urologia «será, sobretudo, uma oportunidade para os internos colocarem questões e tirarem dúvidas num ambiente próximo e informal, partilhando experiências com internos e especialistas de outros centros do País». E Paulo Temido acrescenta: «Esta ação é, sem dúvida, útil na formação destes jovens, independentemente do ano de Internato em que estejam, facilitando a aprendizagem de diversos conteúdos num curto período de tempo.» ■

### SABIA QUE...

**...a Unidade de Reconstrução Geniturinária e Sexual do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, constituída em 2011, é, atualmente, a única do Serviço Nacional de Saúde que faz cirurgia de reatribuição sexual?** Esta unidade conta com uma equipa multidisciplinar, que engloba as especialidades de Urologia, Endocrinologia, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Ginecologia e Psiquiatria.

### INFORMAÇÕES ÚTEIS

- As inscrições estão limitadas a um número máximo de 50 participantes, com prioridade para os internos;
- A inscrição e o alojamento são gratuitos para os internos e jovens especialistas associados da APU;
- A não comparência injustificada implica a impossibilidade de frequentar o próximo módulo;
- Os participantes serão submetidos a uma avaliação dos conhecimentos adquiridos, sem divulgação pública dos resultados.

PAULO DINIS



## «A abordagem multidisciplinar será reforçada nas novas *guidelines* da dor pélvica crónica»

Paulo Dinis, chefe de serviço de Urologia no Centro Hospitalar de São João, no Porto, integra o *Guidelines Office Board* da European Association of Urology, mais especificamente o painel de dor pélvica crónica (DPC), e o *International Consultation on Urologic Diseases* da Organização Mundial de Saúde. Em entrevista, este perito nacional avança que a abordagem multidisciplinar desde o diagnóstico é um dos aspetos reforçados nas novas *guidelines* da DPC, que vão ser publicadas ainda este ano.

João Paulo Godinho

**É membro-fundador da Sociedade Internacional para o Estudo da Cistite Intersticial (ESSIC, na sigla original). O que motivou a criação desta sociedade em 2002?**

Esse foi o primeiro cargo internacional que tive. A cistite intersticial é conhecida desde o século XIX, mas não havia uniformização no diagnóstico e na classificação, pelo que não se podia fazer investigação clínica. Por isso, surgiu a necessidade de criar uma sociedade científica dedicada ao estudo e à abordagem sistemática desta doença na Europa. Definir o que é a cistite intersticial e uniformizar o seu diagnóstico e a

sua tipificação foram os objetivos principais que estiveram na génese da ESSIC. Tudo no sentido de chegarmos a uma etiologia e um tratamento dirigido a esta doença.

**Como surge a sua ligação ao *Guidelines Office Board* da European Association of Urology (EAU)?**

Essa oportunidade adveio da minha colaboração na ESSIC, mas também do trabalho que desenvolvi no âmbito da minha tese de doutoramento, num modelo experimental de dor e hiperatividade da bexiga. Os membros organizadores deste Comité procuravam pe-

ritos na área e com experiência em ciência básica e clínica.

**Hoje em dia, quais são as suas incumbências neste organismo?**

O comité a que pertença dedica-se especificamente à elaboração e atualização das *guidelines* para a dor pélvica crónica [DPC], na qual se inscreve a cistite intersticial, também conhecida por síndrome da dor vesical, que é difícil de diagnosticar e tratar. O papel do nosso comité é produzir linhas de orientação clínica para diagnóstico, tratamento e seguimento da DPC. Neste momento, decorre um processo de



uniformização das *guidelines*, ao abrigo do qual tentamos abordar a dor pélvica globalmente, tendo em conta a incidência e prevalência geral, a fisiopatologia presente e a eventual referência ao órgão afetado.

O meu trabalho mais específico é redigir o diagnóstico da DPC, que, por um lado, não tem etiologia conhecida e, por outro, tem apresentações múltiplas que requerem, frequentemente, um trabalho conjunto com ginecologistas, coloproctologistas, psicólogos, fisiatras e anestesistas diferenciados em dor. Portanto, o nosso painel é constituído por urologistas, uma ginecologista, uma psicóloga, dois anestesistas, um gastroenterologista e um doente que sofre de dor pélvica.

### **Por que motivo foi incluído um doente no painel de dor pélvica crónica do Guidelines Office Board?**

Muitas vezes, os médicos tendem a medir o sucesso ou o insucesso por critérios que não se aplicam ao que o doente espera. Com um doente no painel, queremos ouvir a sua perspetiva, conhecer os seus objetivos mais importantes, o que quer saber acerca da doença, quais as suas expectativas e que situações o preocupam. Isso é muito importante.

### **Há novidades nas *guidelines* que vão ser publicadas ainda este ano?**

Há um consenso cada vez maior sobre o facto de que não pode ser só um especialista a tratar estes doentes, nem se pode olhar só para o órgão-alvo. Muitas vezes, os doentes têm outras queixas relacionadas com a dor pélvica crónica, pelo que precisamos da ajuda da Fisioterapia, da Ginecologia e da Psicologia. Em Portugal, por exemplo, esta abordagem multidisciplinar na fase inicial é muito escassa. A insistência na abordagem multidisciplinar logo à partida, cujos principais entraves são de cariz orçamental e organizativo, é um dos aspetos reforçados nas novas *guidelines*.

Outra novidade é a insistência em caracterizar bem o quadro clínico da DPC, para depois abordar corretamente as suas manifestações clínicas. Ao nível das terapêuticas referidas nas *guidelines*, há pequenos avanços. Agora, já podemos usar com mais certeza a neuromultiplicação e a toxina botulínica. Nos últimos anos, estes dois tratamentos obtiveram mais suporte para a sua utilização.

### **Existem assimetrias na abordagem da dor pélvica crónica a nível europeu?**

Há países que já estão onde desejaríamos que toda a Europa estivesse, como a Holanda ou a Inglaterra, que têm clínicas de dor pélvica. Em Portugal, temos grupos multidisciplinares e

consultas de dor crónica, mas não de dor pélvica crónica, que é completamente diferente.

### **Porém, os urologistas já estão mais bem preparados para abordar esta patologia?**

Sem dúvida! A DPC é muito impactante na vida dos doentes e suscita cada vez mais interesse por parte dos urologistas. No entanto, ainda há muitos milhares de casos por diagnosticar, mas estamos no bom caminho, porque as pessoas têm cada vez mais noção deste problema.

### **É também um dos peritos do *International Consultation on Urologic Diseases* da Organização Mundial de Saúde. Que papel assume neste organismo?**

Aqui, cabe-me redigir a parte relativa à toxina botulínica, à neuromodulação e à avaliação dos resultados destes tratamentos. Tenho de fazer uma atualização científica exaustiva nestas áreas, selecionar a bibliografia de acordo com os níveis de evidência e escrever o texto à luz desta atualização científica.

### **Portugal tem participado ativamente na produção de investigação científica na área da dor pélvica?**

Sim. No Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de São João, por exemplo, temos um historial de pesquisa em dor vesical de quase 20 anos. Atualmente, continuamos a trabalhar em marcadores moleculares para simplificar o diagnóstico, através do doseamento de neurotrofinas a nível urinário. Fomos também pioneiros no tratamento da cistite intersticial com toxina botulínica, que tem dado resultados muito satisfatórios. Além disso, temos participado regularmente em estudos sobre a dor vesical crónica.

### **Como avalia o reconhecimento da Urologia portuguesa no estrangeiro?**

Somos bastante respeitados lá fora. Para um país pequeno, temos uma produção científica bastante aceitável, um nível clínico muitíssimo bom e investigação em muitas áreas da Urologia, nomeadamente na transplantação e no desenvolvimento de técnicas minimamente invasivas para o tratamento da litíase. Há investigação a decorrer em Portugal e publicações de resultados clínicos que nos posicionam bastante bem no panorama europeu.

### **Que mensagem final gostaria de deixar aos seus colegas de profissão?**

A atividade científica, a participação em reuniões e a interação internacional são cruciais para nos atualizarmos, para influenciarmos o Serviço Nacional de Saúde [SNS], para o nasci-

mento de ideias, para a formação que fazemos e para mantermos a nossa agilidade clínica e científica. A internacionalização ao nível clínico e científico tem de ser um objetivo preciso e persistente das nossas associações e mesmo do nosso SNS, pois é crucial para a qualidade da Medicina. ■



### **DESTAQUES CURRICULARES DE PAULO DINIS**

- **1983** – licencia-se na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP)
- **1994** – obtém a especialização em Urologia
- **2002** – é membro-fundador da Sociedade Internacional para o Estudo da Cistite Intersticial (ESSIC)
- **2006** – conclui o doutoramento, com a tese «Papel do receptor vanilóide TRPV1 na dor e na hiperactividade vesical», na FMUP
- **2006** – torna-se professor associado de Urologia na FMUP e chefe de serviço de Urologia no Centro Hospitalar de São João
- **2007** – é eleito presidente da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (APNUG)
- **2015** – passa a presidente da Assembleia-Geral da APNUG



## Viagens com sentido humanitário

Partimos à descoberta de uma vida rica em histórias. E encontrámos! Francisco Martins nasceu em Timor e viveu em Angola, Moçambique, Índia e Estados Unidos da América, nomeadamente em Boston e Los Angeles. Mas, sobretudo em trabalho, não lhe faltam os mais diversos destinos e experiências. Este ano, o urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria já esteve na Hungria, numa das colaborações humanitárias que todos os anos faz neste país. Angola recebe-o no próximo mês de agosto e são muitos os doentes que aguardam pelas benfeitorias deste médico.

**Paula Ferreira Fernandes**

«**E**stou sempre de malas feitas para algum lugar», introduz Francisco Martins, sem aparentar qualquer ansiedade por, na manhã seguinte, apanhar um voo, desta feita para Hamburgo e, de seguida, para Munique, onde iria participar no 31.º Congresso da Associação Europeia de Urologia. No mês de fevereiro, já tinha estado na Índia para participar no Men's Health World Congress. Em fins de março, voltou à Índia para intervir num *workshop* científico. No entanto, é quando fala das suas deslocações humanitárias a países como Angola, Tanzânia e Etiópia que o olhar deste urologista de 58 anos entenece.

No próximo mês de agosto, vai regressar ao sul do território angolano, a um hospital missionário constituído por médicos canadianos. Ali, vai tratar casos em que estes especialistas não têm muita experiência e, por isso, o convidam para ajudar. O regresso à terra que um dia foi sua e à qual não voltava há mais de cinco anos parece trazer-lhe alguma inquietude. «Foi lá que fiz o ensino primário e secundário», partilha. Em 1975, os pais mudaram-se de Angola para Moçambique. Entretanto, por não se adaptarem, rumaram a Portugal, mas Francisco Martins ficou em Moçambique, tinha então 19 anos. Em 1976, juntou-se à família, já depois de frequentar o primeiro ano do curso de Medicina. Viviam-se tempos conturbados: «Vim passar umas férias de Natal a Portugal e os meus pais já não me deixaram voltar, porque tinha morrido o meu irmão mais velho em Angola, numa história triste que não vale a pena aprofundar», lembra.

**Ser urologista**  
A Medicina confunde-se com a vida de Francisco Martins: «Desde criança, tenho algum fascínio pela profissão e acho que sempre quis ser médico.» Uma vez em Portugal, recomeçou o curso na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. A Urologia surgiu por acaso. «A escolha da especialidade tem muito a ver com as pessoas com quem contactamos e, na altura, eu trabalhava com endocrinologistas que me estimu-

laram para a sua área. Entretanto, por escassez de vagas, entrei em Urologia.» O internato, que concluiu em 1987, foi realizado no Hospital Pulido Valente (que agora também integra o Centro Hospitalar Lisboa Norte). «Era um edifício mais pequeno, mas mais humanizado, com relações mais familiares e amistosas, mesmo com os doentes.» Após 21 anos de serviço, em 2008, dá-se a fusão dos hospitais e a Urologia ficou concentrada no Hospital de Santa Maria.

Se tivesse de recomeçar, Francisco Martins confessa que seria complicado: «Estou enraizado com esta profissão. Gosto do contacto com os doentes e com os colegas.» A Urologia foi evoluindo de forma natural e ramificou-se em diferentes campos. A cirurgia reconstrutiva acabou por ser a sua área de eleição. Podia ter sido uma escolha casual, mas, tendo em conta o espírito humanitário, tudo parece fazer sentido no percurso deste médico. Habitualmente, a cirurgia reconstrutiva lida com casos mais complicados, pelo que constitui um desafio, não só na vertente ambulatoria, em que é necessária a



remoção de um órgão, como, principalmente, na sua reconstrução.

«Muitas vezes, planeamos o pré-operatório e definimos uma estratégia cirúrgica, mas, depois, com o doente já anestesiado e a meio da operação, temos de alterar o plano», reforça Francisco Martins. Nesta área, o cirurgião tem de se adaptar constantemente para reconstruir o que foi destruído devido a acidente, cirurgia prévia, infeção, tumor ou defeito congénito.

### Sempre em missão

A vontade de ajudar é constante na vida de Francisco Martins. «Pode dizer-se que também tenho missões de "colaboração" em Portugal, porque sou convidado a ajudar em cirurgias reconstrutivas mais ou menos complexas, em alguns hospitais do País, principalmente em Lisboa e Porto.» Além disso, duas vezes por ano, desloca-se a um hospital regional da Hungria, onde opera durante quatro a cinco dias.

Um dia por semana, à sexta-feira, este urologista também trabalha na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano, em Portalegre. «Quando vou para lá, sinto-me numa espécie de preparação para o fim de semana. É juntar o útil ao agradável.» Francisco Martins considera esta experiência de tal forma enriquecedora que já equacionou no futuro deixar Lisboa, onde vive com a família (esposa e três filhos), e transferir-se para aquela zona mais rural. «A colaboração com os colegas e o relacionamento com os doentes da província são diferentes em relação à capital. No Alentejo, sinto mais tranquilidade e é um facto que já estou um pouco cansado da vida citadina», desabafa.

«Pode dizer-se que também tenho missões de "colaboração" em Portugal, porque sou convidado a ajudar em cirurgias reconstrutivas mais ou menos complexas, em alguns hospitais do País»



Registo de uma das missões na Etiópia, em 2005, com a equipa local de ginecologistas e um fisioterapeuta belga (segundo a contar da esquerda)

Francisco Martins é, logo à primeira vista, uma pessoa tranquila, o que também coincide com a sua predisposição e disponibilidade para ouvir e ajudar os outros. Ao passar pelo átrio do Serviço de Urologia do Hospital de Santa Maria, algumas pessoas abordam-no timidamente, com a certeza, porém, de lhe chegar à fala. Mas, apesar de calmo e acessível, o urologista está sempre em movimento e à procura de mais sentido para o que faz. «Gosto de dar alguma utilidade às minhas viagens», exemplifica. Muitas vezes, nos congressos, estabelecem-se colaborações e surgem possibilidades de ajudar pessoas com casos complicados de zonas com escassez de experiência na área e de meios. «Quando apresentamos trabalhos em congressos internacionais, alguns

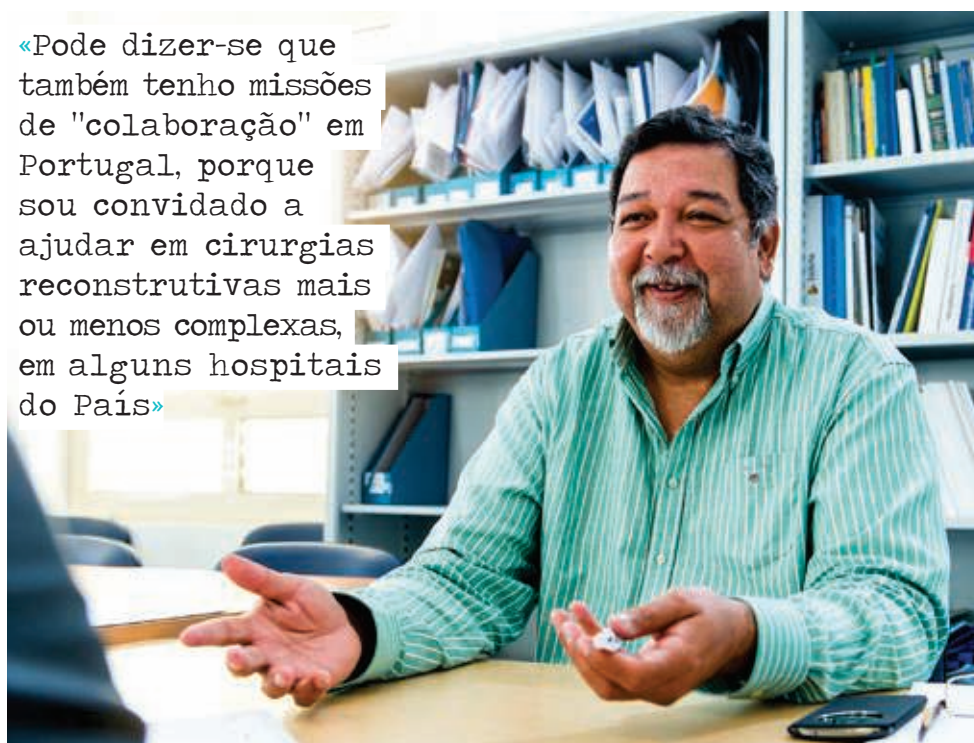
colegas vêm ter connosco, querem conhecer melhor o que fazemos e pedem-nos para colaborar com eles nos seus hospitais», conta.

### Histórias marcantes

As histórias e experiências vividas em Angola ficaram, de propósito, para o final deste artigo, sobretudo pela dúvida de expor ou não uma faceta mais sensível da personalidade de Francisco Martins. Mas decidimos avançar com alguns relatos que o urologista partilhou connosco. «Neste país, chegou a haver casos de suicídios em homens com incontinência urinária. As pessoas eram desprezadas, ninguém se relacionava com elas...»

Outra situação preocupante em África são as fístulas vesicovaginais. «As mulheres são ostracizadas, em primeiro lugar, pelo marido, mas também pela restante família. Só algumas instituições as aceitam e muitas morrem à fome, quando não procuram ajuda», lamenta. Neste ponto da conversa, sem que se estivesse à espera, Francisco Martins não aguenta o confronto com a recordação: «Desculpe... Lembrei-me de uma coisa...» Com os olhos humedecidos, pediu que se mudasse de assunto.

Perguntámos, então, o que lhe falta fazer. E a resposta não surpreendeu: «Continuar o que tenho feito até agora. Colaborar com as instituições onde trabalho, com os internos, com os meus colegas estrangeiros, com os estudos científicos...» A nível pessoal, o seu principal objetivo passa por ter mais tempo para a família. Eis que surge a questão: os filhos serão futuros médicos? «Acho que não. A minha filha, que tem 10 anos, diz que não quer, porque os pais chegam muito tarde a casa. O primeiro tem 21 anos e mal o vi crescer. O mais novo tem 5 anos e adora o *Star Wars*», responde, com um sorriso que lhe afasta a tristeza do olhar. ■



# XIV Congresso da SINUG

(Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología)

30 de junho a 2 julho de 2016

Hotel Sheraton Porto

DATA	EVENTO	LOCAL	MAIS INFORMAÇÕES
<b>2016</b>			
<b>MAIO</b>			
5 a 7	SEDYT'16 – XXXVIII Annual Congress of the Spanish Society of Dialysis and Transplantation	Burgos, Espanha	congresosedyt.com
6 a 10	American Urological Association (AUA) Annual Meeting 2016	San Diego, EUA	aua2016.org
21 a 24	ERA-EDTA 53 <sup>rd</sup> Congress - European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association Congress	Viena, Áustria	era-edta.org
27 a 29	Módulo V da Academia de Urologia da APU	Hotel Vila Batalha	academia.apurologia.pt
29 a 31	6 <sup>th</sup> International Meeting Challenges in Endourology (CIE)	Paris, França	challenges-endourology.com
<b>JUNHO</b>			
3 a 5	XV Congresso Nacional de Andrologia/XI Reunião Ibérica de Andrologia	Hotel Tivoli Carvoeiro, Algarve	spandrologia.pt
3 a 7	American Society of Clinical Oncology (ASCO) Annual Meeting 2016	Chicago, EUA	asco.org
15 a 18	LXXXI Congreso Nacional de Urología da Asociación Española de Urología	Toledo, Espanha	aeu.es
27 a 30	British Association of Urological Surgeons (BAUS) Annual Meeting 2016	Merseyside, Reino Unido	baus.org.uk
29 jun. a 1 jul.	Global Congress on Prostate Cancer – 4 <sup>th</sup> edition	Viena, Áustria	proscra.org
30 jun. a 2 jul.	XIV Congresso da SINUG (Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología)	Hotel Sheraton Porto	congresosinug2016.com
<b>JULHO</b>			
1	1 <sup>st</sup> ANDROFORUM – Actualización y Controversias en Cirugía Reconstructiva Urogenital y Medicina Sexual	Madrid, Espanha	androforum2016.com
8 a 10	5 <sup>th</sup> Meeting of the EAU Section of UroTechnology – ESUT16	Atenas, Grécia	esut16.uroweb.org
<b>AGOSTO</b>			
2 a 6	41 <sup>st</sup> Annual Meeting of the International Urogynecological Association (IUGA)	Cidade do Cabo, África do Sul	iugameeting.org
<b>SETEMBRO</b>			
13 a 16	46 <sup>th</sup> Annual Meeting of the International Continence Society – ICS 2016	Tóquio, Japão	ics.org/2016
14 a 16	13 <sup>th</sup> Meeting of the EAU Robotic Urology Section – ERUS 2016	Milão, Itália	erus16.uroweb.org
21 a 23	9 <sup>th</sup> European Congress of Andrology	Roterdão, Holanda	ecacongress2016.com
22 a 23	Global Congress on Lower Urinary Tract Dysfunction 2016	Viena, Áustria	lutd.org
26 a 30	Urology Week 2016	Europa (vários locais)	urologyweek.org