

Entrevistado em Londres pelo *Urologia Actual*, Hendrik Van Poppel, secretário-geral adjunto da EAU e perito em uro-oncologia, declarou que a imunoterapia é a grande revolução no tratamento dos cancros urológicos **P.6**

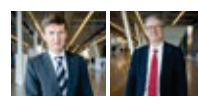
Lisboa está preparada para acolher o 37.º Congresso da Société Internationale d'Urologie, entre 19 e 22 de outubro, com um programa transversal e a participação de várias sociedades de subespecialidades de todo o mundo **P.25**



O futuro da Urologia portuguesa no Congresso europeu

Os internos de Urologia portugueses fizeram-se representar «em peso» no 32.º Congresso da European Association of Urology (EAU), que decorreu em Londres, de 24 a 28 de março, alguns deles com apresentações de trabalhos. Na reunião da European Society of Residents in Urology, foram eleitos os novos corpos gerentes, dos quais fazem parte dois portugueses. A participação nacional neste que é o mais importante fórum europeu de Urologia tem vindo a evidenciar-se cada vez mais. Este ano, vários urologistas mais experientes intervieram em dezenas de sessões, abordando temas da Urologia funcional à uro-oncologia, passando pela transplantação renal **P.12**

05	ATUALIDADES	O bom desempenho dos portugueses no EBU Oral Examination 2017
06	DISCURSO DIRETO	Entrevista a Hendrik Van Poppel, secretário-geral adjunto e responsável pela área da Educação na EAU
08	IN LOCO	Reportagem no Serviço de Urologia do Hospital Distrital de Santarém
10	MEDICINA FAMILIAR	Algoritmo sobre dor pélvica crónica elaborado por Rui Pinto
12		Intervenções de Francisco Cruz, Paulo Dinis e Tiago Antunes Lopes
13		Intervenções de Arnaldo Figueiredo e Lorenzo Marconi
14	UROEVENTOS (32 nd EAU Congress)	Intervenções de Estêvão Lima, Peter Kronenberg e António Lopez-Beltran
16		Outros momentos da participação nacional
18		Balanço e novidades do Congresso por Arnulf Stenzl e Manfred Wirth
20		Resumo da IV Reunião Ibérica de Cancro do Rim
22	UROEVENTOS	Investigações nacionais apresentadas no AUA Annual Meeting 2017
25		Membros portugueses do Comité Científico comentam programa do 37.º Congresso da SIU (19 a 22 de outubro 2017, Lisboa)
26	ESPAÇO JOVEM	Relatos dos estágios de Nuno Azevedo e Ricardo Godinho em Bordéus e Barcelona
27		Antevisão da I Reunião Ibérica de Internos de Urologia
28	(INTER) NACIONAIS	Lorenzo Marconi fala sobre o seu trabalho no EAU Guidelines Office
30	VIVÊNCIAS	A paixão pela pesca de Luís Calado, coordenador do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Algarve



Corpos Gerentes da APU para o biénio 2015-2017

ASSEMBLEIA-GERAL

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

CONSELHO DIRETIVO

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

CONSELHO FISCAL

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

CONSELHO CONSULTIVO

Presidente: Arnaldo Figueiredo
Vogal: Tomé Lopes
Vogal: Francisco Rolo
Vogal: Manuel Mendes Silva
Vogal: Adriano Pimenta

Ficha Técnica

Propriedade:



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

Diretor do jornal:
 Pedro Nunes

Correio do leitor: urologia.actual@gmail.com

Edição:



esfera das ideias
 PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

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

EsferaDasIdeiasLda

Direção: Madalena Barbosa
 (mbarbosa@esferadasideias.pt)

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

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

Redação: Marisa Teixeira, Rui Alexandre Coelho e Sandra Diogo

Fotografia: João Ferrão

Design e paginação: Susana Vale

Colaborações: Herberto Santos, Jorge Correia Luís e Rui Santos Jorge

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

Ano de 2017, uma colheita excepcional

Quando, há uns anos, surgiu este espaço de comunicação e diálogo, poderia parecer que talvez não houvesse tanto noticiário e novidade que justificasse esta edição periódica. Contudo, a qualidade do *Urologia Actual*, expressa nos conteúdos, tem vindo a demonstrar a sua utilidade e necessidade. Não pertencendo à Direção da Associação Portuguesa de Urologia (APU), agradeço a amabilidade do convite para escrever este editorial, no qual aproveito para saudar o empenho do atual editor – Pedro Nunes –, bem como dos editores anteriores e, sobretudo, dos atuais corpos diretivos da APU em manter e melhorar este espaço de diálogo.

Este ano de 2017 tem sido excepcional – diria que é uma grande colheita. Iniciou-se, em janeiro, com a eleição do bastonário da Ordem Médicos (OM), o nosso colega e meu amigo pessoal Miguel Guimarães, companheiro de tantos percursos e que venceu, de modo esmagador, as eleições da OM, culminando um percurso dedicado à causa de todos. Conhecemos bem o Miguel como urologista de elevada qualidade, mas também como cidadão culto, moderno e interventivo. Para a Urologia nacional, é uma honra e um privilégio único ter um de nós no mais alto e digno cargo da OM, com a certeza do seu empenho na qualidade da prática médica e da defesa intransigente dos valores éticos da Medicina, tendo sempre os doentes como primeira referência.

Foi, pois, com muita alegria que assistimos e colaborámos nesta fantástica caminhada do Miguel, tendo o seu primeiro ato público como bastonário eleito ocorrido justamente num evento da Urologia, que teve lugar no Porto e foi organizado pelo nosso

Serviço, no dia seguinte à sua eleição. De facto, com este bastonário e tendo a Urologia nacional atingido este altíssimo nível, as nossas responsabilidades individuais e coletivas aumentam. E são um desafio para TODOS.

Caminhando ao encontro do aumento do nível de exigência e de qualidade, estão em curso importantes modificações no Internato de Urologia – programa de formação e atribuição de internos –, que têm sido amplamente divulgadas e debatidas. As alterações serão significativas e estamos certos de que poderão conduzir a um aumento da qualidade e das condições de formação dos próximos especialistas. Por outro lado, temos estado todos mais atentos às más práticas médicas e a nossa intervenção sobre esses casos tem sido exemplar, tentando impor sempre a qualidade e a boa prática médica, e dignificando a Urologia nacional.

Os eventos de qualidade multiplicam-se, a Academia de Urologia é um sucesso e a participação internacional dos urologistas nacionais é um facto irreversível, culminando, em outubro próximo, com a realização do 37.º Congresso da Société Internationale d'Urologie (SIU), em Lisboa.

Antes disso, de 22 a 24 de setembro, teremos, no Porto, o Congresso da Associação Portuguesa de Urologia, que, como sabem, o nosso Serviço tem a honra de organizar e que culmina o mandato de uma Direção da APU que desenvolveu um trabalho excepcional. No dia 21 de setembro, decorrerão cursos pré-congresso no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e uma importante reunião de intercâmbio entre internos de Portugal e Espanha, num estreitar de relações científicas e culturais há muito ansiado por todos.



No Porto, revitalizado, cheio de vida e de energia, eleito pela terceira vez melhor destino turístico da Europa, encontrarão a tradição de uma cidade milenar onde se cruzaram civilizações que determinaram destinos do Portugal moderno, tendo como expoente uma universidade muito produtiva e na vanguarda da Ciência. A Urologia nacional irá mostrar, certamente, o seu altíssimo nível neste Congresso.

Estamos certos de que os «tripeiros», acolhedores e orgulhosos, estarão à vossa espera com o melhor que têm para dar: cultura e amizade. Com um bom copo de Porto, até porque a colheita é, de facto, excepcional. Sempre!

Avelino Fraga

Diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António e presidente do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos

APOIOS CIENTÍFICOS CONCEDIDOS RECENTEMENTE PELA APU

Congresso Clínico Internacional *Leaping Forward Oncology*

9 a 13 de maio de 2017
Centro Cultural de Belém
Organização: Hospital da Luz Lisboa

1.ªs Jornadas de Urologia e Oncologia do Alentejo

9 de junho de 2017
Hotel Vila Galé Évora
Organização: Eduardo Cardoso de Oliveira,
Pedro Galego e Rui Dinis

5th Edition Global Congress on Prostate Cancer 2017

28 a 30 de junho de 2017
Convento do Beato, em Lisboa
Organização: Kris Maes, Gabriela Sousa e
Maria Pina

I Jornadas de Arouca em Urologia/ /Medicina Geral e Familiar

9 de setembro de 2017
Loja Interativa de Turismo de Arouca
Organização: Arnaldo Lhamas

Multidisciplinary Genitourinary Oncology Course

13 e 14 de outubro de 2017
Sana Lisboa Hotel
Organização: Fernando Calais da Silva

Curso Minimally Invasive Upper Tract Surgery

26 e 27 de janeiro de 2018
Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António
Organização: Vítor Cavadas, António Oliveira
e Avelino Fraga

Patrocinadores desta edição



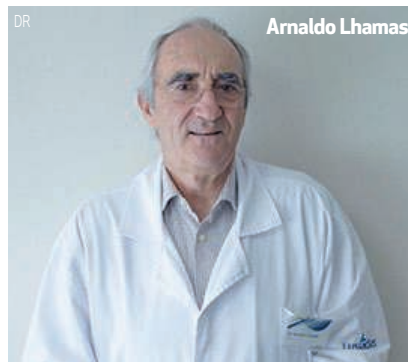
Novo Código de Ética da APU



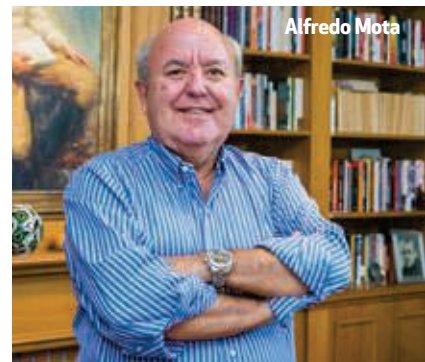
Manuel Mendes Silva



Hélder Coelho



Arnaldo Lhamas



Alfredo Mota

A Comissão de Ética da APU elaborou recentemente um Código de Ética, «uma necessidade sentida pela evolução da prática da Medicina e de novos paradigmas, incluindo de Urologia, nos últimos anos, inclusivamente pelos atuais contextos sociais e políticos e também as mudanças nas atividades profissionais em centros hospitalares e ambulatórios», explica Manuel Mendes Silva, presidente desta entidade e urologista em Lisboa, da qual também fazem parte os urologistas Hélder Coelho, de Lisboa, Alfredo Mota, de Coimbra, e Arnaldo Lhamas, do Porto.

Além de tópicos mais gerais, sobre o que os urologistas devem ou não fazer, como «praticar

a Medicina e a Urologia com honestidade e plena independência profissional e moral», «proporcionar um serviço médico competente, com compaixão e respeito pela dignidade humana», «informar as autoridades competentes sobre os colegas que pratiquem de forma antiética e incompetente ou sobre os que incorram em fraude ou dolo», e, por outro lado, não «permitir ser influenciados por um benefício pessoal, de natureza material ou outra, ou por discriminação injusta» nem «receber nenhum benefício financeiro nem outros incentivos por desviar doentes ou prescrever produtos específicos», este Código de Ética também elenca vários itens

referentes à relação com os doentes, com os colegas urologistas e com outros profissionais de saúde.

«Verdade, respeito, zelo, honestidade e imparcialidade» são, na opinião de Mendes Silva, «conceitos a ter sempre em conta quando se reflete no campo da ética». De referir que, em situações com que os urologistas se deparem e que lhes causem dúvidas do ponto de vista ético, devem consultar a Comissão de Ética da APU e/ou da Ordem dos Médicos. A Comissão de Ética da APU propõe-se a continuar a trabalhar no sentido de ir aperfeiçoando este Código, que pode ser consultado na íntegra em www.apurologia.pt.

Matos Ferreira doou instrumentos urológicos à APU

O urologista Alberto Matos Ferreira, presidente da APU entre 1984 e 1988, doou o espólio de instrumentos urológicos antigos que tinha em sua posse, maioritariamente herança do seu pai, a quem seguiu as pisadas – Raul Matos Ferreira, que presidiu a APU entre 1963 e 1967 –, e de um colega dele, Armando Luzes. Por limitações de espaço, não conseguiu trazer tudo para a sede da APU,

onde já existe um minimuseu de instrumentos antigos da área, pelo que algum do seu espólio está agora exposto também no Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, em Lisboa.

«Para mim, é um prazer entregar estas peças à APU, que acabam por ser memórias da história da Urologia, fazendo lembrar épocas completamente diferentes das atuais», explica. Por ins-

tantes, Matos Ferreira fez-nos viajar no tempo, mostrando cistoscópios (1), uretroscópios (2), e instrumentos mais complexos, como dilatores Kollmann (3), todos eles aparelhos muito antigos. «No passado, havia doenças nas quais muitos destes instrumentos eram utilizados», comenta o urologista, enquanto mostra os aparelhos que doou à APU.



1



2



3



3

Prestação nacional de «alto nível» no EBU Oral Examination

Na edição deste ano do *EBU Oral Examination*, que decorreu a 3 de junho, em Bruxelas, «mais uma vez, os portugueses tiveram prestações de alto nível, sendo que 13 obtiveram o título de *fellow*» (ver caixa), o que representa «um testemunho acrescido do valor da formação urológica em Portugal», nota Arnaldo Figueiredo, presidente da APU e desta prova do European Board of Urology (EBU). É também de frisar que, no último *EBU Online Written Examination*, que decorreu a 18 de novembro de 2016, em diversos centros por toda a Europa, os candidatos nacionais alcançaram bons resultados e, como já aconteceu anteriormente, o melhor classificado foi um português – Paulo Jorge Dinis, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Arnaldo Figueiredo destaca ainda que, embora ser *fellow* do EBU não seja um requisito para exercer Urologia em Portugal, ao contrário do que acontece em outros países, como Polónia, Suíça, Áustria ou Hungria, «este título é cada vez mais uma marca de excelência no



Alguns dos examinadores e fellows portugueses do EBU Oral Examination 2017

âmbito internacional». O próximo *EBU Online Written Examination* está agendado para

17 de novembro deste ano e o próximo *EBU Oral Examination* será no dia 2 de junho de 2018.

PARTICIPAÇÃO PORTUGUESA EM 2017

13 novos fellows:

- Carlos Ferreira (Matosinhos);
- João Pina (Lisboa);
- Luís Sepúlveda (Coimbra);
- Nuno Azevedo (Porto);
- Nuno Grilo (Lausanne, Suíça);
- Paulo Jorge Dinis (Coimbra);
- Pedro Valente (Porto);
- Raquel João (Lisboa);

- Ricardo Fernandes (Funchal);
- Ricardo Godinho (Coimbra);
- Rui Amorim (Porto);
- Sandro Gaspar (Lisboa);
- Sofia Lopes (Ponta Delgada).

7 examinadores:

- Arnaldo Figueiredo (Coimbra);
- Belmiro Parada (Coimbra);
- José Dias (Lisboa);
- Luís Abranches Monteiro (Lisboa);
- Luís Campos Pinheiro (Lisboa);
- Miguel Ramos (Porto);
- Pedro Nunes (Coimbra).

Portugal destacou-se em exame online do EBU

No total, 44 internos de Urologia portugueses participaram no último *EBU online In-Service Assessment*, que decorreu nos dias 9 e 10 de março deste ano. Trata-se de um número recorde, para o qual contribuiu o patrocínio da APU, que, em parceria com a Pfizer, suportou os encargos financeiros das inscrições. «O objetivo deste exame formativo do European Board of Urology [EBU] é permitir que os participantes avaliem os seus conhecimentos nos vários campos da

especialidade, comparativamente aos padrões europeus atuais», explica Arnaldo Figueiredo, presidente da APU.

Cada participante recebe a sua avaliação global e por cada área abordada no exame, podendo comparar os seus conhecimentos com os dos outros candidatos de toda a Europa que se encontram no mesmo nível de internato. Arnaldo Figueiredo mostra-se satisfeito com os resultados, principalmente com as boas

classificações nacionais, mas espera que, em próximas edições, «se candidatem a este exame ainda mais portugueses».

Desta vez, inscreveram-se cerca de 50% dos internos de Urologia do nosso país, mas «muitos mais podem usufruir desta oportunidade, até pela facilidade em participar, bastando ter acesso a um computador com internet para responder às 100 perguntas de escolha múltipla do *EBU online In-Service Assessment*».

«A próxima grande mudança poderá ser a aplicação da imuno-oncologia»

Começou a exercer numa época em que qualquer urologista fazia de tudo um pouco, mas, ao longo da carreira, centrou a sua atenção na uro-oncologia, participando em avanços notáveis no tratamento dos cancros urológicos. Para **Hendrik Van Poppel, urologista belga que dirigiu o Serviço de Urologia do Hospital Universitário de Leuven**, são de esperar muitos outros avanços na área da uro-oncologia, com destaque para a imuno-oncologia. Mas, em entrevista ao *Urologia Actual*, o **secretário-geral adjunto e responsável pela área da Educação na European Association of Urology (EAU)** deixa um aviso aos mais novos: não se devem deslumbrar pela tecnologia nem esquecer que a Urologia também é uma especialidade médica.

Luís Garcia

Por que principais mudanças passou a Urologia desde que começou a trabalhar nesta especialidade?

Iniciei a minha prática clínica em Urologia no ano de 1980, depois de ter tirado a especialidade de Cirurgia Geral. Naquele tempo, fazíamos de tudo. Por exemplo, de manhã, começávamos com uma cirurgia de hipospadias; depois, tratávamos uma litíase renal; a seguir, fazíamos uma ressecção transuretral da próstata. Apenas uma ou duas vezes por mês é que operávamos um tumor renal ou fazíamos uma cistectomia. Com o passar do tempo, foquei-me cada vez mais na patologia oncológica, área à qual me dedico em exclusividade atualmente, apesar de me ter retirado da prática clínica mais intensa há dois anos. Na geração que me sucedeu, uns especialistas dedicam-se à parte superior do abdómen e outros à cirurgia pélvica. A subespecialização é uma tendência mesmo dentro da uro-oncologia.

Como vê essa crescente subespecialização dos urologistas?

É o caminho que a Urologia deve trilhar. Hoje, um médico já não pode fazer três ou quatro prostatectomias radicais por ano, por exemplo, sendo preferível a existência de centros especializados em litíase, andrologia, uro-oncologia ou outras áreas da Urologia. No âmbito da uro-oncologia, além da necessidade de um maior volume de casos tratados por cada especialista, os centros especializados são importantes para o trabalho multidisciplinar entre urologistas, oncologistas, radiologistas e patologistas, entre outros profissionais. A subespecialização é uma forma de obtermos melhores resultados para os nossos doentes.

Que vertentes da uro-oncologia registaram mais avanços?

O tratamento do cancro dos testículos e do pénis foi aquele que menos mudou. Ainda assim, importa referir que a quimioterapia ganhou importância e conseguimos curar a maioria dos doentes. Também dispomos de tecnologias mais sofisticadas para fazer a ressecção localizada, conseguindo uma poupança muito maior do órgão, e também contamos com melhores técnicas para fazer linfadenectomias. Já ao nível do cancro do rim e da próstata, as mudanças foram muito mais significativas.



Que evoluções destaca no tratamento do carcinoma renal?

Em 1981, quando ainda estava a começar a trabalhar como urologista, realizei a minha primeira nefrectomia parcial. Reportei as minhas primeiras 15 nefrectomias parciais a tumores renais de até 12 cm em doentes com rim contralateral normal e apresentei os resultados no congresso da European Society of Surgical Oncology (ESSO) que decorreu em Lisboa, curiosamente. À data, fui muito criticado por ter feito nefrectomias parciais, em vez de radicais. No entanto, atualmente, as *guidelines* da EAU recomendam a realização de nefrectomia parcial a tumores T1a e T1b, com até 7 cm, em pessoas com rim contralateral normal. Este procedimento, que não era permitido quando comecei a realizá-lo, é agora considerado oncológicamente seguro. Esta é, provavelmente, a mudança mais importante no tratamento do cancro do rim.

No âmbito do tratamento médico, que avanços destaca?

Nos últimos cinco a dez anos, deu-se um progresso significativo no tratamento do cancro do rim, com os inibidores da tirosina-cinase e as terapêuticas dirigidas. Mais recentemente, apareceram os agentes imuno-oncológicos, os inibidores das vias PD-1 e PD-L1, que constituem um grande avanço e não se limitam ao carcinoma renal. Hoje, conseguimos lidar com tumores de grande dimensão. Regra geral, passámos da cirurgia aberta para a laparoscopia e, mais recentemente, para a cirurgia robótica. Obviamente, estas técnicas minimamente invasivas são boas para o doente, que pode assim ter uma estadia hospitalar mais curta e voltar à sua vida normal mais rapidamente. Contudo, haverá sempre casos em que a cirurgia aberta continua a ser o tratamento *standard*, nomeadamente os tumores maiores.

E ao nível do cancro da próstata?

Em meados da década de 1980, a maioria dos casos de cancro da próstata era tratada com radioterapia, porque a prostatectomia radical originava, frequentemente, hemorragias muito significativas e incontinência urinária. A descrição do complexo da veia dorsal permitiu realizar prostatectomias radicais sem invasão dos nervos ou do esfíncter. Passámos da radioterapia para a prostatectomia nos casos de risco alto ou intermédio. No início da minha carreira de urologista, também tratei tumores da próstata localmente avançados e sempre acreditei que, se conseguíssemos extrair o cancro e depois fizéssemos outros tratamentos, obteríamos bons resultados.

Estamos a chegar a um ponto em que acreditamos que a prostatectomia radical não está indicada para os carcinomas de baixo risco, mas sim a vigilância ativa. No risco intermédio, podemos discutir com o doente o que fazer, mas a indicação absoluta para cirurgia é o tumor localmente

avanzado e de alto risco. Outra mudança importante foi o aparecimento de quimioterapia para o carcinoma da próstata. Hoje, tratamos um doente oligometastizado e recém-diagnosticado não só com terapia de privação hormonal, mas também com docetaxel. Dispomos ainda de tratamentos hormonais de segunda linha, como o acetato de abiraterona e a enzalutamida, que prolongam a vida dos doentes. São grandes progressos.

Pode-se esperar alguma mudança de paradigma na uro-oncologia num futuro próximo?

Provavelmente, a próxima grande mudança será a aplicação da imuno-oncologia no tratamento dos tumores da próstata, do rim e, sobretudo, da bexiga. Esta terapêutica poderá ser particularmente importante no carcinoma vesical, uma vez que pouco mudou nos últimos anos nesta área. Quando os doentes estão em risco, têm doença nodal positiva e não receberam quimioterapia em primeira linha, podemos considerar a quimioterapia adjuvante, que irá, provavelmente, conduzir a melhores resultados. Agora, verificamos que alguns dos doentes que sofrem uma recidiva após a quimioterapia respondem aos inibidores das vias PD-1 e PD-L1, prolongando a vida durante anos. Estas podem ser notícias muito positivas para os nossos doentes no futuro.

O progresso tecnológico que se tem refletido na Urologia também acarreta perigos?

Creio que o perigo maior poderá ser o de os jovens que se estão a formar atualmente serem demasiado fascinados pela cirurgia robótica, a ponto de se deslocarem a centros de outros países para ter acesso ao robô – o que é compreensível, uma vez que se trata de um progresso incrível. Mas a Urologia não é apenas uma especialidade cirúrgica, é também médica. Sempre demos tratamento hormonal e tratámos farmacologicamente pielonefrites, prostatites, litíase, etc. Os urologistas precisam de conhecer os fármacos, saber como funcionam e

quais os doentes que com eles podem beneficiar. Por outro lado, receio que a nova geração não saiba fazer cirurgia aberta nos casos difíceis, porque apenas está habituada a trabalhar de forma minimamente invasiva. Por isso, a cirurgia aberta tem de continuar a ser ensinada, pois tem utilidade em diversas áreas da Urologia. Além disso, muitos países ainda não terão acesso à cirurgia robótica nos próximos anos.

Como avalia a formação atual em Urologia na Europa?

Somos privilegiados. Temos muitos eventos formativos, talvez até demasiados. De qualquer modo, precisamos de assegurar a existência de formação baseada na evidência – e não há melhor lugar para isso do que a European School of Urology. Os nossos programas têm sido muito completos, com *webinars*, cursos *hands-on*, etc., nos quais se pode aprender de tudo, desde a ureteroscopia à ressecção transuretral da próstata. Não ensinamos os internos e jovens urologistas com treino em seres humanos, porque temos acesso a modelos quase perfeitos.

Que impressão tem da Urologia portuguesa?

Tenho muitos amigos em Portugal e já fui ao vosso país muitas vezes, a primeira das quais a convite do Dr. Calais da Silva, para participar numa reunião da European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Conheço bem o nível da Urologia portuguesa, que é de *standard* europeu. Esperamos que, com o melhor inglês das novas gerações, a barreira da língua desapareça totalmente e que mais urologistas portugueses ocupem cargos na EAU, ajudando a que a nossa Associação se torne melhor. Precisamos de mais portugueses na EAU. Os jovens especialistas podem começar por tornar-se membros de uma secção e logo estarão envolvidos em diversas atividades. Claro que terão de estar disponíveis para trabalhar bastante, mas ganharão mais visibilidade e experiência, podendo vir a ocupar posições importantes. ■

MARCOS DE UMA LONGA CARREIRA

1980: Hendrik Van Poppel completa a especialidade de Cirurgia Geral;

1983: especializa-se em Urologia;

1988: completa o doutoramento em Ciências Médicas;

1991-1995: fundador e presidente do European Study Group on Sexual and Urological Disorders in Multiple Sclerosis;

1992: *fellow* do European Board of Urology;

1993: professor de Urologia na Universidade de Leuven, na Bélgica;

1997-2011: tesoureiro da European Organisation for Research and Treatment of Cancer;

2002: diretor do Serviço de Urologia do Hospital Universitário de Leuven;

2009-2010: presidente da Associação Belga de Urologia

2009-2012: tesoureiro da International Consultation on Urological Diseases;

2012: secretário-geral adjunto e responsável pela área da Educação da European Association of Urology.



EQUIPA (da esq. para a dta.): António Mendes (enfermeiro-chefe), Isabel Mouco (administrativa), Luís Costa (urologista), David Castelo (urologista), Martinho do Rosário (urologista e diretor do Serviço), Rui Abreu (urologista), Helena Gomes (urologista), Sara Cordeiro (administrativa) e Helena Moreira (enfermeira-adjunta)

Fervilham ideias novas na Urologia escalabitana

Em funcionamento há 21 anos, o Serviço de Urologia do Hospital Distrital de Santarém atravessa uma fase de algum crescimento em termos de recursos humanos e materiais. O diretor, Martinho do Rosário, congratula-se com a entrada recente de dois jovens especialistas, cujo contributo está a ser decisivo para melhorar a resposta urológica a vários níveis numa região onde o tumor da bexiga e a litíase urinária são muito prevalentes.

Rui Alexandre Coelho

No primeiro contacto *in loco* com Martinho do Rosário, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Distrital de Santarém (HDS) desde 1987, pedimos para falar com o próprio, enquanto porta-voz da equipa. Confrontado com o nosso pedido, Martinho do Rosário arregalou os olhos e respondeu prontamente: «Falar com um urologista? Falam é com os cinco, que isto é um distrito democrático», avisou-nos, ilustrando com um facto que marca a história escalabitana: «No pós-25 de Abril, as mulheres de Alpiarça acorriam às manifestações em Santarém de camioneta, armadas com paus, para reivindicar direitos.»

Martinho do Rosário conhece bem o enquadramento histórico da sociedade escalabitana e as suas particularidades, nomeadamente em matéria de saúde. Uma dessas características é que «esta era, e continua a ser, uma região particularmente propensa ao tumor da bexiga». Minutos depois, já com a equipa de urologistas reunida para conversar connosco, Luís Costa, que aqui exerce

desde 1994, corrobora e contextualiza: «Tal deve-se às anilinas que eram utilizadas na indústria dos curtumes em Alcanena. Entretanto, as anilinas foram proibidas, mas continuamos com uma taxa enorme de neoplasias da bexiga e, sobretudo, com primeiras apresentações muito graves.»

Salta à vista uma certa cumplicidade entre os colegas. Ao invés de se atropelarem nos seus discursos – poderia haver esse risco –, os urologistas completam as frases uns dos outros. O formato coletivo da entrevista resulta. «Não estava habituado a ver doentes tão novos com tumores músculo-invasivos tão graves em primeira apresentação. No meu internato, que realizei no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora, fazia cistectomias em doentes com 70/80 anos, mas, aqui, tenho-as feito em doentes com 50 e até 40 e poucos anos», reforça Rui Abreu, o urologista com menos tempo «de casa»: um ano. Luís Costa volta a intervir para dizer que desconfia que esta realidade pode estar ligada ao «tipo de agricultura intensiva praticada

na região, que pode contribuir para a contaminação dos lençóis freáticos». Em todo o caso, sugere que se faça um estudo epidemiológico que dê as respostas procuradas.

Equipa a rejuvenescer, novas valências

Dos cinco médicos do Serviço de Urologia, que está integrado no Serviço de Especialidades Cirúrgicas do HDS, no piso 4, o penúltimo a ser contratado foi David Castelo, em setembro de 2015, depois de cumprir o internato no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Juntos, Rui Abreu e David Castelo têm-se esforçado por transmitir e concretizar ideias novas, sempre apoiados pela experiência de Martinho do Rosário, Luís Costa e Helena Gomes, que integra a equipa desde 1999. «Algo que não fazíamos e agora fazemos é a cirurgia laparoscópica», exemplifica Luís Costa.

O investimento na laparoscopia relaciona-se com a aposta crescente do Serviço ao nível da cirurgia minimamente invasiva, estendendo-se também à cirurgia endoscópica. Outra aposta recente é a resposta às doenças do foro oncológico, que é agora mais avançada, tendo por base uma reunião periódica de decisão terapêutica multidisciplinar entre urologistas, oncologistas, anatomopatologistas e radioterapeutas.

De resto, Martinho do Rosário observa que «a maioria dos doentes» que o seu Serviço recebe tem doenças oncológicas. «É a mudança que hoje verificamos na Urologia: quase todos os doentes são oncológicos.» Tem havido igualmente

uma aposta forte na Urologia funcional, nomeadamente na patologia do pavimento pélvico. Segundo David Castelo, estão a ser realizadas reuniões multidisciplinares de pavimento pélvico com a Ginecologia, a Medicina Física e de Reabilitação e a Cirurgia Geral do HDS. Nesse âmbito, outra mais-valia é a aquisição de equipamento de urodinâmica, que está para breve.

Para que esta «lufada de ar fresco» proporcionada pelos urologistas mais jovens surta efeito, há um contributo essencial: o do Conselho de Administração do HDS, que não se tem coibido de dar seguimento aos pedidos do Serviço de Urologia, de acordo com Rui Abreu, que ilustra: «Antes de o David chegar, não tínhamos laser nem ureterorrenoscópio flexível. Hoje temos ambos.» Além da neoplasia da bexiga, «Santarém é uma zona de muita litíase urinária», afiança Martinho do Rosário. Nesse sentido, a chegada do ureterorrenoscópio flexível «veio dar resposta aos problemas de muitos doentes desta região que é, habitualmente, a mais quente do país» – sabe-se que a desidratação é um dos principais fatores de risco desta patologia.

Depois das obras, a bonança

Com 19 anos «de casa», Helena Gomes tem desenvolvido a única consulta diferenciada do Serviço de Urologia do HDS: a de Uro-oncologia. «Realizamos dois períodos de consulta por semana, com o apoio de uma enfermeira do Hospital de Dia», refere. No que toca a outras mais-valias, a urologista destaca o «quase inexistente» tempo de espera na Consulta Externa, que se limita a três/quatro semanas», associando esta considerável capacidade de resposta à chegada dos dois novos elementos, e a «coesão entre médicos e enfermeiros, que possibilita também uma comunicação muito eficaz com o exterior».

Como «não há bela sem senão», quanto à maior fonte de dores de cabeça, David Castelo chega-se à frente e aponta «a insuficiente resposta cirúrgica», justificando-a com as obras que estão a decorrer no bloco operatório. «Deveríamos ter dois tempos operatórios de cirurgia convencional programada, mas, neste momento, só temos um.» Outrora dotado de cinco salas no bloco, o Serviço de Urologia conta com apenas duas salas improvisadas na Urgência durante esta fase transitória. De futuro, após as obras, a Urologia voltará a contar com cinco salas cirúrgicas: duas para dar resposta às situações não programadas e três para a cirurgia de ambulatório. Na pior das hipóteses, o novo bloco deverá estar em funcionamento no verão de 2018.

Sem idoneidade formativa, o Serviço de Urologia do HDS não recebe internos, mas tem capacidade para acolher mais um urologista. Se tal acontecer, o novo elemento irá encontrar «um grupo muito coeso», garante Rui Abreu, que ainda tem bem presente na memória a forma como foi recebido, há um ano. Por sua vez, David Castelo realça o facto de estar «a praticar a mesma medicina que praticava em Coimbra», onde fez o seu



*Em todo o Serviço de Especialidades Cirúrgicas, no qual o Serviço de Urologia está integrado

internato, e sonha em voz alta com novos horizontes: «Queremos implementar mais técnicas, como a prostatectomia radical laparoscópica, logo que haja condições para isso. Seria um passo importante.» ■



CONFIANÇA E BOAS RELAÇÕES ENTRE MÉDICOS E ENFERMEIROS

Das 55 camas do Serviço de Especialidades Cirúrgicas (SEC), uma média de 17 camas estão destinadas à Urologia, que acaba por ser a especialidade desta ala com mais postos de internamento. Apesar disso, «se houver 20 doentes urológicos a precisarem de ser internados, todos entram, mesmo que ocupem camas destinadas a outras especialidades», garante António Mendes, enfermeiro-chefe do SEC, que também conversou connosco, ladeado por Helena Moreira, a enfermeira-adjunta. Além do internamento, no âmbito da Urologia, o trabalho dos enfermeiros passa pela preparação pré-operatória, pelos cuidados pós-operatórios imediatos e também pelo Hospital de Dia, onde os doentes fazem

alguns tratamentos oncológicos e é feita a administração de antibióticos, permitindo diminuir o tempo de internamento. «Provavelmente, é a Urologia que usa mais este Hospital de Dia, o qual permite que menos doentes fiquem internados», frisa António Mendes. Já Helena Moreira destaca «a gestão das camas» como o principal desafio que estes profissionais enfrentam. No entanto, «tudo se resolve com base na confiança e no bom relacionamento» que existe entre a equipa médica e a de enfermagem. «Chegamos a telefonar aos médicos às duas da manhã, que nos atendem sempre, pois sabem que, se o fazemos, é porque se trata de uma situação importante», exemplifica. E António

Mendes subscreeve: «Já trabalhei com muitas especialidades e posso dizer que este tipo de relacionamento entre médicos e enfermeiros nem sempre é assim, o que pode levar ao adiamento de altas e à recuperação mais lenta dos doentes, entre outros problemas que aqui não se verificam.»



RUI PINTO

Urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto

Abordagem da dor pélvica crónica

modificações viscerais funcionais (ex.: síndrome de cólon irritável), ou mesmo estruturais (ex.: síndrome dolorosa vesical). Centralmente, outras alterações poderão ocorrer, transformando os próprios mecanismos de dor.

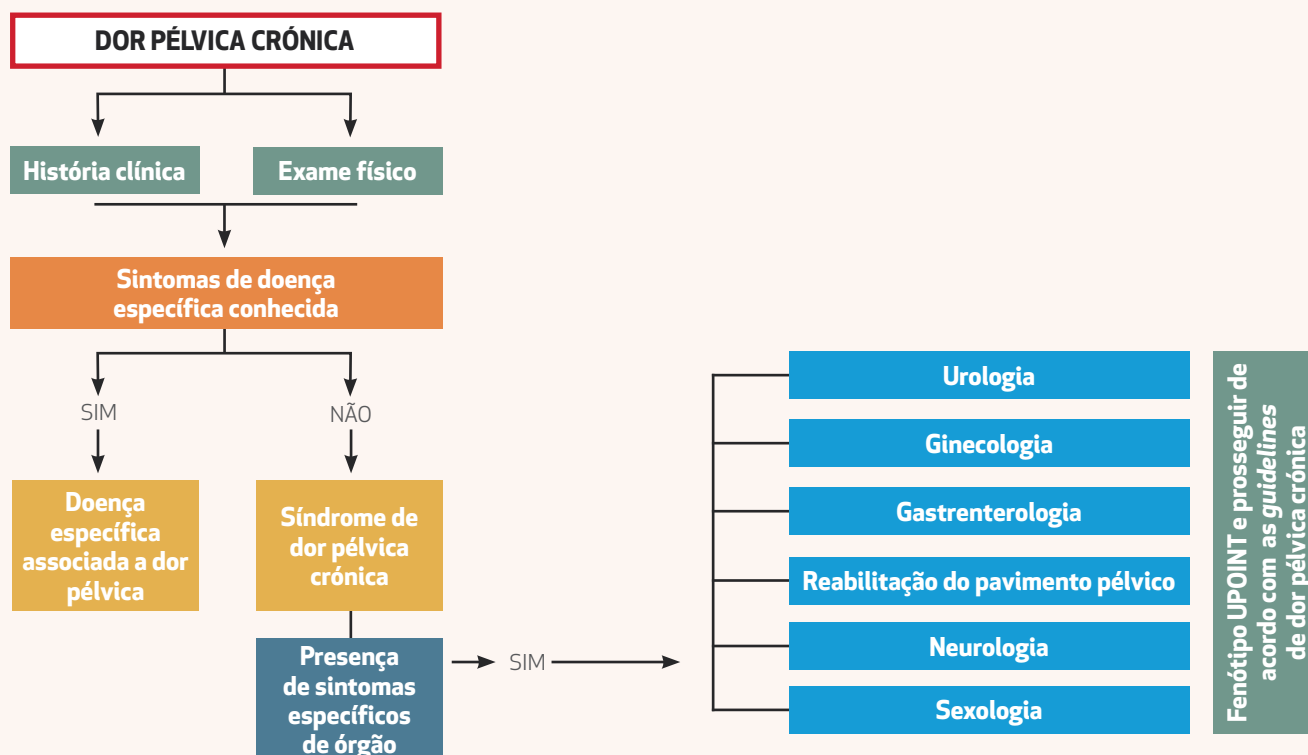
A avaliação diagnóstica da DPC inclui história clínica e exame físico cuidadosos, avaliando sinais e sintomas de doenças específicas conhecidas. Desta forma, é possível categorizá-los e estabelecer rapidamente o órgão predominante associado. A fenotipagem destas doenças deve ser realizada e pode ser sistematizada recorrendo a ferramentas como a avaliação UPOINT. Esta avaliação recorre a estudos e exames auxiliares de diagnóstico adicionais que caracterizam melhor doenças urológicas (U), psicológicas (P), específicas de órgão (O), infecciosas (I), neurológicas (N) e musculares (T). O diagnóstico e o tratamento precoces são fundamentais e, como tal, o envolvimento multidisciplinar assume especial importância. Assim, especialidades e competências como a Urologia, a Ginecologia, a Gastrenerologia, a Neurologia, a Medicina Física e de Reabilitação e a Sexologia assumem um papel relevante.

A abordagem terapêutica deverá ser sequencial e sistemática.

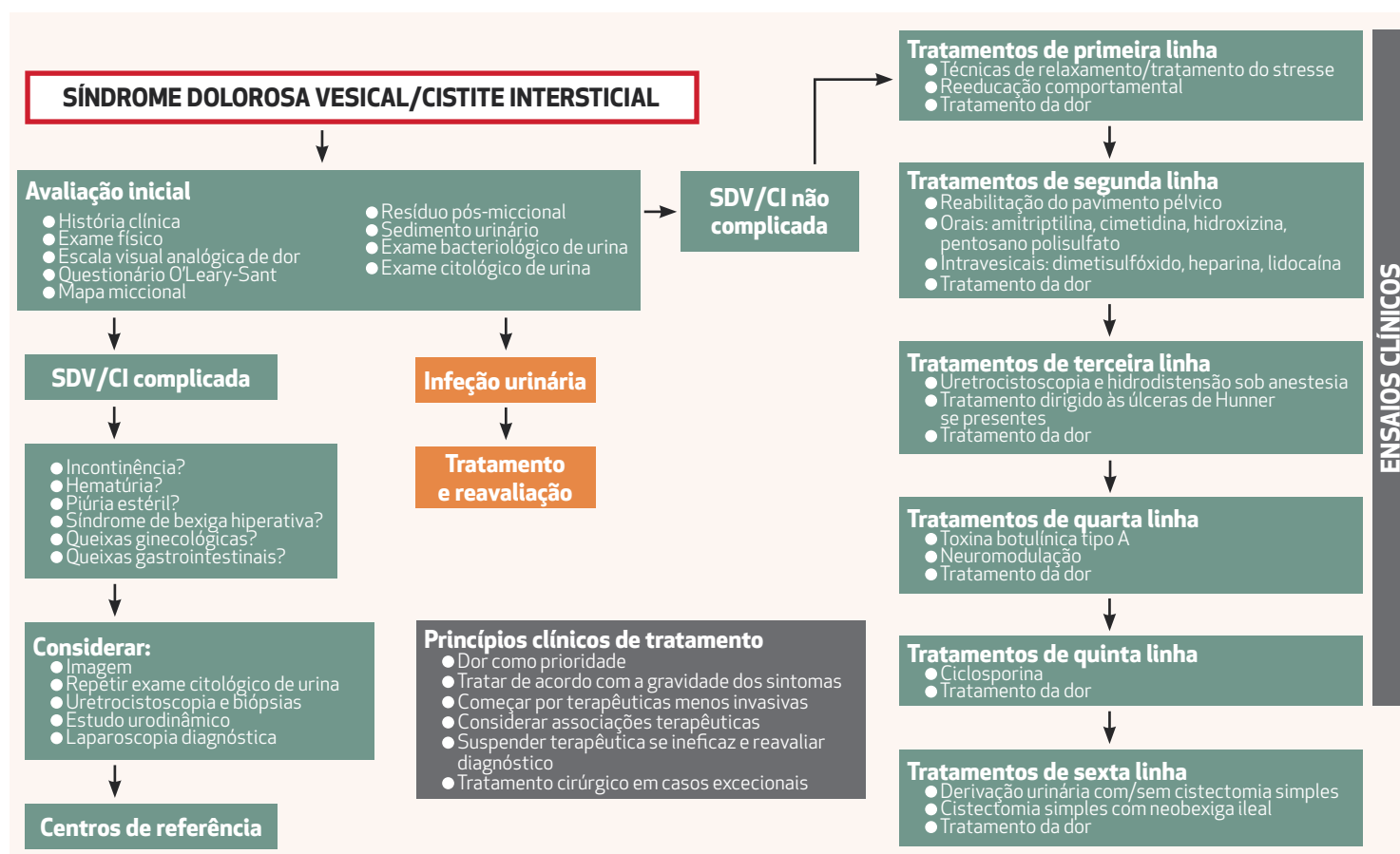
Dentro da DPC, a síndrome dolorosa vesical/cistite intersticial reveste-se de especial importância pela gravidade com que interfere na qualidade de vida do doente. Trata-se de um quadro caracterizado por dor referida à área vesical, acompanhado de queixas urinárias como a urgência ou a frequência, na ausência de infeção demonstrada ou outra patologia urológica. É um diagnóstico de exclusão. A uretrocistoscopia com biópsias (com ou sem hidrodistensão) ainda é o exame diagnóstico (ou tratamento, se efetuada hidrodistensão) mais frequentemente utilizado.

Alguns dos achados cistoscópicos mais frequentes, não sendo patognomónicos, são as glomerulações, as petéquias e as úlceras de Hunner. A dor deve ser a principal preocupação no seu tratamento, devendo recorrer-se a uma abordagem terapêutica sequencial de acordo com a gravidade dos sintomas. O tratamento convencional, seja oral ou intravesical, é muitas vezes ineficaz e terapêuticas como a toxina botulínica tipo A ou a neuromodulação poderão ser soluções. ■

A dor pélvica crónica (DPC) é persistente e tem duração superior a seis meses, estando relacionada com a área pélvica no homem ou na mulher. Envolve conceitos como a alodinia (estímulos não dolorosos percebidos como dolorosos), hiperalgesia (estímulos dolorosos mais intensos do que o esperado) ou pontos dolorosos (desencadeadores de dor). Neste grupo de doenças ocorrem alterações nas aferências nociceptivas ao sistema nervoso central que podem condicionar



CI: cistite intersticial; SDV: síndrome dolorosa vesical; UPOINT: Urinary, Psychosocial, Organ specific, Infection, Neurological/systemic and Tenderness of skeletal muscle



Revisão em urologia funcional

Bexiga hiperativa, neurourologia e sintomas do trato urinário inferior (LUTS, na sigla em inglês) foram três dos temas em debate nas sessões presididas por Francisco Cruz no 32.º Congresso da EAU, que decorreu entre 24 e 28 de março, em Londres.

Luís Garcia

No dia 25 de março, Francisco Cruz presidiu à reunião da EAU Section of Female and Functional Urology (ESFFU), da qual é *chairman*, que foi dedicada aos LUTS em doentes neurogénicos e não neurogénicos. «Há muito poucas sessões dedicadas à disfunção vesical neurogénica, apesar de este ser um problema comum em muitos dos nossos doentes. Na última década, foram introduzidas novas formas de tratamento dos LUTS e é agora necessário avaliá-las de forma crítica», frisou o diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de São João (CHSJ).

Esta sessão contou com a participação de outro português, **Paulo Dinis**, urologista no CHSJ e membro do painel de dor pélvica crónica do *Guidelines Office Board* da EAU, que fez uma revisão das recomendações atuais nesta área, salientando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar. «Um grande número de doentes com dor pélvica crónica também tem doenças sistémicas ou não vesicais, como fadiga

crónica, fibromialgia, ansiedade, ataques de pânico ou vulvodínia, que devem ser investigadas e tratadas simultaneamente», alertou este orador. Outra recomendação das *guidelines* da EAU nesta área é a realização do diagnóstico por subtipo e fenótipo. «As intervenções isoladas raramente resultam. É preferível uma estratégia de tratamento personalizada e mais abrangente, considerando o tipo e o fenótipo da dor pélvica crónica.»

No que respeita ao tratamento desta dor, uma das principais novidades da atualização de 2017 das *guidelines* reside na recomendação, com grau de evidência A, da toxina botulínica quando as outras instalações vesicais falham. «Nos últimos dois anos, foram publicados resultados de ensaios clínicos aleatorizados e controlados que consubstanciam os bons resultados da toxina botulínica nestes doentes, nomeadamente com a injeção trigonal», referiu Paulo Dinis.

Outras intervenções de Francisco Cruz

Como habitual, a participação do diretor do Serviço de Urologia do CHSJ no Congresso da EAU não se limitou à sessão organizada pela ESFFU. No dia 24 de março, presidiu à sessão conjunta da EAU com a União dos Países Magrebinos, que teve um programa transversal, tocando tópicos como a hiperplasia benigna da próstata, o cancro da próstata, a litíase, o carcinoma renal e os LUTS masculinos. «Esta reunião focou-se, sobretudo, na partilha de experiências entre especialistas de vários países, um dos aspetos mais importantes para melhorar a prática clínica», frisa Francisco



Francisco Cruz

Cruz a propósito desta sessão, na qual também participou Tiago Antunes Lopes (ver caixa).

No dia 26 de março, Francisco Cruz presidiu a uma sessão temática sobre o diagnóstico e o tratamento da bexiga hiperativa, na qual foram discutidos aspetos como biomarcadores, inovações na neuromodulação e correlação entre os parâmetros de urodinâmica e a gravidade da bexiga hiperativa. Já no dia 27, o urologista português dirigiu o Curso de Neurourologia Geral da European School of Urology. A atualização das indicações da toxina botulínica foi um dos destaques desta formação, na qual também foi apresentada uma revisão das opções farmacológicas e cirúrgicas para o tratamento do doente neurourológico. ■

SINTOMAS DE ARMAZENAMENTO NA HBP

«O que fazer se o meu doente com hiperplasia benigna da próstata [HBP] mantém sintomas de armazenamento incómodos?» foi a questão a que procurou responder Tiago Antunes Lopes, urologista no CHSJ, na sessão conjunta da EAU com a União dos Países Magrebinos, no dia 24 de março. Este orador apresentou uma revisão dos estudos mais recentes sobre as diferentes opções terapêuticas disponíveis, concluindo que, «para tratar os sintomas de armazenamento remanescentes nos doentes com HBP, é necessária uma abordagem terapêutica individualizada dos LUTS masculinos, que permita definir o agente que deve ser utilizado em cada doente, o que ainda vai requerer mais estudos». Segundo o urologista, «a etiologia multifatorial dos LUTS e a frequente sobreposição entre os sintomas de esvaziamento e de armazenamento antecipam um uso mais generalizado de diversas associações terapêuticas no futuro próximo».



Tiago Antunes Lopes

Desafios do rim

A determinação do PSA nos candidatos a transplante, os limites da nefrectomia parcial nos tumores T2 e a gestão das complicações urológicas na transplantação renal foram alguns dos tópicos abordados por Arnaldo Figueiredo nas diversas sessões em que participou.

Luís Garcia

A primeira intervenção do diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra foi no dia 25 de março, na reunião da EAU Section of Transplantation Urology (ESTU), em colaboração com a EAU Section of Oncological Urology (ESOU). O também presidente da APU apresentou uma revisão sobre a determinação do PSA (antígeno específico da próstata) nos candidatos a transplante renal, partindo de duas premissas: o cancro da próstata é altamente prevalente e a imunossupressão aumenta a mortalidade por doença oncológica. «Daqui, seria natural concluir que se deve fazer a determinação do PSA nos candidatos a transplante e que este deve ser negado ou adiado em doentes com cancro da próstata», começou por referir Arnaldo Figueiredo.

No entanto, a situação não é tão simples. Além de não haver *guidelines* claras sobre este tópico, de acordo com um estudo publicado em 2016 (Vitello *et al.*, *Journal of the American Society of Nephrology*), a determinação do PSA parece não conferir um benefício na sobrevivência dos candidatos a transplante renal, podendo aumentar as listas de espera e diminuir a taxa de transplantes. Face à evidência disponível, Arnaldo Figueiredo concluiu que «a determinação do PSA nestes doentes é aconselhável, mas com cuidado para evitar atrasos injustificáveis na realização do transplante, caso contrário, é preferível não a fazer».

Nesta sessão, o presidente da APU e Enrique Lledó García, atual presidente da ESTU, apresentaram o *European Textbook on Kidney Transplantation*, editado por ambos. Resultante da colaboração de vários especialistas de diferentes áreas da saúde que participam na transplantação, este livro explora o passado, o estado da arte atual e as possibilidades que o futuro reserva para o transplante de rim.

Tumores T2 e formação urológica

Ainda no dia 25 de março, Arnaldo Figueiredo participou na sessão organizada pelo EAU Young Urologists Office (YOU) e pela European Society of Residents in Urology (ESRU), com uma comunicação dedicada aos limites da nefrectomia parcial nos tumores T2. Na sua opinião, «esses limites não estão relacionados com o tamanho do tumor, mas sim com a função renal basal, a complexidade do tumor *versus* o tecido remanescente, a previsível invasão de gordura e a experiência pessoal do cirurgião».

No dia 26 de março, Arnaldo Figueiredo presidiu à sessão do European Board of Urology (EBU), que incidiu na formação pós-graduada. «O EBU está estreitamente ligado à EAU, dado que procura atingir os mesmos objetivos: melhorar o conhecimento e otimizar a prática da Urologia», frisou o também presidente-eleito do EBU.

Já no dia 27, o presidente da APU integrou o painel de comentadores a uma apresentação em

vídeo sobre a resolução de desafios cirúrgicos por endoscopia após transplantação renal. Além disso, moderou uma sessão de pôsteres sobre investigação em transplantação e foi um dos dois formadores do Curso de Transplantação Renal da European School of Urology, centrado no diagnóstico e na gestão das complicações urológicas relacionadas com este procedimento. ■

Arnaldo Figueiredo

ABORDAGEM DAS PEQUENAS MASSAS RENAIIS

Lorenzo Marconi, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, participou na sessão conjunta da EAU com a Pan-African Urological Surgeons Association (PAUSA), no dia 24 de março, na qual apresentou uma revisão das *guidelines* da EAU sobre a abordagem das pequenas massas renais, que foram atualizadas este ano. Segundo o urologista, o espectro biológico desta patologia vai desde as massas benignas ao carcinoma de células renais com potencial metastático «limitado» ou mesmo potencialmente agressivo. «Infelizmente, não temos biomarcadores

fiáveis que diferenciem estes dois tipos de neoplasia e sabemos que cerca de 50% dos casos vão apresentar-se ao urologista como uma pequena massa renal», frisou Lorenzo Marconi. Segundo o especialista, as *guidelines* indicam que «as pequenas massas renais devem ser tratadas com nefrectomia parcial, devendo a técnica (cirurgia aberta, laparoscópica ou robótica) ser selecionada com base na experiência e nas aptidões do cirurgião». Outros tratamentos, como a vigilância ativa, a ablação por radiofrequência e a criablação, «podem ser utilizados nos doentes idosos

e/ou com comorbilidades e pequenas massas renais após a realização de biópsia ao tumor».



Inovações na tecnologia e na Anatomia Patológica

Os avanços tecnológicos no tratamento da litíase renal foram alvo das intervenções de Estêvão Lima e Peter Kronenberg no 32.º Congresso da EAU. Já António Lopez-Beltran abordou o impacto prognóstico das variantes histológicas no cancro da bexiga..

Luís Garcia

Técnica inovadora na punção renal

No dia 25 de março, durante a sessão intitulada «*Technology at its best*», organizada pela EAU Section of Uro-Technology (ESUT) em colaboração com a EAU Robotic Urology Section (ERUS) e a EAU Section of Urolithiasis (EULIS), **Estêvão Lima**, diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Braga, apresentou o vídeo semi-live de uma punção percutânea guiada por sensores eletromagnéticos. Segundo o especialista, a equipa de Braga é a primeira a utilizar um novo sistema de navegação baseado em sensores eletromagnéticos para o acesso renal percutâneo.

«Esta nova tecnologia ultrapassa as limitações intrínsecas dos métodos tradicionais de acesso ao rim, permitindo a realização da punção renal de forma mais segura, precisa, rápida e eficaz», sublinhou Estêvão Lima. Neste procedimento, foi utilizado um ureterorenoscópio flexível a fim de determinar o cálice renal ótimo para fazer o acesso. Um sensor eletromagnético foi então inserido através do canal e o cálice selecionado foi puncionado através de uma agulha com sensor eletromagnético na ponta, que foi guiada por imagens a três dimensões observadas no monitor em tempo real.



Relevância prognóstica das variantes histológicas

Também no dia 25 de março, **António Lopez-Beltran**, diretor do Serviço de Anatomia Patológica da Fundação Champalimaud, em Lisboa, participou na reunião conjunta da EAU Section of Urological Pathology (ESUP) com a EAU Section of Urological Research (ESUR), com uma comunicação dedicada à classificação atual da Organização Mundial da Saúde (OMS) para o cancro da bexiga, com particular enfoque nos aspetos prognósticos e preditivos. A palestra de Lopez-Beltran, que integra o *Scientific Board* e foi o anterior presidente da ESUP, centrou-se particularmente «nos tipos de tumores clássicos (papilares de baixo e alto grau) e na agressividade, que está relacionada com o nível de infiltração e com outros parâmetros atualmente em investigação».

Grande parte da intervenção foi dedicada às novidades da última classificação da OMS, publicada em 2016, na qual Lopez-Beltran esteve envolvido. Segundo este anatomopatologista, as principais alterações estão relacionadas com os tumores invasivos, dado que a experiência tem demonstrado que alguns doentes respondem bem à quimioterapia e à cirurgia radical, mas outros não, sendo necessário reavaliar os aspetos anatomopatológicos para a pesquisa de modificações que possam explicar estas diferentes respostas. «As variantes histológicas do cancro da bexiga invasor explicam boa parte do fracasso da quimioterapia neoadjuvante e alguns dos fracassos da cirurgia, abrindo um novo caminho na investigação nesta área», rematou Lopez-Beltran.

Evolução da litotrícia com laser

Peter Kronenberg, urologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora, proferiu uma *state-of-the-art lecture* na última sessão plenária do Congresso, no dia 28 de março. A sua palestra foi dedicada à evolução do laser utilizado na litotrícia, desde a primeira aplicação em Urologia, em 1968, até ao desenvolvimento do laser em rajada. Nesta modalidade, cada rajada é composta por impulsos individuais com diferentes durações de impulso, apesar de terem a mesma quantidade de energia, que são disparados numa sucessão rápida, com intervalos de alguns milissegundos.

Os testes iniciais demonstram que a litotrícia com laser em rajada é 60% mais ablativa do que a convencional com potências semelhantes. No entanto, frisou Peter Kronenberg, «aspetos como a retropulsão ou os fragmentos dos cálculos resultantes devem ainda ser avaliados nesta nova modalidade de litotrícia». E concluiu: «O futuro poderá passar por um litotritor de rajada com frequência muito alta e impulsos de duração rotativa. Porém, independentemente de qualquer inovação tecnológica que possa surgir, a técnica cirúrgica, a experiência e a abordagem individual de cada urologista à litíase urinária ainda pesa nos resultados do procedimento.» ■





Apontamentos da participação portuguesa

Entre os cerca de 13 000 congressistas que acorreram ao 32nd EAU Congress, os urologistas, internos e investigadores portugueses fizeram notar a sua presença na apresentação de pósteres, na moderação de sessões ou simplesmente na assistência. Seguem-se alguns momentos da participação nacional captados pela objetiva do *Urologia Actual*.

Apresentação de pósteres



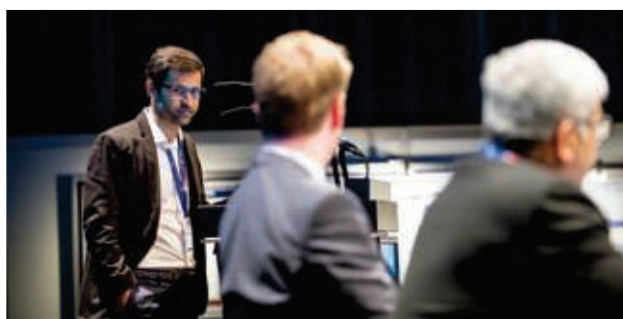
«Serotonin paraneuronal cells in the urethral epithelium of human and rodents: Expression and function», apresentado por **Célia Cruz**, professora no Departamento de Biomedicina da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.



«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.



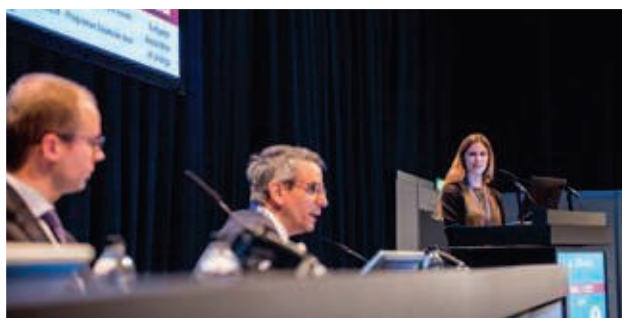
«Small intestinal submucosa graft in the treatment of Peyronie's disease: Long term patient-reported outcomes and satisfaction», apresentado por **Afonso Morgado**, interno no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de São João, no Porto.



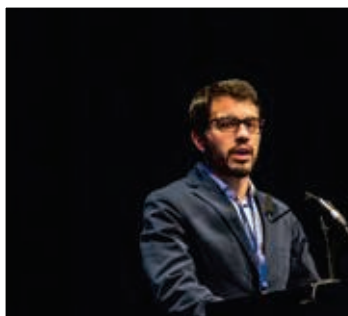
«Depletion of peripheral serotonin synthesis induces benign prostatic growth in mice: More evidence for the new neuroendocrine theory in BPH etiology», apresentado por **Paulo Mota**, urologista no Hospital de Braga. Este trabalho foi um dos destacados pelo Scientific Committee da EAU na souvenir session, no último dia de Congresso.



«Endometriosis – urinary tract involvement and predictive factors for major surgery» e «Embolization of clinical varicocele: Long term effects on semen quality, complication rates and satisfaction», apresentados por **Maria José Freire**, interna no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).



«Development of neurogenic detrusor overactivity is prevented by early bladder afferent desensitization in spinal cord injured rats», apresentado por **Raquel Oliveira**, bioquímica na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

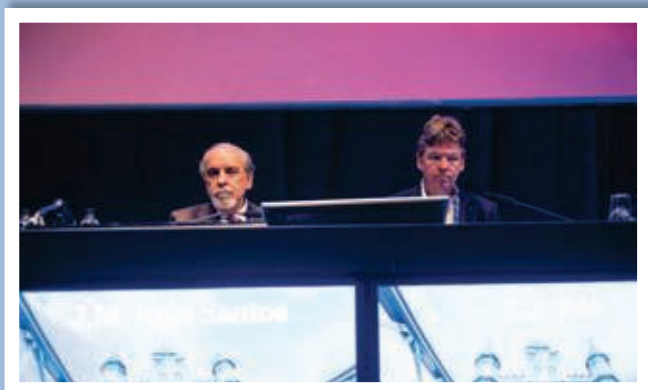


«Renal trauma – what has changed in the past decade», apresentado por **Miguel Eliseu**, urologista no CHUC.

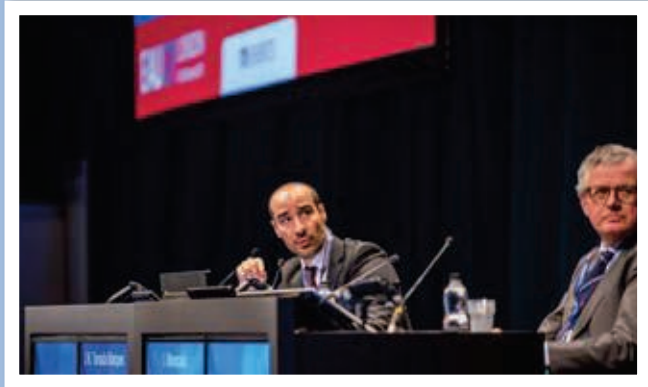


«Natural killer cell-based adoptive immunotherapy eradicates and drives differentiation of chemoresistant bladder cancer stem-like cells», apresentado por **Belmiro Parada**, urologista no CHUC.

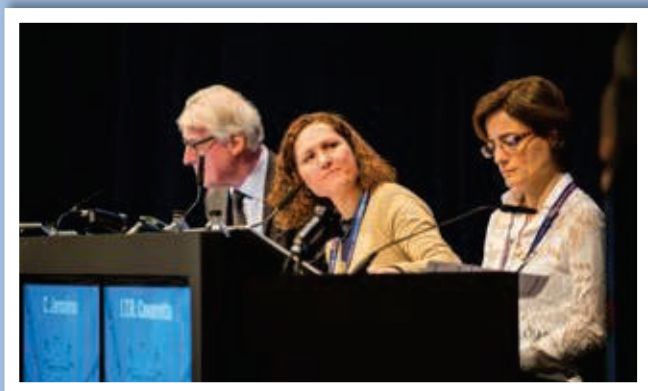
Moderação de sessões



José Reis Santos, urologista em Lisboa, moderou a sessão sobre a etiopatogénese e a epidemiologia da litíase.



Nuno Tomada, urologista no Porto, integrou o painel de comentadores da apresentação de um vídeo sobre o implante de próteses penianas em candidatos ou doentes submetidos a transplante renal. Este português também moderou uma sessão sobre cirurgia da incontinência urinária.



Carmen Jerónimo (ao centro), coordenadora do Grupo de Epigenética e Biologia do Cancro do Instituto Português de Oncologia do Porto, presidiu a sessão que debateu o papel dos biomarcadores no diagnóstico e na progressão do cancro da próstata resistente à castração.

Nos intervalos...



João Torres, Nuno Morais, Emanuel Carvalho-Dias, Estêvão Lima, Stefano Mano, Paulo Mota e Alcino Oliveira (da esq. para a dta.)



Alberto Silva, Pepe Cardoso, Nuno Tomada e Pedro Vendeira



Eduardo Cardoso de Oliveira, Carlos Silva, José Leitão, Rui Borges, Mário Cerqueira, Carlos Guimarães e Juan Monteverde



Bruno Jorge Pereira, Artur Palmas, Isaac Braga, Vítor Cavadas, Paulo Corceiro, Sílvio Bollini, Edson Retroz, Paulo Azinhais e Frederico Teves

Balanço e novidades do 32.º Congresso da EAU

Da tecnologia de imagem aos avanços na uro-oncologia, foram muitas as novidades do 32.º Congresso da EAU. Dois dos responsáveis pela organização fazem o balanço do evento e, em termos de novos estudos apresentados, destacam três investigações que consideram «particularmente promissoras».

Luís Garcia

Em declarações ao *Urologia Actual*, Manfred Wirth, tesoureiro e responsável pela área da Comunicação da EAU, afirmou que o mais interessante do Congresso deste ano foram as sessões de *abstracts*, «nas quais se apresentaram resultados da mais recente investigação não apenas na Europa, mas em todo o mundo». Na sua opinião, foram apresentados «dados entusiasmantes sobre o diagnóstico e o tratamento do cancro da próstata, nomeadamente os relativos à forma de melhor selecionar e tratar os doentes». A genética e o impacto que esta poderá ter na definição de uma medicina personalizada, tal como a robótica, foram também alvo de estudos interessantes apresentados neste congresso. O responsável destaca ainda os equipamentos patentes na exposição técnica, como os que apresentam imagens 4K, em tempo real.



Arnulf Stenzl

Por sua vez, Arnulf Stenzl, presidente do *Scientific Congress Committee* da EAU, salienta que «a vigilância ativa está a ganhar terreno no tratamento do cancro da próstata, tal como a utilização conjunta do PSA com a imagem». Também na área oncológica, este especialista realça a utilização dos novos fármacos, nomeadamente os antagonistas dos recetores do androgénio, como a enzalutamida, em fases mais precoces, em particular nos doentes com cancro da próstata hormonossensível. Já no âmbito do cancro da bexiga, salienta um estudo



Manfred Wirth

prospetivo apresentado no Congresso sobre as vantagens da ressecção em bloco.

Ao nível da Urologia não oncológica, Arnulf Stenzl considera particularmente promissora uma investigação sobre a interação entre o urotélio e as terminações nervosas subjacentes. «Em resultado, penso que poderá haver um potencial interessante para o tratamento, por exemplo, da cistite intersticial, se conseguirmos perceber como interagir e bloquear os mecanismos subjacentes à doença.» ■

ESTUDOS PROMISSORES

Redução da ingestão de sal e diminuição da necessidade de urinar

De acordo com um estudo realizado na Universidade de Nagasáqui, no Japão, e apresentado no Congresso da EAU 2017, a noctúria está relacionada com a quantidade de sal incluída na dieta. Os investigadores, liderados por Matsuo Tomohiro, estudaram a ingestão de sal em 321 pessoas que consumiam grandes quantidades e tinham problemas de sono. Estes indivíduos receberam apoio para reduzir a ingestão de sal e foram seguidos durante 12 semanas. Em resultado, 223 reduziram a ingestão salina de 10,7 g/dia para 8 g/dia, o que se refletiu numa redução da frequência urinária noturna de 2,3 vezes/noite para 1,4 vezes/noite. Em contraste, 98 participantes aumentaram a ingestão média de sal de 9,6 g/dia para 11 g/dia e a sua frequência urinária aumentou de 2,3 vezes/noite para 2,7 vezes/noite.

Células estaminais no restabelecimento da função erétil

Pela primeira vez, um ensaio clínico (de fase I) está a demonstrar que as células estaminais podem restaurar a função erétil ou suficiente para permitir que homens com disfunção erétil voltem a ter relações sexuais espontâneas. O estudo envolve 21 homens com danos causados por prostatectomia radical, nos quais foram utilizadas células estaminais recolhidas da gordura abdominal através de lipoaspiração. Depois de isoladas, estas células foram injetadas no corpo cavernoso do pénis. Seis meses depois, oito dos 21 doentes recuperaram função erétil em nível suficiente para manter relações sexuais com penetração e estes resultados mantiveram-se ao longo de um ano. A equipa do Hospital Universitário de Odense, na Dinamarca, liderada por Martha Haahr, está agora a iniciar o estudo de fase II, que é de maior dimensão, para confirmar a eficácia desta terapêutica e avaliar a sua segurança.

Biossensores na identificação de antibióticos eficazes

Uma equipa do Technion Israeli Institute of Technology, em Haifa, liderada por Ester Segal, desenvolveu *chips* biossensores especiais de silicone que permitem identificar rapidamente os melhores antibióticos para tratar infeções bacterianas. O sistema, que ainda está em desenvolvimento, visa direcionar os médicos para o melhor tratamento em cerca de duas a seis horas, em vez dos dois dias dos testes convencionais. Cada *chip* contém milhares de nanoporos cobertos com um material que permite que as bactérias se colemb ao *chip*. Quando isto acontece, os técnicos utilizam um raio de luz para contar as bactérias e verificar se a colónia está a crescer, podendo acrescentar a cada *chip* diferentes antibióticos em várias diluições para ver qual inibe mais eficazmente o crescimento das bactérias.



Novidades no tratamento do cancro do rim metastizado

A IV Reunião Ibérica de Cancro do Rim teve lugar na cidade de Vigo, a 30 de abril passado, e revelou-se um sucesso. Entre as várias matérias abordadas, estiveram em destaque as terapêuticas emergentes para o carcinoma de células renais metastizado, gerando-se uma discussão participada entre portugueses e espanhóis.

Marisa Teixeira

José Manuel Cózar, presidente da Asociación Española de Urología, sublinha duas conclusões importantes da IV Reunião Ibérica de Cancro do Rim. Em primeiro lugar, o novo tratamento sequencial para o doente com carcinoma de células renais metastizado (CCRm). «No sentido de obter uma melhor resposta, optar primeiro por uma molécula e depois por outra pode ser importante. Por vezes, a ordem importa.»

O segundo aspeto realçado por este responsável tem que ver com as novidades na terapêutica adjuvante. «Os doentes com cancro do rim, por vezes, apresentam metástases passados três ou quatro anos e, até agora, ainda não identificamos nenhum marcador que mostre a evolução do tumor. Existem estudos a demonstrar que os doentes que começam o sunitinib como tratamento adjuvante durante um ano diminuem, de forma significativa, as recidivas ou a progressão da patologia. Portanto, acredito que, nos doentes com cancro do rim avançado, deve ser recomendada este tipo de terapêutica.»

Sobre este tema, Arnaldo Figueiredo, presidente da Associação Portuguesa de Urologia, comenta que, «apesar de os estudos referentes ao tratamento adjuvante com sunitinib no carcinoma do rim locorregionalmente avançado de alto risco terem revelado benefícios, incluindo o adiamento



Arnaldo Figueiredo (presidente da Associação Portuguesa de Urologia) e José Manuel Cózar (presidente da Asociación Española de Urología), na sessão de abertura

do aparecimento das metástases, tal não significa recomendar a sua aplicação generalizada na prática clínica». E explica: «É importante perceber o relevo desse adiamento face aos efeitos secundários decorrentes da exposição ao fármaco, além de ser necessário identificar critérios para melhor selecionar os candidatos.»

Guidelines e critérios RECIST em análise

Entre as *guidelines* atuais da EAU (European Association of Urology), da AUA (American Urological Association) e do NICE (National Institute for Health and Care Excellence) para o tratamento do CCRm, Carlos Silva, urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, e moderador da sessão que analisou este tema, considera que não existem grandes diferenças. Todavia, «neste momento, a terapêutica do cancro do rim metastizado está mais ou menos estabelecida, mas seguramente sujeita a mudanças nos próximos tempos, com repercussões nas diretrizes existentes». E justifica: «A imunoterapia tem um lugar cada vez mais preponderante, com os inibidores dos *immune checkpoint* a ocuparem um papel muito importante, quer em monoterapia quer, provavelmente, em associação. De momento, estes novos fárma-

cos utilizam-se como segunda linha terapêutica, mas poderão passar a primeira linha.»

A avaliação das respostas aos antiangiogénicos no CCRm foi o tema da mesa-redonda moderada por Jorge Oliveira, diretor do Serviço de Urologia do Instituto Português de Oncologia do Porto, que frisa o facto de os critérios RECIST (*Response Evaluation Criteria In Solid Tumours*) nem sempre cumprirem os objetivos na sua plenitude, pois «referem-se especialmente à diminuição de volume e tamanho das lesões». Contudo, este urologista destaca que, «muitas vezes, não é através deste tipo de avaliação que se consegue obter a informação mais correta, mas sim através de estudos dinâmicos, como os que mostram, pela captação de contraste, que o tumor está muito mais diminuído após a terapêutica, o que não quer dizer, necessariamente, que o seu tamanho é menor».

«Há necessidade de incorporar outros critérios de resposta não padronizados no RECIST»

Jorge Oliveira

Nesse sentido, Jorge Oliveira defende que «há necessidade de incorporar outros critérios de resposta não padronizados no RECIST, visto alguns resultados terapêuticos poderem ser enviesados ao considerar-se uma resposta estável quando até pode estar acima disso». Acresce que «a rigidez destes critérios nem sempre prevê novas tecnologias e novos exames que dão a resposta procurada, portanto, a avaliação da eficácia dos medicamentos também tem de ser revista». ■

TEMAS EM RESUMO

- Novidades no diagnóstico por imagem e no estadiamento do carcinoma de células renais;
- Avaliação das respostas aos antiangiogénicos no tratamento do carcinoma de células renais metastizado (CCRm);
- Terapêutica adjuvante no CCRm de alto risco;
- Terapêutica adjuvante no CCRm depois de metastasectomia;
- Semelhanças e diferenças entre as *guidelines* da EAU, da AUA e do NICE;
- Análise dos critérios de inclusão e exclusão dos ensaios clínicos no CCRm.

Jornadas de Urologia em MGF muito participadas

As 17.^{as} Jornadas Nacionais de Urologia em Medicina Geral e Familiar (MGF) realizaram-se nos dias 16 e 17 de março passado, em Lisboa, destacando-se a presença, na sessão de abertura, de Manuel Delgado, secretário de Estado da Saúde. Também relevante é o facto de esta edição ter sido a segunda mais participada de sempre, com 380 inscrições.

Relativamente ao programa, Manuel Mendes Silva, presidente destas Jornadas, salienta a mesa-redonda dedicada à Urologia Pediátrica, pelo interesse que gerou entre especialistas de MGF. «Malformações como a fimose, a criptorquidia, a varicocele ou problemas como a enurese são importantes neste âmbito e foram muito bem abordadas por elementos da equipa de Urologia Pediátrica do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de Dona Estefânia», considera o responsável.

Outro momento alto foi a conferência intitulada «Medicina narrativa: doença e diálogo», a cargo de Isabel Fernandes, professora catedrática na Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa. Justificando a pertinência desta preleção, Manuel Mendes Silva afirma: «Importa lembrar sempre a importância da humanização. Com o advento das tecnologias terapêuticas e diagnósticas, cada vez olhamos mais para o computador e menos para o doente, que se sente “perdido” com frequência.



NA SESSÃO DE ABERTURA (da esq. para a dta.): Catarina Empis (coordenadora de MGF nas Jornadas), Pedro Vendeira (presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução), Garção Nunes (vice-presidente da APU), Manuel Delgado (secretário de Estado da Saúde), Manuel Mendes Silva (presidente das Jornadas), Mário Bernardo (homageado), Luís Campos Pinheiro (vice-presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos – OM), José Santos Dias (representante do Colégio de Urologia da OM) e Pedro de Moura Reis (secretário-geral das Jornadas)

Convém não esquecer que a relação médico-doente é a peça central da Medicina.»

Exatamente por ser um exemplo de humanismo na prática médica, Mário Bernardo, professor de Oncologia e MGF e um dos fundadores desta especialidade, foi o homenageado destas 17.^{as} Jornadas Nacionais de Urologia em Medicina Geral e Familiar. Neste já clássico momento solene integrado na sessão de abertura, tomou a palavra Maria João Queiroz, sua ex-aluna e atual diretora do Internato de MGF do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Amadora. «O Prof. Mário Bernardo foi

um dos responsáveis pela formação na área oncológica para os médicos de MGF. Ele representa imenso para a Medicina em geral.»

Mário Bernardo, por sua vez, afirmou que não tem feito mais do que o seu dever profissional e que aceitou esta homenagem, sobretudo, «pela oportunidade de lembrar o grande homem da MGF em Portugal». «A Medicina Familiar apareceu no meio da minha carreira, porque, até aí, não estava individualizada e essa mudança deve-se à pessoa que deveria cá estar hoje a ser homenageada: o Prof. José Guilherme Jordão, falecido em 2003», reforçou. ■

Em prol de uma ligação eficaz entre a Urologia e a MGF

«É fulcral que os especialistas em Medicina Geral e Familiar tenham capacidades para avaliar e até tratar algumas patologias do foro urológico.» É desta forma que Tomé Lopes justifica a aposta do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM), cujo Serviço de Urologia dirige, na organização das Jornadas Temáticas Patient Care de Urologia para Medicina Geral e Familiar (MGF). Dado o sucesso desta primeira edição decorrida nos dias 6 e 7 de abril, comprovado pela sala de conferências do Hotel Marriott repleta de assistência, esta reunião vai continuar e com periodicidade anual. Aliás, a edição de 2018 já está agendada para os dias 12 e 13 de abril, no SANA Lisboa Hotel.

Comentando o programa desta primeira edição, enquanto presidente da Comissão Científica, José Palma dos Reis sublinha o debate entre dois urologistas e um especialista de MGF sobre o exame do PSA, do qual resultou um consenso: «As recomendações atuais a nível nacional de não

pedir o PSA estão desadequadas.» Esta sessão contou com televoto e os médicos da assistência alinharam por esse diapasão: cerca de 80% pediriam o PSA.

Urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, Júlio Fonseca foi moderador da sessão «Urologia: abordagem prática na MGF», da qual destaca a abordagem dos prolapsos pélvicos, «um problema emergente na mulher pós-menopausa, que pode ser tratado pelos urologistas». «Queremos assumir a nossa quota-parte de responsabilidade no tratamento desta patologia porque ela condiciona sintomas urinários. Os colegas da MGF devem ter confiança em nós e enviar-nos estas doentes», apelou.

As opções terapêuticas do carcinoma da próstata também foram trazidas à discussão por Ricardo Pereira e Silva, urologista no CHLN/HSM, que referiu as duas principais modalidades terapêuticas: a prostatectomia radical e a radioterapia (externa ou intersticial). Este orador frisou ainda que



José Palma dos Reis (presidente da Comissão Científica), Tomé Lopes (presidente da Comissão Organizadora – CO) e Ricardo Pereira e Silva (secretário-geral da CO)

a idade, as doenças concomitantes e os estilos de vida deverão ser considerados. «A escolha deverá ser individualizada e a melhor opção terapêutica será aquela que permitir maximizar o controlo oncológico, minimizando o impacto sobre a qualidade de vida do doente», acrescentou o especialista. ■



Carlos Silva



Maria José Freire



Estêvão Lima

Investigação nacional no congresso americano

O novo método de punção renal guiada por campo eletromagnético, a influência da aterosclerose no desenvolvimento de disfunções miccionais e as consequências da endometriose ao nível do aparelho urinário são os temas de alguns trabalhos apresentados por urologistas portugueses no Congresso da American Urological Association (AUA) 2017, que decorreu em Boston, entre 12 e 16 maio.

Sandra Diogo

Uma das participações portuguesas no AUA 2017 Annual Meeting foi a de Carlos Silva, urologista no Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto, que apresentou um trabalho de avaliação da isquemia das artérias pélvicas e do possível envolvimento da aterosclerose no desenvolvimento de sintomas urinários. «Há várias evidências pré-clínicas, em estudos animais, que apontam para uma deficiência da irrigação da bexiga em consequência da aterosclerose enquanto causa de problemas urinários, como a bexiga hiperativa.»

Neste estudo desenvolvido no CHSJ, que contou com o apoio de uma bolsa da APU, os investigadores fizeram o seguimento durante um ano de 25 doentes divididos em dois grupos: os que tinham aterosclerose e os que não tinham. «Os doentes com isquemia dos vasos apresentavam mais sintomas do aparelho urinário inferior, o que sugere a existência de uma associação fisiopatológica entre a aterosclerose, isquemia pélvica e disfunções miccionais», explica Carlos Silva.

Perante estes resultados, que constituem «mais um passo no desvendar da etiologia de sintomas urinários que afetam a qualidade de vida dos doentes, o tratamento pode passar, num futuro próximo, por atuar nesta área, em alguns doentes, tentando reverter a isquemia vesical». Simultaneamente, a prevenção assume um papel prioritário. «Atuar sobre a aterosclerose não previne apenas as doenças cardio e cerebrovasculares, mas também problemas do aparelho urinário», conclui o urologista.

Endometriose e perda da função renal

Outro destaque da participação portuguesa no Congresso de 2017 da AUA foi a seleção para os «Conference Highlights» do trabalho «Deep infiltrating endometriosis: predictive factors for major surgery», desenvolvido por Maria José Freire, interna do 6.º ano de Urologia no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com o apoio do urologista Paulo Jorge Dinis e da interna de Ginecologia Rita Medeiros. A investigação de base consistiu na avaliação de todas as doentes daquele centro hospitalar submetidas a cirurgia por endometriose (656) e na posterior análise das mulheres que revelaram atingimento do aparelho urinário (28), para perceber as consequências dessa patologia.

«Depois de dividirmos as doentes entre as que foram submetidas a cirurgias *minor* (tratamentos endoscópicos, colocação de cateteres ou nefrostomias) e *major* (aberta ou laparoscópica), concluímos que as doentes com envolvimento uretérico realizaram mais frequentemente cirurgias *major* e tinham maior probabilidade de perda de função renal. As doentes com atingimento vesical foram diagnosticadas maioritariamente no pós-operatório, quando os exames de anatomia patológica revelam que o que se pensava ser um tumor da bexiga era, afinal, uma endometriose», descreve a interna.

Apesar de a endometriose ser uma patologia relativamente rara (afeta cerca de 5 a 10% das mulheres) e de os casos de atingimento do aparelho urinário serem ainda mais escassos (apenas

1 a 5%), Maria José Freire defende que «é importante identificar atempadamente estas doentes». É que, «ainda que se trate de um problema benigno, as sequelas da endometriose podem ser graves, pois, se o ureter for afetado, há risco de perda da função renal e consequente nefrectomia».

Método inovador na litíase renal

É também de salientar a palestra de Estêvão Lima, diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Braga, na sessão organizada pela Endourological Society no AUA 2017 Annual Meeting. O urologista português apresentou um método inovador de remoção dos cálculos renais – a punção renal guiada por campo eletromagnético –, que foi desenvolvido por investigadores da Universidade do Minho e do Instituto Politécnico do Cávado e do Ave.

«O tratamento dos doentes com pedras nos rins de grandes dimensões passa pela nefrolitotomia percutânea, que exige a criação de um acesso para o rim. Da forma tradicional, esse acesso é feito por radioscopia ou picada por ecografia, mas nós conseguimos desenvolver uma espécie de GPS que permite ao cateter ter um sensor detetável pelo campo eletromagnético, que é colocado no local a puncionar», explica Estêvão Lima. Uma vez que esse local também é sinalizado com um sensor, a agulha vai ao encontro do cateter e, assim sendo, «este método tem as mais-valias de evitar a exposição do doente à radiação, permitir uma punção milimétrica e uma remoção mais rápida do cálculo renal».

Estêvão Lima destaca também a participação de outro português no Congresso, Paulo Mota, urologista no Hospital de Braga, com a apresentação de dois pósteres: «*Extraperitoneal simple prostatectomy: a surgery for beginners?*» e «*Depletion of peripheral serotonin synthesis induces benign prostatic growth in mice: more evidence for the new Neuroendocrine Theory in BPH etiology*». ■

Certificação em urodinâmica do Bristol Urological Institute

Nos dias 18 e 19 de maio passado, o Centro de Formação Pós-graduada em Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM) organizou o BUI [Bristol Urological Institute] *Certificate in Urodynamics Lisbon Course*, uma formação fulcral para quem se inicia na urodinâmica. Trinta e seis internos e especialistas em Urologia, Ginecologia e Obstetrícia e Cirurgia Pediátrica, maioritariamente portugueses, mas também espanhóis e de outras nacionalidades, acorreram à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa para se certificarem com este que é «o principal curso de urodinâmica a nível europeu», diz Tomé Lopes, diretor do Serviço de Urologia do CHLN/HSM.

Diretor da Unidade de Urodinâmica do BUI e formador neste curso intensivo lecionado em inglês, Hashim Hashim debruçou-se, entre outros temas, sobre a controvérsia em torno da necessidade de fazer estudos da função uretral nas mulheres. «Há quem diga que não é necessário fazer urodinâmica em todos os casos, mas o número de doentes nos quais é realmente dispensável é residual, cerca de 5%. Portanto, é melhor fazê-lo, especialmente porque as cirurgias acarretam complicações e, com os estudos urodinâmicos, podemos aferir se os doentes necessitam mesmo de cirurgia», explicou o também diretor deste que foi «o primeiro curso

Grupo de formadores e formandos



reconhecido pela International Continence Society para o treino em urodinâmica».

A necessidade de recorrer à videourodinâmica foi um dos tópicos lecionados por Marcus Drake, professor de Urologia na Universidade de Bristol, que defendeu que os doentes com disfunções miccionais associadas a doenças neurológicas são os que mais podem beneficiar deste tipo de investigação. «Estes doentes têm um comportamento urodinâmico imprevisível e precisam de uma explicação clara sobre o que está a acontecer à sua bexiga e ao seu esfíncter durante o armazenamento e o esvaziamento. É particularmente importante avaliar o impacto sobre o aparelho urinário superior,

nomeadamente na forma de refluxo vesicoureteral. A videourodinâmica dá-nos essa informação», esclareceu o formador.

Ricardo Pereira e Silva, um dos diretores do curso, frisou que «esta formação se destinou a internos e especialistas que ainda não fazem urodinâmica de forma autónoma, ou que, já fazendo, precisam de algum *input* a nível científico e técnico». Este urologista no CHLN/HSM garante que «há um pré e um pós-curso do BUI» para quem se dedica à urodinâmica, realçando o «contributo inestimável» de Hashim Hashim e Marcus Drake, «dois *opinion leaders* mundiais nesta área». ■

Rui Alexandre Coelho

Sexualidade e fertilidade dos doentes com cancro

O Núcleo Regional do Centro da Liga Portuguesa Contra o Cancro promoveu, no passado dia 25 de maio, em Coimbra, a segunda edição do curso «Sexualidade, Fertilidade e Cancro». Com o patrocínio científico do Centro de Preservação da Fertilidade do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CPF/CHUC), da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução e da Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO), esta iniciativa pretendeu estimular o debate entre os profissionais de saúde de questões relacionadas com a sexualidade e a fertilidade nos doentes oncológicos.

Convidado a abordar o impacto da neoplasia urogenital, **Belmiro Parada, urologista no CPF/CHUC**, começou por falar sobre a carga psicológica que o diagnóstico de cancro tem sobre o doente. «Sabemos que os tumores urogenitais podem associar-se à perturbação das várias componentes da sexualidade, isto é, desejo, função erétil, orgasmo e ejaculação, seja em função da



própria doença e/ou dos tratamentos associados», explicou. Nesse sentido, «os médicos têm de estar atentos para tentar minimizar estas alterações e superá-las sempre que possível, já que a sexualidade é uma parte fundamental da qualidade de vida de qualquer pessoa».

No que diz respeito à fertilidade, o urologista voltou a frisar a necessidade de a comunidade médica adotar todas as medidas necessárias para minimizar a limitação da capacidade fértil

do doente, optando pelos tratamentos menos agressivos sempre que possível. «A um doente jovem que queira manter a sua fertilidade, sabendo-se que os tratamentos oncológicos podem afetar essa capacidade, deve-se propor a criopreservação prévia de espermatozoides», exemplificou. Segundo Belmiro Parada, preservar a sexualidade e a fertilidade e dar respostas aos problemas que possam surgir «devem ser critérios essenciais nos centros que tratam doentes com cancro».

Do programa do curso fizeram ainda parte temas como: «Epidemiologia da doença oncológica», abordado por António Morais, do Agrupamento de Centros de Saúde do Baixo Mondego; «Linfomas e leucemias», analisado por Joaquim Andrade, do Centro Hospitalar de São João, no Porto; e «Cancro da mama», apresentado por Gabriela Sousa, oncologista no Instituto Português de Oncologia de Coimbra e presidente da SPO. ■ Sandra Diogo



Destaques científicos do 37.º Congresso da SIU

O 37.º Congresso da Société Internationale d'Urologie (SIU), o terceiro maior do mundo nesta área, vai realizar-se pela primeira vez no nosso país. Entre 19 e 22 de outubro próximo, o Centro de Congressos de Lisboa abrirá portas a centenas de especialistas de todo o mundo interessados em atualizar-se sobre os *hot topics* da especialidade. Os três elementos portugueses que integram o Comité Científico avançam aqueles que consideram ser os *highlights* desta reunião, que constitui mais uma oportunidade de afirmação da Urologia nacional.

Sandra Diogo

«A SIU é a sociedade urológica mais antiga e tem um âmbito mundial, portanto, o nosso principal objetivo, ao definir o programa científico, foi cobrir todos os problemas da especialidade. Por exemplo, se na Europa e na América do Norte a Oncologia e a Urologia funcional têm um papel muito importante, nos países do sudeste asiático a litíase é fundamental», começa por explicar Francisco Cruz, membro do Comité Científico deste 37.º Congresso da SIU e diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de São João, no Porto.

Reforçando que estas reuniões internacionais são essenciais para estabelecer linhas de orientação, até porque contam com a intervenção de alguns dos profissionais mais conceituados na área, Francisco Cruz salienta a abordagem das novidades e do estado da arte nos domínios da urologia funcional, da uro-oncologia e das novas técnicas cirúrgicas, mas também dos temas mais clássicos, como a hiperplasia benigna da próstata (HBP), a bexiga hiperativa e a disfunção erétil. Além disso, este membro do Comité Científico destaca que a sessão conjunta da SIU com a EAU (European Association of Urology) «será da maior importância».

No que diz respeito à palestra que vai proferir, dedicada ao futuro da farmacologia no aparelho urinário, Francisco Cruz elenca os seus objetivos: «Falar sobre as novas linhas de investigação e os setores que estão a ser estudados como possíveis alvos terapêuticos, assim como abordar as novas fórmulas de administração de muitos medicamentos, nomeadamente a utilização intravesical.»



Francisco Cruz



Avelino Fraga



Belmiro Parada

Divulgação da Urologia nacional

Para Avelino Fraga, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA) e também membro do Comité Científico, depois do sucesso do *Challenges in Laparoscopy and Robotics*, ocorrido em junho de 2016, na Fundação Champalimaud, em Lisboa, o 37.º Congresso da SIU representa mais uma oportunidade de divulgação da Urologia nacional. «A forte participação de urologistas portugueses no programa científico ilustra bem o nível e a credibilidade internacional do trabalho que temos desenvolvido, pelo que compete agora à comunidade urológica nacional estar presente e participar, nomeadamente com o envio de comunicações científicas», apela.

Entre os temas que constituem o programa, este especialista acredita que as sessões alusivas ao cancro da próstata terão grande realce. «Será particularmente aliciante assistir à discussão internacional sobre até onde chegamos com a vigilância ativa ou até onde pode ir a eficácia dos tratamentos focais, assim como a possibilidade de transformarmos a doença metastática em doença crónica, com múltiplas modalidades terapêuticas.»

Já na opinião de Belmiro Parada, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e também membro do Comité Científico, independentemente da área de interesse de cada especialista, não faltarão temas cativantes no 37.º Congresso da SIU. Ainda assim, antevê que «serão motivo de aceso debate científico temas como a utilização das novas tecnologias no diagnóstico e no tratamento dos tumores, as novidades na imunoterapia no tratamento do cancro, a intervenção minimamente invasiva nos casos de litíase e as terapêuticas focais nos carcinomas do rim e da próstata.» ■

PONTOS-CHAVE DO PROGRAMA

5.ª feira (19 de outubro)

- SIU Innovators Symposium
- World Urological Oncology Federation Symposium
- Simpósio da Associação Lusófona de Urologia
- European Association of Urology Symposium

6.ª feira (20 de outubro)

- Masterclass how to – BPH new technologies
- Prostate MRI Masterclass
- Joint SIU-SUO/ESOU
- Surgical Masters Videos – male reconstruction (Peyronies/ED)

Sábado (21 de outubro)

- Masterclass Complications: kidney cancer
- Joint SIU-Endourology
- Controversies in Urology – ureteroscopy vs. mini-perc
- Surgical Masters Videos – Pediatric Urology (the minimally invasive approach)

Domingo (22 de outubro)

- Masterclass – case-based management: urethral reconstruction
- Instructional Course – kidney transplantation
- Controversies in Urology – role of urologist vs. ICSI for infertile couple
- Instructional Course – understanding the transition and management of the adult congenital neurophatic bladder



Estágios internacionais com financiamento da APU

Seguem-se os relatos dos estágios de Nuno Azevedo, na Clinique Saint Augustin, em Bordéus, e de Ricardo Godinho, no Hospital del Mar, em Barcelona. O subsídio destas formações teve o carimbo da APU.

NUNO AZEVEDO

Interno de Urologia no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António



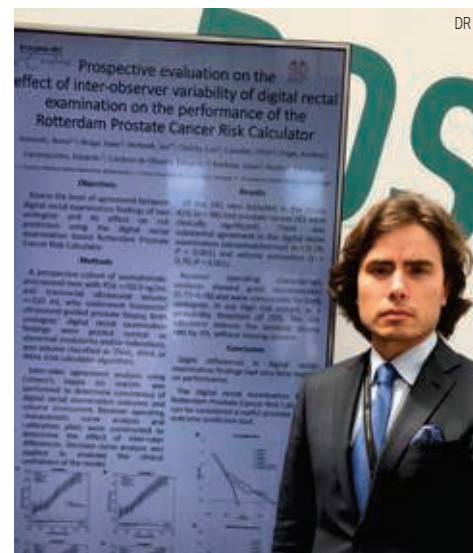
Nuno Azevedo (à esquerda) ladeado por Richard Gaston (diretor do Serviço de Urologia da Clinique Saint Augustin) e Monica Duclaud (enfermeira)

«Realizei, entre 1 de outubro e 31 de dezembro de 2015, um estágio opcional de cirurgia minimamente invasiva no Serviço de Urologia da Clinique Saint Augustin (CSA), em Bordéus. A motivação para realizar este estágio surgiu após assistir, no bloco operatório do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE), à realização de uma prostatectomia radical laparoscópica transperitoneal, em setembro de 2011, pelo Dr. Thierry Piéchaud, também diretor do Serviço de Urologia da CSA, durante o Curso Internacional de Urologia do HESE.

O Serviço de Urologia da CSA é reconhecido internacionalmente como sendo inovador nas técnicas cirúrgicas urológicas minimamente invasivas desde que deu início à implementação da cirurgia laparoscópica, em 1991. Esta aposta na cirurgia minimamente invasiva continuou com a introdução da cirurgia robótica: a CSA foi o segundo centro em França a adquirir o sistema Da Vinci, em 2004, e, à data da realização do estágio, era o único centro com dois sistemas Da Vinci.

Durante o estágio, tive a oportunidade de colaborar com todos os urologistas do Serviço, à data oito, em particular com o Dr. Richard Gaston e o Dr. Camille Mugnier, fundador do Serviço de Urologia da CSA, que se reformou em dezembro de 2015. Além da CSA, os membros do Serviço de Urologia colaboram com outros três centros de Bordéus, assegurando, diariamente, cinco salas em funcionamento contínuo, 12 horas por dia. Durante este período, usufruí da oportunidade de observar, colaborar e, na fase final do estágio, realizar diversas intervenções cirúrgicas. Destaco, pela prevalência, a patologia do foro oncológico, o que me permitiu treinar a prostatectomia radical robótica. Este estágio constituiu uma enorme mais-valia, não apenas para a minha

formação técnico-científica, mas também para o meu desenvolvimento interpessoal, ao possibilitar o contacto com colegas e doentes de múltiplas nacionalidades.»



Nuno Azevedo ao lado do póster que lhe valeu o prémio de Best of the AUA Moderated Poster Session, atribuído no Congresso da American Urological Association, em maio passado

RICARDO GODINHO

Interno de Urologia no Instituto Português de Oncologia (IPO) de Coimbra

«A realização deste estágio observacional, de 12 de setembro a 7 de outubro de 2016, teve como foco a aquisição de novos conhecimentos em laparoscopia oncológica. A opção pelo Hospital del Mar, em Barcelona, Espanha, partiu do conhecimento prévio das atividades desenvolvidas e reconhecidas na Urologia geral e na uro-oncologia.

No Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Hospital del Mar, que é liderado pelo Dr. Lluís Cecchini Rossel, são desempenhadas atividades de Urologia geral, oro-oncologia e transplantação renal, incluindo um serviço de urgência permanente. O Serviço dispunha de 10 a 20 camas (variáveis) e a atividade cirúrgica era realizada durante 7 tempos de bloco semanais (8h-15h/8h-20h). Diariamente, as atividades iniciavam-se com uma breve reunião de todos os elementos do Serviço, na qual eram apresentados

casos do internamento e, semanalmente, ocorria uma reunião multidisciplinar juntando colegas da Urologia, da Oncologia, da Imagiologia e da Radioterapia).

Durante o estágio, foi-me permitida a participação essencialmente observacional, mas também ativa, em inúmeras cirurgias, nomeadamente: prostatectomia radical laparoscópica (por abordagem intra e extraperitoneal), nefrectomias parciais e radicais laparoscópicas e cistectomias, incluindo derivação urinária por via laparoscópica. A participação em consultas de diversas áreas da Urologia também foi uma oportunidade de reconhecer protocolos de orientação e seguimentos instituídos e de valor acrescentado.

O Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Hospital del Mar assume um papel de destaque na zona da Catalunha, motivo pelo qual a contribuição deste estágio para a minha formação foi extre-

mamente positiva e gratificante. Em resultado, agradecendo todo o apoio da minha instituição (IPO de Coimbra) e da APU, espero vir a contribuir futuramente para novos desenvolvimentos na área da uro-oncologia.» ■

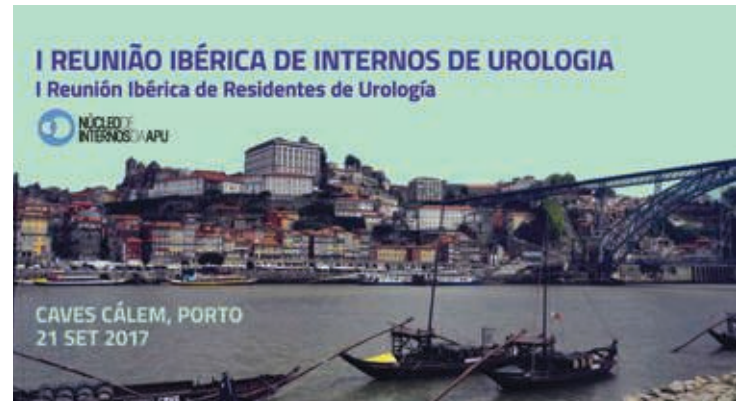


Ricardo Godinho (primeiro à esq.) junto de oito especialistas, incluindo o diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Hospital del Mar, Lluís Cecchini Rosell (sétimo a contar da esq.), e quatro internos

Internos portugueses e espanhóis estreitam relações

Promovida pelo Núcleo de Internos da Associação Portuguesa de Urologia (NIAPU), a I Reunião Ibérica de Internos de Urologia terá lugar nas Caves Calém, no Porto, no dia 21 de setembro, entre as 16h30 e as 20h30, na véspera do Congresso da APU 2017. Esta ação formativa, que conta com o apoio da APU e do RAEU (Grupo de Residentes y Jóvenes Urólogos de la Asociación Española de Urología), e o patrocínio da Jaba Recordati, tem como objetivos primordiais «a partilha de experiências e a promoção da ligação entre os internos portugueses e espanhóis», refere Mário Lourenço, secretário do NIAPU.

«Trata-se da atividade principal a que o NIAPU se tem dedicado nos últimos tempos e esperamos que esta iniciativa, gratuita para os internos de ambos os países, seja um sucesso», sublinha Mário Lourenço, que considera «uma honra realizar a primeira edição deste encontro em Portugal». O burnout em Urologia, as guidelines mais recentes em uro-oncologia e as controvérsias médico-legais no contexto desta especialidade são alguns dos temas que compõem o programa da reunião. Além da apresentação de dois novos projetos – o manual e o



prémio NIAPU –, vai realizar-se um quizz em formato de competição inter-hospitalar que visa estimular o ambiente de partilha entre os internos dos dois países. ■ **Marisa Teixeira**

Representatividade portuguesa na ESRU

No 32.º Congresso da European Association of Urology (EAU), que decorreu em Londres, de 24 a 28 de março deste ano, foram eleitos os novos membros da European Society of Residents in Urology (ESRU), presidida agora pelo espanhol Juan Rivas. Os representantes portugueses são agora o presidente e o secretário do Núcleo de Internos da Associação Portuguesa de Urologia (NIAPU), Agostinho Cordeiro (Hospital de Braga) e Mário Lourenço (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra). «Trabalhando em estreita cooperação com o European Board of Urology e a EAU, o facto de termos dois representantes portugueses na ESRU possibilita a participação ativa nos vários projetos em curso

e que têm impacto na nossa formação», sublinha Agostinho Cordeiro.

De acordo com o presidente do NIAPU, «para aumentar o nível da educação médica em Urologia, os internos devem participar ativamente na discussão das principais questões e na busca de soluções para problemas e necessidades existentes». Além disso, a cooperação entre internos de diferentes países leva a uma aproximação científica e social, nomeadamente através da participação em debates sobre a formação em Urologia a nível internacional, cursos inovadores e intercâmbio de *fellowships*. Agostinho Cordeiro gostava que mais jovens estrangeiros optassem pelos Serviços de Urologia portugueses para a realização de estágios,

pois «ainda somos uma segunda opção para quem não está familiarizado com a elevada qualidade de Medicina exercida em Portugal».

Por seu turno, Mário Lourenço elenca alguns projetos da ESRU que podem ser do interesse dos portugueses, como o UROsource, os estudos sobre *burnout* e qualidade de vida dos internos em toda a Europa, as redes sociais ou o programa de vídeos cirúrgicos para ensino, que «está a ser desenvolvido e ficará disponível em breve». Os dois representantes portugueses na ESRU salientam que os internos que tenham alguma dúvida ou queiram obter mais informação sobre algum projeto ou estudo em específico podem contactá-los por intermédio do NIAPU. ■ **Marisa Teixeira**



Os novos corpos gerentes da ESRU foram eleitos no último Congresso da EAU, em março

LORENZO MARCONI



«A adesão às linhas de orientação clínica é ainda subótima»

Desde 2012 que Lorenzo Marconi, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, colabora no desenvolvimento de *guidelines* e revisões sistémicas da European Association of Urology (EAU), bem como na organização de vários cursos de síntese da evidência em Urologia. Em entrevista, o especialista comenta as suas incumbências no *EAU Guidelines Office* e o processo de criação de diretrizes, sublinhando a importância de desenvolver estratégias de disseminação e implementação das mesmas, para otimizar os resultados da prática urológica.

Marisa Teixeira

Qual o papel do *EAU Guidelines Office*?

Atualmente, a principal missão do *EAU Guidelines Office* [GO] passa pela otimização e pela harmonização da tomada de decisões clínicas por parte dos urologistas na Europa, melhorando assim os cuidados prestados aos doentes. Para

conseguir cumprir esta missão, o GO tem vindo a trabalhar na produção de linhas de orientação clínica completamente baseadas na evidência. Isto significa que todas as recomendações incluídas nas *guidelines* da EAU devem ser sustentadas por revisões sistemáticas da literatura. Indivi-

dualmente, cada revisão pode ser perspectivada como um projeto de investigação científica que segue a metodologia transparente, robusta e rigorosa da Cochrane Collaboration. A produção destas revisões sistemáticas é apoiada pelo *EAU Guidelines Associates Programme* (um programa

de treino em metodologia de síntese da evidência destinado a jovens urologistas,) sob supervisão direta do *Guidelines Office Methods Committee*.

Como surge a sua ligação ao *Guidelines Office Board* da EAU?

Considerando a minha formação científica em investigação clínica, síntese de evidência em Urologia, desenvolvimento de *guidelines* e metodologia de ensaios clínicos, em 2012, fui nomeado membro associado do *EAU Renal Cell Carcinoma [RCC] Guidelines Panel*. Desde então, o meu envolvimento nas *guidelines* da EAU tem crescido progressivamente. Neste momento, desenvolvo atividade no *EAU RCC Guidelines Panel*, no *EAU Guidelines Office Methods Committee*, no *EAU Guidelines Office Associates Programme* e no *EAU Guidelines Office IMAGINE Group* (Impact Assessment of Guidelines Implementation and Education).

Quais são as suas incumbências no painel das *guidelines* do carcinoma de células renais?

No *RCC Guidelines Panel*, além de funções como membro clínico, já desenvolvi revisões sistemáticas que cobrem a quase totalidade das questões relacionadas com a orientação do doente com carcinoma de células renais. Estas revisões foram utilizadas para apoiar as recomendações deste painel da EAU e publicadas em várias revistas científicas de elevado fator de impacto, como a *Lancet Oncology* ou a *European Urology*. Sublinho que estas revisões sistemáticas ultrapassaram completamente o âmbito da EAU, sendo atualmente citadas nas mais recentes linhas de orientação para os doentes com carcinoma de células renais de outras organizações internacionais, como a American Urological Association, a European Society for Medical Oncology, a American Society of Clinical Oncology ou a Association Française d'Urologie.

Que responsabilidades assume no *EAU Guidelines Office Methods Committee* e no *EAU Guidelines Office Associates Committee*?

O papel principal do *EAU Guidelines Office Methods Committee* é estabelecer normas metodológicas para a produção de *guidelines* em todos os painéis do *EAU Guidelines Office*. Neste grupo de trabalho, destaco também a função que desempenho na organização de vários cursos de síntese da evidência em Urologia, dirigidos a urologistas e realizados em vários países europeus nos últimos anos, assim como o apoio metodológico contínuo aos vários painéis de *guidelines*. Como membro do *EAU Guidelines Office Associates Committee*, estou envolvido na seleção e no treino dos jovens

NOVIDADES E LACUNAS DAS EAU GUIDELINES

As *guidelines* da EAU são atualizadas anualmente e divulgadas em março, durante o Congresso Europeu de Urologia. Sobre as novidades deste ano, Lorenzo Marconi destaca «a nova e há muito tempo aguardada *guideline* em tromboprofilaxia na cirurgia urológica e a renovada *guideline* em transplantação renal». De acordo com este urologista, embora as diretrizes da EAU sejam consideradas como as mais abrangentes à escala global em Urologia, «existem ainda algumas áreas que não são abordadas e terão de o ser, como a patologia da suprarrenal ou a cirurgia reconstrutiva da uretra».

urologistas europeus que, no futuro, vão integrar os diferentes painéis do *EAU Guidelines Office*.

Pode explicar o processo de criação de *guidelines*?

Existem duas fases distintas: a síntese da evidência e a transição da evidência para a recomendação. Este processo inicia-se nas reuniões periódicas dos vários painéis multidisciplinares que constituem o GO, nas quais os membros estudam uma determinada questão clínica, definindo a população-alvo, a intervenção de interesse, o comparador apropriado e os *outcomes* importantes para o doente. Este protocolo, designado por PICO (*Participant, Intervention, Comparator, Outcome*), define os critérios de elegibilidade dos estudos a incluir na revisão sistemática. Conceptualmente, a recomendação final representa a resposta à questão clínica inicialmente colocada. Nesta primeira fase, são pesquisados, incluídos e sintetizados todos os estudos primários que tentaram responder à questão do painel. Em seguida, avalia-se a qualidade desta evidência e os resultados são apresentados aos painéis multidisciplinares nas reuniões periódicas. Numa segunda fase, são discutidos os benefícios *versus* malefícios das diferentes intervenções, tendo em consideração dois fatores: a magnitude da relação entre benefícios e efeitos secundários e os valores e preferências dos doentes. Este balanço e a avaliação da qualidade da evidência são cruciais para determinar a força e o sentido de uma determinada recomendação. Por exemplo, uma diretriz forte, a favor de um determinado tratamento em detrimento de outro, significa que existe evidência de elevada qualidade de que os benefícios ultrapassam claramente os efeitos secundários. Além disso, deve haver a certeza de que todos, ou quase todos, os doentes informados e nas mesmas circunstâncias tomariam a mesma decisão. Este é o tipo de recomendação que, idealmente, todo o urologista deveria tentar seguir.

Quantas pessoas trabalham no *EAU Guidelines Office*?

Além do *Board*, o GO é constituído por 18 painéis permanentes, três painéis *ad-hoc* e cinco comités (*Methods, Dissemination, Associates, Impact*

Assessment e *Consensus Finding*). Estes grupos são multidisciplinares e incluem especialistas clínicos (por exemplo, urologistas, oncologistas, radioterapeutas), representantes dos doentes, metodologistas, peritos em estatística, secretárias, etc. Somando os membros de todos estes grupos de trabalho, o GO conta, atualmente, com cerca de 240 colaboradores.

Quais os principais desafios do *EAU Guidelines Office*?

Internacionalmente, a adesão às linhas de orientação clínica é ainda subótima, portanto, o desenvolvimento de estratégias de disseminação e implementação das mesmas é fundamental para otimizar os resultados da prática urológica. No *EAU Guidelines Office IMAGINE Group*, trabalhamos no sentido de perceber quais as recomendações que, sendo sustentadas por evidência de elevada qualidade, não são rotineiramente praticadas na Europa. Também identificamos em que situações ocorre esta lacuna entre a evidência e a prática clínica e por que motivos. O objetivo final deste grupo é aumentar a disseminação e a implementação das *guidelines* criadas pela EAU, para que a translação dos resultados da investigação para a prática clínica seja eficaz.

Tendo em conta esta sua experiência além-fronteiras, que lhe permite contactar com especialistas de diferentes países, considera que a Urologia portuguesa é reconhecida internacionalmente?

Existem grupos de investigação liderados por urologistas portugueses que são reconhecidos no contexto internacional, nomeadamente nas áreas da urologia funcional/neurológica e da inovação em cirurgia urológica minimamente invasiva. No entanto, são apenas exemplos pontuais. Sinto que a investigação clínica e translacional deveria ser mais fomentada no nosso país, através de medidas como a proteção do tempo de investigação no Serviço Nacional de Saúde [SNS], o estímulo à investigação no âmbito do SNS, o estabelecimento de parcerias de investigação e inovação tecnológica com as universidades portuguesas e a construção de bases de dados prospetivas (por iniciativa da APU, na nossa especialidade). ■

A paixão relaxante da pesca

O local de pesca preferido de Luís Calado é o recife de Vilamoura, onde consegue apanhar pargos em grande quantidade e as lulas, que são particularmente tenras e saborosas, reproduzem-se também muito nesta zona

Luís Calado, coordenador do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Algarve/Hospital de Portimão, nasceu nesta região do país e essa, garante, é a principal explicação do seu forte amor pelo mar. Daí à paixão pela pesca foi um passo inevitável e agora, quase quatro décadas depois, não tem dúvidas em assumir a sua máxima: «Mais vale um mau dia de pesca do que um bom dia a trabalhar».

Sandra Diogo

São 10h30 e encontramos-nos na Marina de Vilamoura. O dia está quente e o sol já vai alto, mas Luís Calado informa-nos que é com bastante luz que se apanham pargos, a espécie eleita para a pescaria de hoje. No barco, um misto de pescueiro e pequeno cruzeiro, apenas com um motor, espera-nos o Sr. Pereira, um amigo de longa data do urologista e companheiro destas aventuras marítimas. «Temos bebidas, protetor solar, fatos de banho e comprimidos para o enjoo», revela o especialista, convidando-nos a ficar à vontade nesta que é uma espécie de segunda casa sua.

Enquanto decide o melhor local para ir à procura de chocós, o isco perfeito para apanhar pargos, Luís Calado revela que a paixão pela pesca se foi construindo desde muito cedo, muito por culpa daquilo a que chama predisposição ambiental. «Para quem nasce numa zona como o Algarve, é mais natural que isso aconteça. Aprende-se primeiro a amar o mar e a melhor maneira para conseguir lá passar muito tempo é indo à pesca», salienta, à medida que o barco se afasta e obtemos uma vista privilegiada sobre a costa algarvia.

Através do GPS, chegamos ao sítio pretendido e o urologista não esconde o entusiasmo ao ver no ecrã um enorme cardume. Rapidamente, Luís Calado e o amigo posicionam quatro canas, uma de cada lado do barco e duas à popa, e é em tempo recorde que apanham oito chocós. «Estes são uns rebuçadinhos para a boca do pargo», afirma, enquanto nos mostra os mais pequeninos. Com tão célere sucesso na apanha do isco, recolhem-se as canas e o barco acelera em direção aos pargos.

Fascínio pelo fundo do mar

A 20 milhas da costa, o que corresponde a cerca de 32 quilómetros, voltamos a parar. Luís Calado torna a pegar nas canas e a mudar os materiais. «Este é o tipo de pesca de que gosto, a pesca ao fundo», refere, enquanto pega numa chumbada, um utensílio de formato alongado que se coloca na ponta do fio, de modo a que, ao entrar na água, sofra menos resistência, permitindo um afundamento mais rápido.

«A pesca é uma atividade que requer uma aprendizagem demorada, já que é preciso conhecer pescueiros e desenvolver técnicas, nomeadamente

como se montam os anzóis para apanhar determinada espécie», partilha o urologista. Mas não tem dúvidas: «Essa exigência é relaxante, porque me leva a esquecer tudo o resto. É um escape excepcional para a vida pessoal e profissional, que nos ajuda a sanar a cabeça e a afastá-la das nossas prisões diárias. Quem se dedica a esta atividade fá-lo de corpo e alma e é por isso que se torna uma paixão.»

Desde cedo lhe cresceu no peito esta paixão. Deveria ter 5 ou 6 anos quando, por influência de um vizinho que acabou por se tornar colega de profissão, o cirurgião geral José Guerreiro, começou a ir para os espigões à noite apanhar camarões, o isco que depois usava para pescar durante o dia. «O que me fascinou foi o que fascina a maior parte das pessoas que gostam do mar: imaginar o que se passa lá no fundo e dominar as questões da navegação.»

Talvez por isso, Luís Calado foi-se tornando cada vez mais aficionado e passou para a pesca embarcada. «Gosto imenso de barcos e de conhecer as suas mecânicas e eletrónicas.» Num período de 35 anos, o seu barco atual é o quarto barco que

adquiriu, já lá vão cerca de 11 anos. «À medida que nos vamos afastando da costa, precisamos de mais proteção, mesmo para as saídas noturnas, já que também se pesca muito durante a noite», afirma o urologista, para explicar a necessidade de ir trocando de barco.

Adrenalina de apanhar o peixe

Luís Calado encara a pesca com descontracção e as competições estão longe de o seduzir. «Gosto de pegar no barco porque e quando me apetece e não fico aborrecido se não apanhar nada.» Ainda assim, não nega a adrenalina que o invade quando sente o peixe a morder o isco, assim como todo o trabalho que se segue para não o deixar fugir. Nesse sentido, não resiste a contar-nos algumas das pescarias memoráveis em que já participou e nas quais os peixes (pargos) ocupavam toda a proa do barco. «Foram todas feitas em Vilamoura, em 2005/2006 e sempre no verão, que é a altura em que esta espécie se captura com mais facilidade. Estamos a falar de um peixe com uma qualidade extraordinária e depois, quando nos habituamos a essa liga, já não queremos voltar para trás.» Talvez por isso, não sinta necessidade de se afastar muito dos locais onde pesca habitualmente.

«Já pesquei no Brasil e em África, mas o sítio de que gostei mais foi a ilha das Flores, nos Açores, porque as espécies que lá se apanham dão muita luta», frisa o urologista, interrompendo a conversa de cada vez que lhe parece ver a cana a abanar. Além disso, considera-se um felizardo porque acredita que o Algarve é a região ideal para a pesca e onde se apanha peixe com o melhor sabor. Tanto assim é que o seu local de pesca preferido é o recife de Vilamoura, onde começou por apanhar

pargos em grande quantidade, há cerca de 10 anos. Por outro lado, «as lulas daqui são muito famosas porque são tenrinhas e saborosas e esta é uma zona onde elas se reproduzem muito», explica.

Aprendizagem constante

Preferencialmente, Luís Calado gosta de pescar com amigos, mas, não havendo companhia, não é isso que o impede de sair para o mar em qualquer altura do ano, estando o tempo favorável. Por esse motivo, faz questão de assegurar toda a manutenção da sua embarcação e garantir que está sempre pronta para sair. «Há que ter o barco atestado e limpo, os anzóis organizados, o isco, uma meteorologia favorável e também é conveniente a lua estar em quarto crescente ou minguante. Depois, se quisermos fazer uma pesca ao fundo com chumbada, para peixes não muito pesados, precisamos de uma cana com ponteira mais sensível, fininha e que permita perceber quando é que o peixe está a tentar roubar o isco», explica este especialista. E acrescenta: «Também temos os carretos elétricos, com uma bobine de 1 200 metros de fio que se adapta a pesqueiros com fundos de 200 a 400 metros, e as canas com bico de corrico.»

Como qualquer bom amante do seu *hobby*, Luís Calado procura manter-se atualizado sobre as novidades que vão surgindo na área, por isso, assina revistas da especialidade e assiste a programas de televisão regulares sobre pesca. Mas o mais importante, garante, «é o que se ouve das outras pessoas e o que se vai aprendendo com a experiência». Infelizmente, este ano, por exigências profissionais e alterações meteorológicas que «fazem o tempo ficar sempre estranho ao fim de semana», não tem conseguido sair tanto como gostaria.

Depois de cerca de uma hora de paciente espera, um pargo de sensivelmente três quilos morde o isco e já não consegue escapar à perícia do urologista



Mas o dia de hoje acaba por ser frutífero e, após alguns falsos alarmes, a cana acusa um abanar mais forte. Luís Calado precipita-se para agarrá-la e seguem-se uns momentos de luta entre pescador e pescado, com o urologista a deixar correr e a puxar a linha de modo a garantir que o almoço não lhe escapa. Quando consegue puxar o peixe para bordo, um imponente pargo, o sorriso não deixa esconder a felicidade que este *hobby* lhe traz. «A vida é curta, por isso, temos de a aproveitar e desfrutar daquilo que gostamos» conclui. ■

A concretização profissional na Urologia

Nascido no Algarve, em 1962, Luís Calado licenciou-se pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e foi no Hospital de Santa Maria (HSM) que cumpriu o Internato Geral (entre 1986 e 1987). Sempre soube que queria seguir uma especialidade cirúrgica e a Neurocirurgia foi a sua primeira opção, «talvez porque, ao contrário do que se passa agora, na altura, a Urologia não era muito badalada». Uma colega acabou por ocupar a vaga de Neurocirurgia no HSM e foi assim que, em 1989, regressou às origens, para concluir o Internato de Urologia no Hospital de Faro. «Não estou nada arrependido! Acho que é uma especialidade que me enche as medidas, pois é riquíssima do ponto de vista do diagnóstico e das técnicas cirúrgicas. Além disso, trabalhamos com muita autonomia, de tal maneira que, hoje em dia, os Serviços de Urologia estão departamentalizados», enfatiza.

Este urologista frisa também que tem sido gracedado com a sorte de encontrar as pessoas certas para conseguir evoluir e assumir o lugar de coordenador do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Algarve/Hospital de Portimão desde 2015. «Comecei a especialização com o Dr. Serra de Matos, que era um urologista muito conceituado e tinha trabalhado no Hospital de Santa Maria e ainda na África do Sul. Depois, o meu tutor foi o Dr. João Paias e, agora, tenho a felicidade de trabalhar com um colega mais novo, o Dr. José João Marques, com quem aprendo bastante também», diz Luís Calado, com uma clara demonstração de humildade.



