



Com o fim do segundo mandato de presidente da APU à vista (a nova Direção será eleita no Congresso), cargo que ocupa desde final de 2013, **Arnaldo Figueiredo** faz um balanço positivo da atividade destes quatro anos, destacando a criação da Academia de Urologia, da Comissão Científica e da Comissão de Ética, tal como aspetos mais práticos, como o cumprimento rigoroso dos horários nos congressos P.6

EQUIPA DO SERVIÇO ORGANIZADOR (da esq. para a dta.): **Diogo Carneiro, Miguel Ramos, André Pinto, Avelino Fraga (diretor), Nuno Azevedo, Frederico Teves, Manuel Oliveira, Catarina Tavares, José Soares, Maria José Paiva (assistente social), Severino Teixeira, João Queiroz, Diogo Gil Sousa, Bernardo Teixeira e Gonçalo Mendes (interno)**

APU 2017

CONGRESSO DA ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA DE UROLOGIA



Porto científico, histórico e cultural

Um programa científico de eleição, com um enquadramento histórico e cultural da cidade que o acolhe, é o que se pode esperar do Congresso da Associação Portuguesa de Urologia (APU) 2017, que vai decorrer no Centro de Congressos da Alfândega do Porto, entre 21 e 24 de setembro. Organizado pelo Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António (CHUP/HSA), este congresso centra-se na abordagem das patologias oncológicas e benignas, e tem como principais novidades as sessões conjuntas com a Associação Espanhola e a Associação Europeia de Urologia, contando com a participação de representantes de ambas P.14-21

Inaugurando a nova rubrica **Analepse**, **Alexandre Linhares Furtado** recorda os seus 44 anos de dedicação aos Hospitais da Universidade de Coimbra, 36 deles como diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal (entre 1967 e 2003), dos quais salienta o desenvolvimento da transplantação, não fosse ele o líder da equipa que realizou o primeiro transplante de rim em Portugal, no dia 20 de julho de 1969 P.30



04 ATUALIDADES

A renovação da *Acta Urológica Portuguesa* descrita pelo seu novo editor-chefe, Belmiro Parada



06 DISCURSO DIRETO

Direção cessante da APU faz o balanço do trabalho desenvolvido nos seus dois mandatos cumpridos entre 2013 e 2017



10 IN LOCO

Reportagem no Departamento de Urologia do Hospital Distrital da Figueira da Foz



12 MEDICINA FAMILIAR

Luís Ferraz esclarece questões-chave da infertilidade de causa masculina



14 Avelino Fraga, presidente da Comissão Organizadora, apresenta os destaques do programa científico

Antevisão da mesa-redonda dedicada à Andrologia

15

16 UROEVENTOS CONGRESSO APU 2017

Resumo das sessões que vão abordar a inovação em Urologia e a neoplasia do urotélio/bexiga

17 Update em carcinomas do rim e da próstata

Antevisão da Mesa EAU e da sessão sobre litíase

18

20 Biópsias da próstata de fusão, treino de cirurgia protésica e laparoscopia são os motes dos três cursos pré-congresso

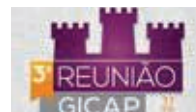
Balanço do 5th Global Congress on Prostate Cancer (PROSCA), que decorreu em Lisboa, no passado mês de junho



22

24 UROEVENTOS

Resumo da 3.^a Reunião Ibérica de Cancro da Próstata (30 de junho e 1 de julho)



25 Highlights das intervenções nacionais no 37.º Congresso da SIU, que terá Lisboa como anfitriã, entre 19 e 22 de outubro



27 ESPAÇO JOVEM

Formação em suporte avançado de vida no Módulo VII da Academia de Urologia (10 e 11 de novembro, Coimbra)



28 ANALEPSE

Linhares Furtado recorda os avanços ocorridos nos 36 anos em que dirigiu o Serviço de Urologia do CHUC



30 VIVÊNCIAS

As aventuras de Paulo Rebelo pelo mundo da fotografia



Corpos Gerentes da APU para o biênio 2015-2017

ASSEMBLEIA-GERAL

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

CONSELHO DIRETIVO

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

CONSELHO FISCAL

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

CONSELHO CONSULTIVO

Presidente: Arnaldo Figueiredo
Vogal: 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

f 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: 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

Os tempos paradoxais da Medicina

A Medicina vive tempos paradoxais. Os avanços e conquistas são constantes: a introdução de novas moléculas, nomeadamente na área do cancro, surge a um ritmo nunca antes observado; conseguem-se, em muitas doenças, resultados impressionantes; a evolução tecnológica é assombrosa. Mas, estranhamente, nunca, como hoje, houve tantas queixas dos doentes contra os médicos, resultantes, na maioria das vezes, de dificuldades de comunicação e de uma medicina impessoal, estatística e burocrática.

Em muitas áreas, observa-se uma estagnação e até uma regressão, de que são exemplo o resurgimento de doenças infecto-contagiosas que julgávamos erradicadas. Nos países ocidentais, apesar do aumento constante da esperança média de vida, são cada vez em maior número os doentes abandonados em camas dos hospitais. Acresce a isto uma faixa cada vez maior da população mundial sem acesso aos melhores cuidados de saúde disponíveis. Claramente, a evolução não se faz à mesma velocidade em todas as vertentes.

Será que estamos a praticar uma boa Medicina? As práticas médicas actuais, com recurso a métodos de diagnóstico e tratamento cada vez mais numerosos, específicos e caros, correspondem a uma necessidade real dos doentes ou serão, pelo contrário, ditadas por uma lógica de consumo das diversas entidades e políticas de saúde?

A Medicina envolve em si mesma uma dicotomia. Enquanto ciência, a Medicina baseia-se na evidência, no rigor dos factos, nas investigações mais apuradas, requerendo uma abordagem sistemática e repetitiva. Enquanto arte, «a arte da cura», a Medicina baseia-se no conhecimento do

ser humano, das suas expectativas e dos seus receios, trazendo sabedoria ao conhecimento. A importância desta formação humanista está bem expressa na célebre frase do Prof. Abel Salazar: «O médico que só sabe Medicina nem Medicina sabe».

A Associação Portuguesa de Urologia (APU) tem um papel essencial na promoção da «boa Medicina Urológica», ao «desenvolver actividades respeitantes ao estudo, ensino, investigação, progresso e desenvolvimento da Urologia e na promoção dos que a praticam, no plano científico e técnico, bem como no plano social e profissional». Para o cumprimento destes objectivos da APU, gostaria de destacar o papel importante das suas publicações. Do *Urologia Actual*, que tem um carácter mais informal, destaco a secção *In Loco*, que dá a conhecer as equipas e o trabalho dos Serviços de Urologia portugueses, alguns deles agradáveis surpresas, atendendo às suas limitações de recursos; e a secção *Vivências*, que nos dá a conhecer as paixões e os talentos de tantos colegas nossos. Uma leitura sempre agradável.

Quanto à *Acta Urológica Portuguesa*, não querendo ser demasiado exaustivo, remeto-vos para o editorial «Obras de Santa Engrácia» do Vol. 34 N.º 1-2 (2017): Janeiro-Março; Abril-Junho. Apesar das dificuldades e limitações da revista científica da APU, devemos continuar a apostar na sua publicação e algumas mudanças recentes visam garantir uma melhoria da sua qualidade. Há, no entanto, algumas dificuldades que só podem ser ultrapassadas com a vossa participação. Aos autores, lanço o desafio de submeterem artigos à nossa revista; aos revisores, peço que cumpram a sua responsabilidade no tempo atribuído; a todos, peço que a leiam.



Termino com uma citação de Roy Porter, no seu prefácio ao livro *Medicina, a História da Cura* (Londres, 1997): «A Medicina poderá ser um vasto corpo de conhecimentos, mas curar é uma habilidade pessoal.»

Belmiro Parada

Urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e editor-chefe da *Acta Urológica Portuguesa*

NOTA: Por opção do autor, este artigo não segue as regras do Novo Acordo Ortográfico.

RECENTES APOIOS CIENTÍFICOS DA APU

Advanced Course of Experimental Laparoscopy

13 e 14 de outubro de 2017

Centro de Cirurgia Experimental Avançada, em Vila do Conde

Organização: Luís Campos Pinheiro

14.º Congresso Nacional de Oncologia

26 a 29 de outubro de 2017

Centro de Congressos de Aveiro

Organização: Sociedade Portuguesa de Oncologia

6.ªs Jornadas de Urologia do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa

26 de outubro de 2017

Museu Municipal de Penafiel

Organização: Joaquim Lindoro

Curso Minimally Invasive Upper Tract Surgery

26 e 27 de janeiro de 2018

Centro Hospitalar Universitário do Porto/ Hospital de Santo António

Organização: Vítor Cavadas, António Oliveira e Avelino Fraga

Patrocinadores desta edição



Acta Urológica Portuguesa com ambições renovadas



A *Acta Urológica Portuguesa* está a dar os primeiros passos depois de atravessar um processo de reorganização. Belmiro Parada, editor-chefe da revista científica da APU desde maio deste ano e urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), é o rosto da mudança de uma publicação que, no seu entender, «ainda não atingiu a importância que pode ter, considerando a qualidade científica e técnica da Urologia portuguesa».

Nesta nova etapa, a revista é produzida pela Admédic, tem uma equipa editorial mais pequena, com o objetivo de «centralizar e acelerar a resposta», e vai contar com a «estreita colaboração» de Helena Donato, diretora do Serviço de Documentação do CHUC. Esta consultora editorial e revisora técnica procurará estabelecer regras e normas essenciais à indexação da revista em bases de dados como a *Medline*.

Para já, nesta fase de transição, foi conseguida a indexação às bases de dados do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e do *Journal that follow the ICMJE Recommendations for the conduct reporting, editing and publication of Scholarly Work in Medical Journals*. Para Belmiro Parada, os objetivos atuais são «conseguir a submissão de artigos de qualidade e em maior número, que a equipa editorial seja célere a dar o respetivo encaminhamento aos artigos, que os revisores cumpram os prazos definidos e, muito importante, que seja possível atrair autores de outras áreas científicas e de outras comunidades urológicas além da nacional».

Livro explica a sexualidade às crianças

Escrito por Manuel Mendes Silva, urologista em Lisboa, e ilustrado por Carolina Antunes e Silva, o livro *A Sexualidade Explicada aos Mais Novos – Todas as respostas às perguntas difíceis* encontra-se à venda em livrarias de todo o país, por 12,99 euros. Editado pela Booksmile, este manual de 72 páginas é especialmente dirigido a crianças entre os 6 e os 9 anos, que, através da história da Joana, escrita com simplicidade e ilustrada de forma divertida, podem ficar mais esclarecidas sobre determinadas questões da sexualidade. «Pela tenra idade destes leitores, devem ser orientados pelos pais, avós e educadores», alerta Mendes Silva. E acrescenta: «Este livro também é útil para os pré-adolescentes, que podem esclarecer algumas dúvidas, especialmente no glossário, e para os pais, que podem desconhecer alguns termos.»

Na sessão de lançamento, que teve lugar na FNAC do Centro Comercial Colombo, em Lisboa, no dia 6 de maio passado, Filipa Casqueiro, da Booksmile, explicou que, quando a editora decidiu iniciar uma coleção de educação para a saúde com a temática da sexualidade, pensou logo neste autor, que já conhecia, «tanto pelo seu rigor e profissionalismo, como pelos valores que sempre defendeu». Visivelmente satisfeito, Mendes Silva desabafou: «Estava “casa cheia”, com cerca de 200 pessoas. A apresentação foi um sucesso devido à presença de ilustres convidados e ao ambiente familiar e de afetos que foi criado. Até os meus netos entrevistaram!»



Homenagem póstuma a Daniel Serrão

investigador e figura marcante da sociedade portuguesa, que faleceu em janeiro de 2017, aos 88 anos. A cerimónia contou com a presença do Presidente da República, Marcelo Rebelo de Sousa.

Para Manuel Mendes Silva, presidente da Secção de História da Medicina da SGL, organizadora do evento, o homenageado «foi uma personalidade marcante na Medicina portuguesa, incluindo-se já na sua história», enquanto especialista em Anatomia Patológica e precursor da bioética no nosso país. Além do seu «brilhante percurso científico, académico e humanista», Daniel Serrão era, segundo o urologista e ex-presidente da APU,

«dono de uma afabilidade e simpatia extremas». «Quando ele falava, fazia-me elevar intelectual e espiritualmente. Era um homem bom», descreve Mendes Silva.

A sessão contou com intervenções de Luís Aires Barros, presidente da SGL; Carlos Salema, vice-presidente da Academia das Ciências de Lisboa; Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos; Walter Osswald, outro precursor da bioética em Portugal; e Carlos Costa Gomes, biógrafo de Daniel Serrão. **A última intervenção coube a Marcelo Rebelo de Sousa, que entregou à viúva do homenageado, Maria do Rosário, a título póstumo, a Grã-Cruz da Ordem do Infante D. Henrique.**

No dia 27 de junho passado, as instalações da Sociedade de Geografia de Lisboa (SGL) acolheram uma sessão de homenagem póstuma a Daniel Serrão, professor universitário, médico,



ARNALDO FIGUEIREDO



«A Academia de Urologia foi um dos projetos mais marcantes desta Direção»

Próximo do fim do segundo mandato enquanto presidente da Associação Portuguesa de Urologia (APU), cargo que ocupa desde final de 2013, Arnaldo Figueiredo faz um balanço positivo da atividade destes quatro anos, com destaque para a reorganização da oferta formativa da APU, com a criação da Academia de Urologia. Do trabalho da sua Direção, o também diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra evidencia ainda a criação da Comissão Científica, da Comissão de Ética e do Núcleo de Internos, tal como aspetos mais práticos, como o cumprimento rigoroso dos horários nos congressos.

Luís Garcia

Quais os principais marcos da atividade do Conselho Diretivo a que presidiu nos últimos quatro anos?

Embora com o meu cunho enquanto presidente, estes dois mandatos não foram de rutura, mas sim de renovação. Aliás, seria insensato se assim não fosse, uma vez que eu já tinha integrado as duas Direções anteriores, como vice-presidente e secretário-geral. Penso que a APU se tem vindo a afirmar como uma associação forte, participada e interventiva, que tem pugnado pelo desenvolvimento da Urologia nacional, sendo reconhecida por isso. Um dos projetos mais marcantes destes

dois mandatos foi a Academia de Urologia, que surgiu da necessidade de promover uma formação estruturada, continuada e programada aos internos de Urologia, mas não só. As avaliações realizadas no final de cada módulo foram muito positivas e espero que o projeto seja mantido no futuro.

Que outros projetos na área da formação destaca?

Mantivemos os apoios financeiros para os trabalhos apresentados no estrangeiro e divulgámos e aproveitámos mais os estágios realizados em

centros de renome de outros países. Procurámos tornar as regras mais claras e facilitar a percepção dos critérios de candidatura, e a verdade é que foram patrocinados 28 estágios ao longo dos nossos dois mandatos. De qualquer modo, convém referir que a eventual maior facilidade de acesso aos estágios apoiados pela APU não deve demover os interessados a candidatarem-se aos estágios da European Association of Urology [EAU], demonstrando junto desta associação que os internos e jovens especialistas portugueses estão ávidos por oportunidades de formação pós-graduada.

Este ano, estabelecemos uma parceria com o European Board of Urology [EBU] que visa promover a participação portuguesa no *EBU Online In-Service Assessment*, um exame que permite aos internos e especialistas aperceberem-se das áreas em que têm mais lacunas de formação, bem como avaliar a evolução dos seus conhecimentos. A participação portuguesa foi positiva, com boas classificações globais. Ainda assim, cerca de metade dos internos de Urologia portugueses não participaram. A manter-se este apoio da APU, como gostaria, é de todo o interesse termos uma participação mais significativa.

O Núcleo de Internos da APU (NIAPU) foi também criado no decorrer do seu mandato. Que importância lhe atribui?

Não obstante ser algo que constava no nosso programa de ação, o mérito fundamental é dos próprios internos, que manifestaram essa vontade. A Direção da APU entendeu que tal era positivo e desejável, e assumiu um papel ativo na prossecução desse objetivo. O NIAPU é recente, mas já tem espaço próprio nas reuniões nacionais, com o apoio da APU. Será o caso da I Reunião Ibérica de Internos, organizada na véspera do Congresso APU 2017, no dia 21 de setembro. Os internos devem ter uma palavra própria na sua formação.

Que evolução sofreu a *Acta Urológica Portuguesa* ao longo destes quatro anos?

É uma revista de que todos os urologistas gostam, vista como património da nossa comunidade e existe empenho para que se mantenha e cresça. Sempre houve a ambição de publicarmos mais artigos, de maior qualidade, para conseguirmos a indexação na *Medline*, mas, até à data, as múltiplas estratégias adotadas não conseguiram ser eficazes, infelizmente. A nossa estratégia inicial passou pela associação a uma editora internacional, a Elsevier, da qual tínhamos grande expectativa. No entanto, subitamente, vimo-nos sem esse apoio e tivemos de procurar alternativas. Acredito que a estratégia que está a iniciar-se agora tem todas as condições para ser um sucesso. Contamos com o apoio da Dr.^a Helena Donato, que é consultora técnica de várias revistas portuguesas e está envolvida em processos de indexação, e também com um novo sistema de gestão editorial, o *Open Journal System*, que tornará mais fáceis a publicação e a divulgação.

De qualquer modo, a qualidade da revista científica da APU depende quase exclusivamente da qualidade dos artigos submetidos. Compreendo que a *Acta Urológica Portuguesa* não seja a plataforma de eleição para artigos de exceção, mas sê-lo-á certamente para muitos trabalhos, por exemplo sobre aspetos mais específicos ou subtemas. Adotámos a medida de atribuir o prémio pecuniário aos melhores trabalhos apresentados nos congressos apenas quando são submetidos para publicação na nossa revista e devo dizer, com muita pena, que a APU «poupou» dinheiro com isso, porque alguns autores dos trabalhos distinguidos não escreveram os artigos. Espero que isto mude. Dinamizar as publicações científicas é essencial, mas importa não esquecer a importância da transmissão de mensagens que espelham o dinamismo da APU e da Urologia nacional, aspeto em que a excelência do *Urologia Actual* é unanimemente reconhecida.

Outro legado desta Direção é o reforço dos laços com a Asociación Española de Urología (AEU) e outras congéneres supranacionais...

Sim, as relações com sociedades supranacionais, como a European Association of Urology [EAU], a Société Internationale d'Urologie [SIU], a Associação Lusófona de Urologia [ALU] e a Confederación Americana de Urología [CAU], já vinham de trás e reforçaram-se. Nestes dois mandatos, a parceria que mais se reforçou foi com a AEU, com o estreitamento de laços na área da Urologia oncológica. Foram criados grupos ibéricos de carcinomas do rim e da próstata metastizados e organizámos quatro reuniões ibéricas na área do rim e três na da próstata. Esta colaboração também está a passar pela criação de uma base de dados ibérica de tumores do testículo, para a qual utilizámos a plataforma de ensaios multicêntricos da AEU.

BALANÇO DOS MANDATOS PELOS OUTROS MEMBROS DA DIREÇÃO

«Esta equipa funcionou extremamente bem. Foi uma experiência muito enriquecedora. Entre os projetos desenvolvidos, realço a Academia de Urologia, um projeto inovador, com grande impacto e adesão dos internos. Também foi importante a imposição da regra do retorno científico no âmbito dos apoios financeiros prestados para formação. Nos últimos quatro anos, a APU realizou os seus simpósios bienais com sucesso, alternados com os congressos, deu patrocínio científico a várias reuniões nacionais e estreitou a parceria com a Associação Espanhola de Urologia. Não termino sem deixar palavras de encorajamento à próxima Direção: não tenho dúvidas de que terá o maior êxito.»

José Garção Nunes, vice-presidente e urologista no Hospital Lusíadas Lisboa



«Resumo estes dois mandatos como exercícios de rigor, com reflexo em todos os campos da nossa atuação. Criámos uma Comissão Científica permanente e fomos ambiciosos no conteúdo e no formato dos nossos eventos, conseguindo impor uma cultura, há muito desejada, de rigor nos tempos das palestras e apresentações. Estabelecemos normas objetivas para a concessão do prestigiado, e cada vez mais solicitado, patrocínio científico da APU a eventos organizados por outras entidades. Incentivámos a criação de um organismo vital para o apoio à formação dos mais jovens – o Núcleo de Internos da APU – e outro para responder aos constantes desafios éticos e deontológicos que se nos colocam – a Comissão de Ética. A Academia de Urologia foi um dos grandes sucessos dos últimos anos, fazendo já parte do roteiro dos jovens em formação. Mantivemos e enriquecemos o *Urologia Actual*, que continua a ser o veículo preferencial de comunicação dentro da comunidade urológica portuguesa, e prosseguimos com a divulgação de diversos assuntos junto da comunidade e da comunicação social. Conseguimos terminar este exercício com um orçamento financeiro de saldo positivo, fruto de uma gestão também rigorosa.»

Pedro Nunes, secretário-geral e urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra



«Foi um prazer trabalhar com este grupo, que soube colaborar para atingir objetivos importantes. Um deles foi a criação da Academia de Urologia, que se revelou um sucesso e enriqueceu a oferta formativa da APU. Também considero muito importante a aproximação aos colegas espanhóis, nomeadamente através da organização das reuniões de carcinomas do rim e da próstata metastizados. Os congressos e simpósios organizados neste período foram dos mais participados de sempre e sucessos a todos os níveis, nomeadamente devido ao rigor no cumprimento dos horários. Também se verificou maior participação científica dos portugueses nos congressos internacionais, para a qual contribuíram os apoios concedidos pela APU. Tudo isto foi conseguido com controlo da despesa, sem que tal se tenha repercutido na qualidade dos eventos organizados.»

Miguel Ramos, tesoureiro e urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António





«O balanço que faço destes dois mandatos é de dinamismo e positivismo, com realce para aspetos como a maior atenção aos urologistas jovens e a aposta forte na formação contínua pós-graduada, com a criação da Academia de Urologia – que penso ser a principal marca deixada por esta Direção – e com a atribuição de bolsas de estudo. Também destaco a criação da Comissão Científica, com os objetivos de melhorar e dar maior credibilidade aos conteúdos dos nossos eventos, melhorar a nossa revista científica e permitir uma maior representação da Urologia nacional fora de portas, através da presença ampla nos eventos internacionais e do apoio a cursos e estágios em centros de referência.»

Fortunato Barros, vogal e urologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José



«Com um elevado nível de dinamismo, empenho e exigência, apostámos no desenvolvimento da Academia de Urologia, talvez o maior ícone desta Direção, amplamente elogiada pela sua qualidade e conteúdo programático. O contributo para a formação dos internos estendeu-se aos inúmeros estágios financiados pela APU, que foram criteriosa e objetivamente selecionados. O trabalho excecional da Comissão de Ética culminou com o recente lançamento do Código de Ética, um instrumento de orientação do desempenho profissional na nossa especialidade, que é essencial nesta “nova” realidade da organização do setor da Saúde em Portugal. A nossa Direção fez-se representar oficialmente em inúmeros eventos no estrangeiro, levando para outra dimensão a imagem internacional da APU. A seriedade, o rigor e o empenho organizacional deste Conselho Diretivo permitiram atingir e consolidar a estabilidade financeira necessária para a prossecução das atividades da APU nos mandatos seguintes.»

Miguel Carvalho, vogal e urologista no Hospital Garcia de Orta, em Almada



«Nestes dois mandatos, com um ambiente de camaradagem despretensioso, foi mantida a política de rigor, colaboração, transparência e imparcialidade. Numa época de óbvios constrangimentos financeiros, foram organizadas diversas iniciativas reconhecidamente bem-sucedidas, quer em termos de conteúdo científico, quer de convívio inter pares. Também foram criadas e melhoradas iniciativas extremamente participadas, como a Academia de Urologia. A frequência de estágios para internos portugueses em unidades estrangeiras de reconhecida competência técnico-científica e diferenciação foi estimulada através de apoio financeiro, sendo também impulsionada a concessão de bolsas de investigação. Apesar de um percurso algo acidentado, mantivemos a publicação da *Acta Urológica Portuguesa* e o website da APU foi atualizado, tornando-se mais acessível e intuitivo.»

Luís Xambre, vogal e urologista no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Que importância foi dada à colaboração com outras especialidades a nível nacional?

Com a Sociedade Portuguesa de Oncologia [SPO], por exemplo, organizámos eventos comuns, como um encontro científico que abordou o papel da nutrição nos doentes oncológicos, elaborámos protocolos clínicos e patrocinámos trabalhos em conjunto. Foi uma colaboração estreita entre duas especialidades que só podem trabalhar em conjunto. Também reforçámos a parceria com a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar [APMGF] com projetos comuns, consensos e protocolos.

A constituição da Comissão Científica e da Comissão de Ética foi outra novidade. Qual o intuito destes projetos?

Criada logo no início do nosso primeiro mandato, a Comissão Científica, que é permanente, idónea e representativa da Urologia Nacional, tem como principal incumbência a seleção de trabalhos para apresentação em congressos, tal como os vencedores de prémios e bolsas da APU, da forma mais independente possível. Já a Comissão de Ética, que é mais recente (foi criada no final do ano passado) e tem ainda um papel discreto, assume como principal função a decisão sobre os patrocínios solicitados à APU para eventos científicos, algo que ocorre com grande frequência. A APU elaborou critérios de atribuição de patrocínios científicos, mas reconheço que senti dificuldades na decisão relativamente a alguns eventos. Creio que a colaboração entre estas duas comissões é o terreno ideal para analisar estes pedidos.

Que balanço faz dos eventos científicos organizados pela APU ao longo destes quatro anos?

Além do sucesso da Academia de Urologia, a APU organizou dois encontros científicos – o que já referi, sobre Nutrição e Oncologia em parceria com a SPO, e outro dedicado à imagem em Urologia. Penso que este tipo de reuniões poderão repetir-se no futuro, se a próxima Direção assim o entender. Relativamente aos congressos, é com uma satisfação enorme que constato o cumprimento rigoroso dos horários. Esta disciplina permite que as pessoas possam selecionar as sessões a que vão assistir, consoante os seus interesses, e é uma manifestação de respeito dos palestrantes pelos que os precedem e os que lhes sucedem, mas também pela assistência. Este é um sinal de avanço da Urologia portuguesa e estou seguro de que vai manter-se. ■

AUTOAVALIAÇÃO DO PRESIDENTE

✓ O que correu melhor:

- Criação da Academia de Urologia, tendo-se organizado oito módulos (inclui os próximos, que decorrerão após o Congresso, mas foram delineados pela atual Direção);
- Rigor no cumprimento dos tempos de apresentação nas reuniões científicas da APU;
- Estreitamento das relações com a Associação Espanhola de Urologia, com a organização de reuniões ibéricas dedicadas aos carcinomas da próstata e do rim e o lançamento de uma base de dados ibérica para os tumores do testículo;
- Estreitamento de relações com a Sociedade Portuguesa de Oncologia e a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar;
- Incentivo à constituição do Núcleo de Internos da APU;
- Criação da Comissão Científica e da Comissão de Ética.

✗ O que ficou por fazer:

- Dinamização de grupos de trabalho em áreas como a uro-oncologia, a litíase e a urologia funcional, com objetivos e resultados concretos;
- Indexação da *Acta Urológica Portuguesa*;
- Organização de um congresso da European Association of Urology em Portugal.



EQUIPA (da esq. para a dta.): Lilian Campos (urologista), Ana Paula Miguéis e Patrícia Santos (enfermeiras), Beatriz Santos (assistente hospitalar), Gilda Carreira (enfermeira-chefe), António Oliveira (urologista) e Carla Alves (administrativa)



Sucesso baseado na relação estreita com a comunidade

A facilidade de acesso e a proximidade à população são aspetos primordiais para a Administração do Hospital Distrital da Figueira da Foz (HDF). Conscientes disso, os dois médicos do Departamento de Urologia têm-se esforçado por fazer jus a esse lema: para além de darem resposta a todos os procedimentos urológicos habituais nos hospitais de grande dimensão, têm apostado fortemente na boa relação com as unidades de cuidados de saúde primários da sua área de influência.

Sandra Diogo

Situado a poucos metros do oceano, como se pode constatar na fotografia acima, o HDFF goza de uma localização privilegiada e é entre veraneantes e ao sabor do vento salgado que abrimos caminho até à entrada do edifício. À nossa espera encontra-se Lilian Campos, que divide a coordenação do Departamento de Urologia (DU) com António Oliveira, sendo eles os únicos urologistas deste hospital. «É verdade que somos só dois e sem dúvida que precisamos de, pelo menos, mais um médico», começa por admitir a especialista, reforçando que isso não os tem impedido de prestar um bom apoio à população local, atuando em todas as áreas da Urologia.

Estas palavras são comprovadas com os factos: o DU não tem lista de espera para as consultas prioritárias. Este aspeto é, aliás, um requisito da Administração do HDFF, que definiu como lemas para todas as especialidades a facilidade de acesso da população aos cuidados de saúde e a relação estreita entre os profissionais de saúde e a comunidade que cuidam. Esta estratégia tem dado frutos e permitiu evitar, há alguns anos, que o HDFF passasse para o nível 1, de Urgência Básica.

Idiossincrasias locais

Servindo uma área que abrange não só a população de Figueira da Foz, Montemor-o-Velho e Soure, como também doentes de distritos que, apesar de pertencerem a outras zonas de referência, acabam por se dirigir ao HDFF dada a proximidade, os dois urologistas dão resposta às necessidades de cerca de 140 000 pessoas. «A nossa atividade assistencial é igual à de outros Serviços de Urologia: inclui Enfermaria, Consulta Externa (onde também realizamos os exames complementares de diagnóstico, nomeadamente estudos urodinâmicos, biópsias prostáticas ecoguiadas e cistoscopias), Hospital de Dia (onde se efetua o tratamento hormonal do carcinoma da próstata, alguma quimioterapia e os tratamentos intravesicais) e Bloco Operatório», enumera Lilian Campos, que aqui trabalha desde 2015. Apesar de não existir urgência urológica – quando necessário, os doentes são referenciados para o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra –, o DU dá ainda apoio à Urgência sempre que solicitado. Uma vez que a maioria dos doentes são idosos, as principais

patologias a que os dois urologistas dão resposta são as do foro oncológico, a hiperplasia benigna da próstata e a litíase.

Integrada no Serviço de Especialidades Cirúrgicas, e apesar de partilhar o espaço com a Oftalmologia, a Dermatologia, a Otorrinolaringologia e a Ginecologia, a Urologia acaba por ser responsável pela maior taxa de ocupação na enfermaria. «Das 14 camas existentes, seis estão reservadas para nós, sendo que a nossa taxa de ocupação costuma rondar os 99%», revela Lilian Campos. A nível cirúrgico, a situação é semelhante: «Temos três tempos semanais de bloco divididos por dois dias, o que é bastante bom, considerando que somos só dois urologistas.»

Aposta forte nas boas relações

Um dos pilares do bom desempenho desta equipa diz respeito à relação privilegiada que mantém com o Serviço de Urologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), em resultado não só do facto de os dois urologistas terem feito a sua formação nessa instituição, mas também

da união que existiu entre as duas unidades nos anos de 1970 (ver caixa abaixo).

«O nosso hospital não tem cuidados intensivos, nem hemodiálise, pelo que os doentes mais complicados têm de ser referenciados para o CHUC e essa sintonia entre as duas equipas é fundamental para agilizar o processo de transferência dos doentes, mas também para a discussão de casos clínicos», destaca António Oliveira, urologista no HDFF desde 2010. Para além disso, a nível interno, há um bom entendimento com os ginecologistas, com quem operam frequentemente, e com os oncologistas, o que «contribui para um atendimento ao doente mais diferenciado, com as consequentes mais-valias que daí advêm», defende este urologista.

Seguindo o lema de proximidade à população, o DU tem ainda desenvolvido estratégias para melhorar a interação com os cuidados de saúde primários. Nesse sentido, no início deste ano, Lilian Campos reuniu-se com representantes de todos os centros de saúde locais. «O objetivo foi tentar agilizar alguns procedimentos e, para isso, distribuímos um documento com os critérios de referência e acessibilidade à nossa consulta, assim como facilitámos os nossos contactos telefónicos diretos, de modo a que nos liguem sempre que tiverem alguma dúvida», explica Lilian Campos.



Vencer os constrangimentos

O reforço da equipa, tanto com médicos como com enfermeiros, é um dos objetivos a curto prazo do Departamento de Urologia do HDFF, principalmente para conseguir ultrapassar um dos grandes constrangimentos atuais: o fecho da enfermaria durante o mês de agosto, altura em que recebe mais doentes, não fosse a Figueira da Foz uma zona balnear. «Tirando as dificuldades causadas pela falta de re-

ursos humanos, conseguimos responder às necessidades que nos são colocadas», assegura António Oliveira. A título de exemplo, o especialista frisa o facto de fazerem cirurgia retrógrada intrarrenal a laser e percutânea, tal como cirurgia da próstata em ambulatório, reduzindo os internamentos e facilitando o acesso ao hospital.

Ainda assim, Lilian Campos admite que um corpo clínico reduzido pode ter algumas vantagens, como uma relação de proximidade com a administração hospitalar, o que facilita a resolução de pequenos problemas do dia a dia. «Quando identificamos alguma carência, seja técnica ou tecnológica, temos abertura para discutir o assunto como Conselho de Administração e, por regra, conseguimos chegar a um consenso favorável para todos», realça. Um dos projetos aprovados recentemente é a construção de um novo bloco operatório, cuja conclusão está prevista para o final do próximo ano e que, acredita a urologista, contribuirá para melhorar ainda mais os resultados da equipa. ■

SOB O ÍMPETO DE BISSAYA BARRETO

Integrada na Santa Casa da Misericórdia, a primeira unidade de tratamentos hospitalares da Figueira da Foz começou a funcionar por iniciativa de um dos médicos mais impulsionadores da medicina social em Portugal – Fernando Bissaya Barreto. Inicialmente, esta unidade serviu para dar apoio às fábricas da zona. Em 1959, os terrenos onde se encontra o atual Hospital Distrital da Figueira da Foz (HDFF) foram cedidos para a construção do Sanatório Hélio-Marítimo, depois de terem acolhido a Colónia Balnear em 1948. No início da década de 1970, esta unidade foi integrada no Centro Hospitalar de Coimbra, mas, poucos anos depois, esse acordo foi desvinculado e avançou o processo para a independência do HDFF, concretizada em 1975. Desde essa altura, o hospital tem contado sempre com os serviços de um ou dois especialistas em Urologia.



Apesar do elevado número de procedimentos cirúrgicos realizados em ambulatório, os dois urologistas têm três tempos semanais de bloco operatório. Nesta fotografia, António Oliveira realiza um tratamento com laser da hiperplasia benigna da próstata



Integrado no Serviço de Especialidades Cirúrgicas, o Departamento de Urologia tem destinadas seis das 14 camas da enfermaria, com uma taxa de ocupação que ronda os 99%

Infertilidade de causa masculina



técnicas de reprodução não conseguem corrigir as alterações induzidas pela idade. Hoje em dia, fruto de vários fatores, nomeadamente a integração no mundo do trabalho, as mulheres põe em segundo plano o seu projeto de gravidez, atrasando-o para idades perigosas. Nestas situações, a avaliação do fator masculino tem de ser rápida e concisa para não se prejudicar ainda mais um problema que cada vez se vê com mais frequência.

Como iniciar o estudo do homem?

O estudo da infertilidade deve contemplar, sempre, a avaliação simultânea do homem e da mulher. No caso do homem, em primeiro lugar, deverá ser realizado um espermograma. Este exame, apesar de histórico, permanece como o *gold standard* na avaliação masculina inicial, mas comporta um problema grave, pois a maior parte dos laboratórios não o fazem de acordo com as recomendações da Organização Mundial de Saúde. Se os resultados deste exame forem normais, deverá recair uma maior atenção sobre a avaliação do fator feminino. Se estiverem alterados, deve-se repetir o exame, preferencialmente passados três meses. Se os resultados se mantiverem anormais, é fundamental uma avaliação andrológica, mesmo que estejamos em presença de uma azoospermia.

A etiologia é importante?

Na avaliação do homem é sempre importante encontrar a causa da infertilidade, por isso, é essencial colher a história de todo o seu percurso de vida, começando pela conceção e terminando no momento atual. Seguidamente, é fundamental realizar um exame físico que inclua a avaliação cuidadosa dos genitais externos, com registo especial para os testículos, anotando-se a sua localização, consistência e volume (medir com orquímetro). É crucial ter atenção ao estado dos epidídeos e palpar sempre os canais deferentes. A ausência de canais deferentes origina um espermograma com azoospermia (obstrutiva) e baixo volume do ejaculado.

Estes doentes poderão resolver o seu problema através da aspiração de espermatozoides testiculares (TESA), seguida da injeção intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). Obrigatório, nestes casos, é o estudo das mutações do gene da fibrose cística, pois 85% deles apresentam mutações no gene CFTR. O varicocelo deverá ser sempre pesquisado com o doente de pé, uma

INTRODUÇÃO:

A infertilidade conjugal tem sido muito negligenciada pelos urologistas, fruto de um desinteresse da maioria dos diretores de serviço. A formação ministrada nesta área é reduzida e, por isso, a maior parte dos jovens urologistas não tem conhecimentos mínimos, deixando espaço para que ginecologistas, descrentes dos nossos conhecimentos, enviem os doentes diretamente para técnicas de reprodução, num verdadeiro *bypass* à avaliação do fator masculino. Urge modificar esta realidade, começando por mudar as mentalidades de quem tem a responsabilidade de gerir e ensinar. A infertilidade não é rara, pois atinge entre 8 a 15% dos casais e o fator masculino ocupa um lugar de destaque, estando presente em 50% dos casos.

DEFINIÇÃO:

A infertilidade conjugal é definida como a impossibilidade de um casal alcançar uma gravidez após um ano de relações sexuais regulares e desprotegidas. Esta definição é importante porque nos orienta para que o início do estudo da infertilidade comece logo após ter decorrido este período. Situações particulares de doenças anteriores no homem, nomeadamente a nível dos genitais externos, aconselham a um início de estudo mais precoce.

«O estudo da infertilidade deve contemplar, sempre, a avaliação simultânea do homem e da mulher. No caso do homem, em primeiro lugar, deverá ser realizado um espermograma. Este exame, apesar de histórico, permanece como o *gold standard* na avaliação masculina inicial»

A fertilidade masculina diminui com a idade?

A idade do homem não é muito importante como fator de infertilidade, embora idades superiores a 50 anos possam originar uma diminuição das taxas de fecundação e causar algumas alterações genéticas nos descendentes. Já na mulher este fator é capital, pois idades superiores a 37 anos acarretam pior qualidade ovocitária e, por isso, reduzem as taxas de gravidez. É importante relembrar que as

vez que está presente em cerca de 30% dos homens inférteis. A sua correção cirúrgica deverá ser discutida com o doente, pois, embora uma percentagem significativa melhore os parâmetros espermáticos, ainda não podemos garantir quais são os doentes que ganharão com a cirurgia.

Pequenos varicoceles ou mesmo varicoceles subclínicos não deverão ser corrigidos. Atenção à presença de cicatrizes inguinais, muitas secundárias à correção de hérnias, pois, muitas vezes, estas cirurgias causam iatrogenias graves, levando a atrofia dos testículos (lesão vascular) e seccionando ou causando estenose dos canais deferentes, o que origina azoospermias obstrutivas.

Como proceder perante uma azoospermia?

Perante um doente com azoospermia e sinais marcados de um hipogonadismo, podemos ter uma situação de hipogonadismo hipergonadotrófico ou hipogonadotrófico. No primeiro caso, trata-se de uma síndrome de Klinefelter: estatura elevada, ginecomastia, testículos atrofizados (<8 ml) e endurecidos. Laboratorialmente, vamos encontrar gonadotrofinas elevadas e testosterona normal ou baixa. Convém recordar que estes doentes podem, através de biópsias abertas (extração de espermatozoides do testículo – TESE), vir a ser pais biológicos e gerar crianças normais a nível cromossómico.

No hipogonadismo hipogonadotrófico, o doente é azoospermico, os testículos são atrofizados e amolecidos, não existe ginecomastia, as gonadotrofinas e a testosterona são baixas. Muitos destes doentes apresentam anosmia e enquadram-se na síndrome de Kallmann, sendo passíveis de tratamento médico com a administração de hormona luteinizante (LH) e hormona folículo-estimulante (FSH). O tratamento deverá ser longo e controlado com espermogramas realizados aos 6, 9 e 12 meses. Logo que apareçam espermatozoides no ejaculado, estes deverão ser usados a fresco para a ICSI e aproveitar o momento para congelar várias palhetas. Logo que se tenha conseguido congelar um número suficiente de espermatozoides para usar em ciclos futuros, suspende-se a medicação com FSH, pois é muito cara, e mantém-se apenas a administração de testosterona.

Que estudos pedir?

O estudo laboratorial obriga a um conhecimento perfeito do eixo hipotálamo- hipófise-testículo. O doseamento da FSH representa um marcador da espermatogénese. O estudo genético é obrigatório em todas as azoospermias secretoras e oligospermias graves (<5 milhões). A síndrome de Klinefelter é a anomalia genética mais frequente. ■

AVALIAÇÃO DA INFERTILIDADE CONJUGAL PASSO A PASSO

- 1** Começar sempre pela realização de um espermograma em laboratório credenciado.
- 2** Se o espermograma revelar azoospermia, existem duas possibilidades:
 - 2.1** Azoospermia e testículos pequenos – azoospermia secretora;
 - 2.1.1** Se os níveis de hormona folículo-estimulante (FSH), hormona luteinizante (LH) e testosterona (T) forem baixos, trata-se de um hipogonadismo hipogonadotrófico (síndrome de Kallmann);
 - 2.1.2** Se os níveis de FSH e LH forem altos e de T normais ou baixos, deve-se pedir o cariótipo (síndrome de Klinefelter);
 - 2.1.3** Se os níveis de FSH forem elevados com níveis de LH e T normais, existe lesão grave da célula germinativa.
 - 2.2** Azoospermia e testículos de volume normal – azoospermia obstrutiva ou secretora;
 - 2.2.1** Se o exame físico for normal, é necessário realizar biópsia testicular – aspiração de espermatozoides testiculares (TESA) ou extração de espermatozoides do testículo (TESE);
 - 2.2.2** A biópsia mostra a presença de espermatozoides (Sz) – azoospermia obstrutiva;
 - 2.2.3** Ausência de Sz e de células germinativas – Sind. Só Células de Sertoli;
 - 2.2.4** Ausência de Sz e presença de células germinativas – paragem maturação.
- 3** Sempre que uma azoospermia tem FSH elevada ou baixa, é secretora.
- 4** Sempre que uma azoospermia tem FSH normal, em princípio, será obstrutiva.
- 5** Na azoospermia secretora ou oligospermia grave (<5 milhões), pedir sempre FSH, cariótipo e estudo das microdeleções do cromossoma Y.
- 6** Na azoospermia associada a ausência bilateral de canais deferentes, pedir sempre a pesquisa de mutações no gene da fibrose cística.
- 7** Perante zoospermia, volume testicular normal, deferentes palpáveis, FSH normal, baixo volume do ejaculado (<1 ml), deve-se suspeitar de obstrução dos ejaculadores e pedir ecografia transretal da próstata e das vesículas seminais.
- 8** Perante zoospermia, perda de libido, testosterona normal ou baixa e prolactina (PRL) elevada, há provável prolactinoma e deve-se pedir ressonância magnética da hipófise.
- 9** Perante espermograma com azoospermia ou oligoteratozoospermia (TAO) grave em homem muito musculado, pedir FSH, LH, T e suspeitar do uso de esteróides anabolizantes.
- 10** Perante normozoospermia, vitalidade normal e ausência de motilidade dos espermatozoides, suspeitar de síndrome dos cílios imóveis ou a sua variante de síndrome de Kartagener.
- 11** Perante espermograma normal e maus resultados na injeção intracitoplasmática de espermatozoides, por mau desenvolvimento embrionário ou abortos precoces apesar de boa fecundação, pedir o estudo da fragmentação do DNA espermático.

Ciência, história e cultura dinamizam Congresso APU 2017



Um programa científico de eleição, com um «inevitável» enquadramento histórico e cultural da cidade que o acolhe, é o que se pode esperar do Congresso da Associação Portuguesa de Urologia (APU) 2017, que vai decorrer no Centro de Congressos da Alfândega do Porto, entre 21 e 24 de setembro. No plano científico, **Avelino Fraga, presidente da Comissão Organizadora e diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário**

do Porto/Hospital de Santo António, destaca «a abordagem da patologia oncológica e também da patologia benigna» como os temas orientadores da reunião.

Em termos de novidades, o responsável sublinha o Simpósio Ibérico APU/AEU (Asociación Española de Urología), a decorrer no dia 22 de setembro, definindo-o como «o corolário do estreitamento de relações entre as duas associações». E explica: «Nos últimos anos, a atual direção da APU, presidida pelo Prof. Arnaldo Figueiredo, tem organizado, com alguma periodicidade, reuniões monotemáticas com a sua congénere espanhola sobre cancro da próstata e do rim.» Além disso, acrescenta Avelino Fraga, «a APU foi a associação convidada do último Congresso Espanhol de Urologia, pelo que agora retribui a cortesia, fazendo dos urologistas espanhóis seus convidados, ocorrendo ainda uma inédita e interessante reunião entre internos dos dois países, o que certamente ajudará a consolidar as relações científicas e culturais entre as duas associações».

Que vantagens traz esta parceria para Portugal? O presidente do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos responde: «Dá-nos maior protagonismo e massa crítica, porque Espanha é um país com um grande número de urologistas e uma população superior à nossa. O intercâmbio entre as duas associações é benéfico para nós, devido ao volume de doentes e urologistas que ambas abrangem, potencializando-se reciprocamente.»

Outra novidade e momento alto do Congresso APU 2017 é a Mesa EAU (European Association of Urology), no dia 23 de setembro, que contará com a participação do escocês James N'Dow, presidente do *Guidelines Office Board* da EAU. Este orador vai falar sobre o impacto na prática clínica das linhas de orientação regularmente atualizadas. O outro interveniente nesta sessão é o belga Hendrick Van Poppel, secretário-geral adjunto e responsável pela área da Educação na EAU, que vai abordar o tema «Nefrectomia radical ou parcial. Como decidir?».

Este ano, o Congresso da APU realiza-se no Porto e coincide com o fim do segundo mandato da atual direção. Avelino Fraga, portuense, defende que essa combinação «é ouro sobre azul» e não o diz por acaso. «Esta direção termina um mandato que foi excelente. Portanto, é com muita honra que o Congresso deste ano se realiza nesta cidade fantástica, que foi eleita, pela terceira vez, o melhor destino turístico europeu [pela European Consumers Choice]», remata o presidente da Comissão Organizadora, com evidente orgulho, lembrando ainda que «o Centro de Congressos da Alfândega do Porto também já foi eleito, várias vezes, o melhor da Europa». ■ **Rui Alexandre Coelho**

A ARTE DE BEM RECEBER

Logo após a sessão de abertura, que está marcada para as 19h00 do dia 22 de setembro e contará com a presença, por exemplo, do bastonário da Ordem dos Médicos, o também urologista Miguel Guimarães, dar-se-á lugar a uma conferência de cerca de 30 minutos dedicada ao tema «Alfândega do Porto e a epopeia dos Descobrimentos». O orador será Joel Cleto, historiador e apresentador do programa «Caminhos da História», do Porto Canal. «Em agosto de 2015, completaram-se 600 anos desde que saiu daqui uma esquadra portuguesa que foi conquistar Ceuta e deu início aos Descobrimentos», lembra Avelino Fraga, numa espécie de «aperitivo» para esta palestra. Em seguida, porque a cidade Invicta respira cultura e hospitalidade, os participantes serão convidados a apreciar um «Porto de honra».

Lisboa, 13 de julho de 2017

Assunto: **Convocatória de Assembleia Geral e Eleitoral 2017**

Caro(a) Colega,

Ao abrigo dos artigos 23.º e 24.º dos estatutos da Associação Portuguesa de Urologia, convocam-se todos os associados para a Assembleia Geral e Eleitoral a realizar-se no decorrer do Congresso APU 2017, no dia **23 de setembro de 2017, às 18:00 horas, no Centro de Congressos da Alfândega do Porto/Sala do Infante**, com a seguinte Ordem de Trabalhos:

1. Leitura e aprovação da ata da Assembleia-geral anterior;
2. Leitura e aprovação dos relatórios de atividades e contas;
3. Aprovação de novos associados e associados institucionais;
4. Outros assuntos;
5. Assembleia Eleitoral – eleição dos Corpos Gerentes da APU para o biénio 2017-2019.

Se à hora marcada não se verificar a presença do número mínimo de associados estipulado por lei, a Assembleia reunirá meia hora mais tarde, independentemente do número de associados presentes ou representados.

Tomé Lopes
Presidente da Assembleia-Geral da APU

Update em Andrologia

As linhas de orientação mais recentes em Andrologia vão nortear a mesa-redonda dedicada a esta área, no dia 22 de setembro, entre as 11h30 e as 12h30. Os três temas em análise – Peyronie com curvatura maior que 90°, hipogonadismo e cancro da próstata, fertilidade do doente oncológico – foram escolhidos «por contêm mensagens novas e exigirem uma abordagem prática», explica **Pedro Vendeira, presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução (SPA) e moderador desta sessão**, juntamente com Luís Ferraz, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.

Nuno Tomada, urologista no Porto e vice-presidente da SPA, será o responsável pela abordagem da doença de Peyronie com curvatura superior a 90 graus. «Estamos a falar de situações de deformidade peniana que, não sendo muito prevalentes, são muito complicadas para o homem, porque impedem o ato sexual e, muitas vezes, levam a disfunções sexuais ainda mais severas», refere Pedro Vendeira. Quanto a este tema, «a expectativa é que se partilhem as melhores técnicas da

atualidade, para que passe a existir uma referência *standard* a nível nacional no tratamento das curvaturas severas».

Responsável pela Unidade de Andrologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António, na intervenção seguinte, Nuno Louro vai desconstruir um mito que persiste: o tratamento com testosterona em homens com carcinoma da próstata faz aumentar a gravidade desta patologia. «Tal como há doentes com diabetes ou hipertensão arterial que têm hipogonadismo, o mesmo pode acontecer nos doentes com carcinoma da próstata. E a base do tratamento desta deficiência de testosterona, que precipita um conjunto diverso de sinais e sintomas, é a administração desta hormona, uma abordagem que tem cada vez mais evidência sólida», afiança Pedro Vendeira.

A fertilidade no doente oncológico será o tema abordado por Bruno Pereira, urologista no Centro Hospitalar Cova da Beira/Hospital Pêro da Covilhã e secretário-geral da SPA. «Este orador vai falar sobre o que se pode fazer em termos de prevenção para solucionar uma possível infertilidade do doente oncológico, ou seja, a



criopreservação dos gametas, tal como o que se pode fazer depois dos métodos citotóxicos. Dependendo do estado do doente após a cirurgia, temos de perceber como se poderão multiplicar as probabilidades de melhoria da sua fertilidade.» No fundo, conclui Pedro Vendeira, esta palestra servirá mais como «uma chamada de atenção para o que se deve fazer na iminência de tratamentos do foro oncológico, nunca descurando os efeitos laterais, nomeadamente ao nível da fertilidade». ■

Rui Alexandre Coelho



A inovação ao serviço de melhores práticas clínicas



A decorrer entre as 15h15 e as 16h15 do dia 22 de setembro, a mesa-redonda «Inovação em Urologia» terá como pilares a revolução de conhecimentos na área da biologia molecular e celular aplicada ao diagnóstico, a diversidade de novos tratamentos e tecnologias para cirurgia. Moderada por **La Fuente de Carvalho, urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/**

/Hospital de Santo António (CHUP/HSA), e Luís Campos Pinheiro, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José (CHLC/HSJ), esta sessão visa «antever os alicerces necessários à compreensão futura de várias áreas da Urologia», já que, «sem inovação, não se criam novos conhecimentos que permitem melhorar a prática clínica», sublinha La Fuente de Carvalho.

O primeiro tema desta mesa-redonda – «Urologia personalizada» –, será analisado por Ricardo Ribeiro, investigador no Instituto de Investigação e Inovação em Saúde da Universidade do Porto e no Serviço de Patologia Clínica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, e constitui «uma oportunidade para falar sobre esta nova abordagem clínica, que é centrada no doente e permite potenciar as terapêuticas médicas e cirúrgicas», diz o comoderador.

De seguida, Paulo Correia-de-Sá, diretor do Departamento de Imunofisiologia e Farmacologia do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), versará sobre o sistema purinérgico no aparelho urinário baixo. «A ideia é dar a conhecer

à comunidade urológica este desenvolvimento resultante da parceria entre o Serviço de Urologia do CHUP e o ICBAS ao nível da investigação de translação sobre a sinalização purinérgica. Existem poucos centros dedicados ao estudo deste sistema, mas desde 2005 que esta colaboração tem sido muito consistente no estudo e no impacto das purinas na patologia funcional da bexiga, o que pode facilitar o aparecimento de novos modelos de tratamento», antevê La Fuente de Carvalho.

Pilar Laguna, urologista no Academic Medical Center University Hospital, em Amesterdão, fará a última intervenção da mesa-redonda, abordando a dicotomia cirurgia robótica *versus* 3D, que «se insere no âmbito do enorme incremento da cirurgia laparoscópica em Urologia». Segundo La Fuente de Carvalho, esta dicotomia tem de ser analisada à luz da relação custo/eficácia. Além disso, «antes de apostar no robô, por exemplo, é preciso organizar os serviços, a referenciação dos doentes, os meios disponíveis e ter em conta a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde». ■

Rui Alexandre Coelho

Ponto de situação em neoplasia do urotélio/bexiga

O estado da arte da imunoterapia estará em evidência na mesa-redonda «Atualização em neoplasia do urotélio/bexiga», a realizar-se no dia 23 de setembro, entre as 9h45 e as 11h00. Este tema será esmiuçado por Belmiro Parada, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que vai falar sobre as grandes novidades da imunoterapia, já que «existe necessidade de esclarecimento». «Estes fármacos são imunoestimuladores e há todo um universo de novos efeitos secundários a enfrentar, nomeadamente ao nível das doenças autoimunes», justifica **Jorge Oliveira, diretor do Serviço de Urologia do Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto**, que vai moderar esta sessão com Rui Sousa, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures.

«Ressecção transuretral da bexiga – podemos fazer melhor?» é outro dos temas desta mesa-redonda e será abordado por Pedro Bargão, urologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora. Neste âmbito, Jorge Oliveira destaca as tecnologias de imagem, como os filtros óticos NBI (*Narrow Band Imaging*), que são usados em endoscopia para melhorar a visibilidade de vasos sanguíneos capilares, veias e outras estruturas



subtis dos tecidos. «De acordo com a luz introduzida, podemos descobrir áreas consideradas normais com a técnica comum, mas que podem ser associadas a áreas suspeitas, nomeadamente de carcinoma *in situ*, com esta nova tecnologia.»

Também em análise estará a melhor abordagem terapêutica para a neoplasia não músculo-invasiva de alto risco, por Manuel Oliveira, urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo

António. Para o comoderador, «esta é uma zona de conflito na atualidade», devido à nova classificação dos tumores da bexiga. «Ao ser alterada a antiga classificação da Organização Mundial da Saúde de grau 1, 2 e 3 para tumores de alto ou baixo grau, a percentagem de tumores de alto grau aumentou», frisa.

Habitualmente, os tumores de alto grau são tratados com BCG (imunoterapia utilizando o bacilo de Calmette-Guérin). No entanto, com a retirada do grau intermédio, «deixa de haver alternativas terapêuticas credíveis quando os tumores de alto grau progridem». Nesse sentido, Jorge Oliveira dá conta do seu procedimento: «Trato os tumores de alto grau não invasores [pTa] com a mitomicina e não com o BCG. De outro modo, ficamos sem alternativas em caso de recorrência.»

Até que ponto a cistectomia deve ser, ou não, um procedimento a realizar em todos os centros é a dúvida sobre a qual Estevão Lima, diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Braga, se propõe opinar nesta mesa-redonda. A este respeito, Jorge Oliveira, que assume estar inserido num «universo profissional bastante particular» no IPO do Porto, aguarda «com algum interesse a controvérsia que vai ser debatida» a partir desta preleção. ■

Diagnóstico e tratamento da neoplasia renal



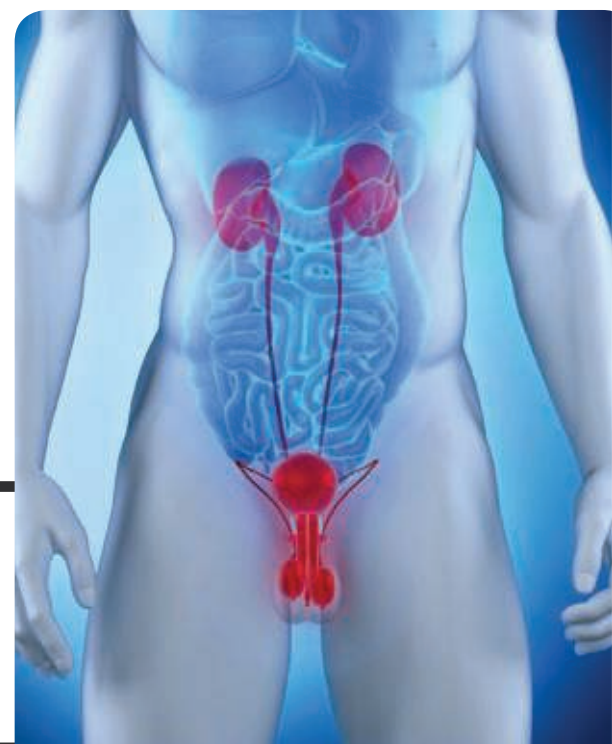
que nos deparamos hoje em dia são as pequenas massas renais em indivíduos mais idosos, sendo que a nossa dúvida é se devemos tratá-los ou não. O objetivo desta intervenção é explanar os dados que ajudam a prever o que vai acontecer a estes doentes, para poder decidir quais e como tratar», antecipa **Miguel Ramos, urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António**, que vai moderar esta sessão com Rui Carneiro, urologista no Instituto Português de Oncologia de Lisboa.

Em seguida, será trazido à discussão o que há de novo no tratamento da neoplasia renal metastizada, por André Silva, urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto. «Há fármacos novos, sobretudo para a segunda linha terapêutica, e alguns dados até agora desconhecidos sobre o tratamento adjuvante pós-nefrectomia em doentes de alto risco. Nesta sessão, vamos discutir os resultados de estudos importantes que foram publicados recentemente», informa Miguel Ramos.

Instado a levantar o véu sobre as novidades no campo farmacológico para a neoplasia renal

avançada e metastizada, o comoderador refere que têm a ver com o interesse em fazer, ou não, tratamento adjuvante com inibidores da tirosina-cinase nos doentes pós-nefrectomia, na senda de alguns estudos publicados recentemente. Quanto ao tratamento de segunda linha do carcinoma de células renais, Miguel Ramos revela que «há mais dados sobre os novos imunomoduladores – fármacos muito diferentes dos que eram usados até agora e que demonstram resultados interessantes».

■ **Rui Alexandre Coelho**



Na mesa-redonda dedicada à neoplasia renal, que terá lugar no dia 23 de setembro, entre as 16h00 e as 16h45, a primeira intervenção cabe a Lorenzo Marconi, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que vai versar sobre o tratamento conservador da neoplasia renal localizada. «Um dos maiores problemas com

Dos biomarcadores às novas terapêuticas do cancro da próstata



de Urologia, devido à sua elevada prevalência», começa por afirmar **José Soares, urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António (CHUP/HSA)**, que partilha a moderação desta sessão com Tomé Lopes, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM). A ênfase será colocada nos novos desenvolvimentos ao nível do tratamento médico, até porque, «nos últimos anos, não surgiu nada de novo no âmbito do tratamento cirúrgico do carcinoma da próstata».

Sobre a importância dos biomarcadores na decisão clínica vai falar Rui Henrique, diretor do Serviço de Anatomia Patológica do Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto. «O PSA continua a ser utilizado na prática clínica atual e ainda é o melhor marcador tumoral de carcinoma da próstata», afirma José Soares. No entanto,

«estão em estudo, mas ainda em fase de não aplicabilidade clínica, vários marcadores para usar futuramente».

A segunda apresentação, intitulada «Avanços na imagiologia: do diagnóstico ao tratamento», estará a cargo de Manuel Teixeira Gomes, radiologista no Hospital Lusíadas Porto. Segue-se a preleção de Francisco Botelho, urologista no Hospital de Braga, sobre o tratamento local do cancro da próstata oligometastático. Já o tratamento do cancro metastizado hormonossensível será analisado posteriormente por Isaac Braga, urologista no IPO do Porto.

A última intervenção desta mesa-redonda, a cargo de Tito Leitão, urologista no CHLN/HSM, vai desenrolar-se à volta das melhores práticas quando os doentes são submetidos a uma prostatectomia radical e ficam com margens cirúrgicas positivas. ■

Na manhã do último dia do Congresso (24 de setembro) assume protagonismo a mesa-redonda dedicada ao carcinoma da próstata. «Esta é uma patologia obrigatória em qualquer congresso

Guidelines e nefrectomia em análise na Mesa EAU



A European Association of Urology (EAU) é uma das convidadas de honra do Congresso APU 2017 e tem uma sessão com o seu nome no dia 23 de setembro, entre as 15h15 e as 16h00. Em sua representação, intervirão Hendrick Van Poppel, secretário-geral adjunto e responsável pela área da Educação na EAU, e James N'Dow, presidente do *Guidelines Office Board* da EAU. **Arnaldo Figueiredo, presidente da APU**, que mo-

derá a mesa com Avelino Fraga, presidente da Comissão Organizadora, mostra-se reconhecido pela presença destas «duas figuras destacadas da Urologia europeia».

A primeira apresentação, subordinada ao tema «Linhas de orientação. Qual o impacto na prática clínica?», será da responsabilidade de James N'Dow. Este urologista oriundo da Gâmbia e sediado na Escócia vai falar sobre as *guidelines* da EAU, «uma ferramenta com utilidade extraordinária e com um raio de aceitação que extravasa, em muito, o âmbito europeu e da própria Urologia, pois outras especialidades apoiam-se nas linhas de orientação da EAU na abordagem a diversas patologias», afiança Arnaldo Figueiredo.

Ainda a respeito da primeira comunicação, o também diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra afirma que «importa perceber até que ponto a aplicação das *guidelines* altera a prática clínica no sentido positivo e conhecer os riscos tanto da não aplicação como da utilização estrita destas orientações». Por isso, o moderador defende que «é necessário ter sentido crítico na apreciação da evidência, sendo as *guidelines* um instrumento para alimentar essa visão crítica».

«É necessário ter sentido crítico na apreciação da evidência, sendo as *guidelines* um instrumento para alimentar essa visão crítica»

Tendo «relações muito próximas com a APU e inúmeros urologistas portugueses», Hendrick Van Poppel vai partilhar a sua perspetiva sobre o papel da cirurgia nas neoplasias renais. Com base na sua «profunda experiência nesta área», o urologista belga deixará claro quais os casos que mais beneficiam da nefrectomia parcial ou da nefrectomia radical. Em alusão a este tema, Arnaldo Figueiredo considera que «foi necessário estimular o papel da nefrectomia parcial durante muitos anos, pois era (e ainda é) muito subutilizada». No entanto, «as evidências recentes obrigam a selecionar com critério os casos que beneficiam mais desta técnica cirúrgica, sendo certo que, no global, o panorama é ainda de um grande défice de utilização». ■ **Rui Alexandre Coelho**

Litíase no quotidiano dos urologistas

Quando os ponteiros do relógio se aproximam das 11h30, no dia 23 de setembro, todas as atenções do Congresso APU 2017 estarão concentradas na mesa-redonda sobre litíase, cuja moderação estará a cargo de Daniel Pérez-Fentes, urologista no Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, e **Vítor Cavadas, responsável pela Unidade de Litíase do Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António (CHUP/HSA)**. Este último especialista frisa que os três tópicos escolhidos para esta sessão inserem-se no objetivo principal de «abordar assuntos com interesse prático na atividade quotidiana dos urologistas».

O primeiro a intervir será Pedro Moreira, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, falando sobre a avaliação metabólica na litíase recidivante. «Nestes casos, a deteção de anomalias passíveis de correção com medidas dietéticas e/ou farmacológicas pode ter

grande impacto na prevenção de recorrências», destaca Vítor Cavadas.

De seguida, João Cabral, urologista no CHUP/HSA, abordará as técnicas de desintegração de cálculos com laser, que são cada vez mais utilizadas, «especialmente porque a ureterorenoscopia flexível tem vindo a ganhar protagonismo nos últimos anos». Apesar de o efeito do laser sobre o cálculo renal ser «dependente das suas características e da sua composição», Vítor Cavadas refere que, atualmente, «é possível alterar alguns parâmetros do laser para melhor controlar a desintegração litíásica».

Por último, Pedro Monteiro, urologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz, discutirá algumas formas de melhorar os resultados da cirurgia percutânea. Segundo o moderador entrevistado, «esta abordagem cirúrgica continua a ser o tratamento de primeira escolha para a litíase volumosa, devido aos excelentes resultados que



permite obter». Vítor Cavadas acrescenta: «A realização de nefroscopia flexível, a combinação com ureterorenoscopia flexível e a adição de miniacessos podem permitir melhores resultados e, simultaneamente, reduzir potenciais complicações.» ■ **Rui Alexandre Coelho**



Formação pré-congresso diversificada

Biópsias da próstata de fusão, treino em cadáver da cirurgia protésica e laparoscopia são os temas dos três cursos que inauguram o Congresso APU 2017, no dia 21 de setembro, entre as 8h30 e as 16h30. O *Urologia Actual* convidou um coordenador de cada curso a comentar os objetivos e programas destas formações.



Laparoscopia

Local: Laboratório de Anatomia do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS)

Horário: entre as 9h00 e as 16h30

Coordenadores: Miguel Ramos, Rui Borges e Tito Leitão

por retroperitoneoscopia. Inicialmente, serão transmitidos vídeos com a descrição passo a passo destes procedimentos, para que os formandos, posteriormente, possam treinar em modelo animal (porco). O principal objetivo deste curso é contribuir para o aumento do número de cirurgiões em Portugal a realizar laparoscopia, aumentando o rácio de cirurgias laparoscópicas em relação às cirurgias abertas nos nossos hospitais. Temos registado uma ótima evolução neste âmbito, mas ainda há um longo caminho a percorrer para substituímos a cirurgia aberta por estas técnicas menos invasivas.

Entre as técnicas que serão treinadas ao longo deste curso, a mais desafiante é, sem dúvida, a nefrectomia parcial. Trata-se de uma cirurgia em que é necessário grande treino, pois implica fazer incisões num dos órgãos mais vascularizados do corpo, com a preocupação de remover o tumor com



margem negativa, e, ao mesmo tempo, preservar o máximo de rim saudável. A precisão e o tempo são aqui fundamentais, pois a excisão, a hemóstase e a reconstrução do rim são realizadas em contrarrelógio, para diminuir a isquemia e a hemorragia.»

Tito Leitão, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria

«**P**retende-se que esta formação seja não só teórica, mas também muito prática. Os procedimentos abordados serão a nefrectomia radical, a nefrectomia parcial e a ureteropieloplastia por laparoscopia, mas também

Cadaver training

Locais: Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António (CHUP/HSA) e Instituto de Medicina Legal – Delegação do Porto

Horário: entre as 9h00 e as 16h00

Coordenadores: Rui Versos e José Preza Fernandes



«**E**sta ação formativa inicia-se com uma curta sessão teórica de anatomia pélvica masculina, seguindo-se o treino da cirurgia protésica em cadáver, nomeadamente a colocação de *slings*, esfíncteres urinários e próteses penianas. Trata-se de um grupo de cirurgias diferenciadas e complexas, pelo que é importante treiná-las para criar aptidões nos cirurgiões que pensam fazê-las nos seus doentes. Esta formação é essencialmente prática e dirige-se a internos e especialistas de Urologia que queiram adquirir e/ou aperfeiçoar competências em cirurgia protésica.

Há que passar por esta fase de treino em cadáver antes de intervencionar os doentes. Neste âmbito, o principal desafio prende-se com o reconhecimento da anatomia pélvica masculina para realizar as cirurgias sem intercorrências e com a maior garantia de um resultado eficaz. Toda a cirurgia protésica tem algum risco de complicações, logo, quanto mais apto estiver o cirurgião na manipulação dos tecidos, das estruturas anatómicas e dos dispositivos protésicos, melhor.»

Rui Versos, urologista no Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães

Iniciação às biópsias da próstata de fusão

Locais: Centro de Simulação do ICBAS e Centro Integrado de Cirurgia Ambulatória (CICA)

Horário: entre as 8h30 e as 14h00

Coordenadores: Frederico Teves e Manuel Teixeira Gomes



«A ideia de organizar este curso surge na sequência de as biópsias randomizadas, cada vez mais, perderem o sentido devido às suas taxas de falsos negativos e, hoje em dia, com as ressonâncias magnéticas multiparamétricas da

próstata, conseguirmos identificar lesões suspeitas e selecionar doentes que realmente têm indicação para biópsia, aumentando a eficácia de deteção do tumor. Apesar de os urologistas dominarem a técnica da biópsia, temos ainda algumas lacunas no que respeita à interpretação das ressonâncias. Com a colaboração da Radiologia, pois terei a meu lado um colega radiologista, o Dr. Manuel Teixeira Gomes, o objetivo central deste curso é aumentar a familiarização dos urologistas com a ressonância magnética e as biópsias de fusão, demonstrando as técnicas em termos teóricos e práticos, com casos clínicos.

Pretendemos dar a oportunidade aos urologistas de se apetrecharem com uma tecnologia recente e que se tem vindo a afirmar como o futuro. Este curso destina-se a todos os interessados,

«O objetivo central deste curso é aumentar a familiarização dos urologistas com a ressonância magnética e as biópsias de fusão»

sejam internos ou especialistas, sendo que as vagas estão limitadas a seis formandos. Sei que é um número muito reduzido, mas, se a procura for muito superior, estamos recetivos a realizar mais formações neste âmbito.»

Frederico Teves, urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António

Reunião Ibérica de Internos discute temas polémicos

A decorrer na véspera do Congresso APU 2017, mais concretamente no dia 21 de setembro, entre as 16h30 e as 20h30, nas Caves Calém, a I Reunião Ibérica de Internos de Urologia pretende estimular a troca de ideias sobre temas atuais e prementes entre internos e jovens urologistas de Portugal e Espanha.

Nesta primeira edição, vão ser abordados tópicos como o *burnout*, nomeadamente os resultados de um estudo europeu e de outro desenvolvido pela Ordem dos Médicos portuguesa há cerca de dois anos, e algumas controvérsias médico-legais, que serão analisadas por um advogado especializado na área. «Esta discussão é pertinente, porque existem alguns serviços onde se verifica um desfasamento no trabalho exercido por colegas que fazem várias horas na Urgência ou no bloco operatório, deixando-os sujeitos a problemas legais para os quais, muitas vezes, não estão alerta», salienta **Agostinho Cordeiro, coordenador do Núcleo de Internos da APU (NIAPU)**.

O encontro inclui ainda «um simpósio-satélite da Jaba Recordati; uma sessão de apresentação de casos clínicos, na qual também se falará sobre as *guidelines* em uro-oncologia; um *uroquiz*, que não será uma competição individual, mas sim



entre equipas inter-hospitalares para promover o convívio entre internos de diferentes locais; a atribuição de um prémio NIAPU ao melhor artigo publicado por um interno no último ano; e, por fim, a apresentação do *Manual da NIAPU*, um guia especialmente elaborado para internos do primeiro ano, que se espera estar concluído até ao final do ano», antecipa **Maria José Freire, coordenadora científica da reunião**.

Na I Reunião Ibérica de Internos de Urologia, que conta com o patrocínio da Jaba Recordati,



estarão também presentes o bastonário da Ordem dos Médicos (OM), Miguel Guimarães; o presidente da APU, Arnaldo Figueiredo; o presidente da Asociación Española de Urología (AEU), José Manuel Cózar; membros do Colégio da Especialidade de Urologia da OM; e o coordenador do Grupo de Trabajo de Residentes y Jóvenes Urólogos da AEU, Juan Gómez Rivas, que é também presidente-eleito da European Society of Residents in Urology (ESRU). ■

Sandra Diogo

Lisboa acolheu congresso mundial de cancro da próstata

À quinta edição, o Global Congress on Prostate Cancer (PROSCA) rumou a Lisboa. Durante três dias (28 a 30 de junho passado) Convento do Beato acolheu centenas de profissionais de saúde de todo o mundo ligados ao carcinoma da próstata, que apresentaram e discutiram dados recentes sobre as melhores práticas na abordagem desta patologia.

Rui Alexandre Coelho



ALGUNS INTERVENIENTES NO CONGRESSO (da esq. para a dta.): Declan Murphy, Karim Fizazi, Alberto Bossi, Silke Gillesen, Martin Spahn, Markus Graefen, Johan Stranne, Alex Mottrie e Piet Ost

Organizado pela International Society for the Study and Exchange of Evidence from Clinical Research and Medical Experience (ISSECAM), o PROSCA realiza-se desde 2012. Já passou por Roma, Marselha, Bruxelas, Viena e, este ano, foi a vez de Lisboa. Para Alex Mottrie, um dos três presidentes do comité global do PROSCA 2017, «o objetivo é que esta reunião seja participada por todos os profissionais envolvidos no diagnóstico e tratamento do cancro da próstata, desde radioterapeutas a urologistas, passando por oncologistas, enfermeiros e grupos de doentes. A abordagem multidisciplinar é o futuro para tudo».

Segundo o diretor do Departamento de Urologia do OLV Hospital, em Aalst, na Bélgica, a necessidade de recorrer a cuidados de saúde assentes na evidência científica foi uma das discussões mais relevantes desta edição. «Mais do que nunca, temos de fazer estudos em que damos seguimento aos nossos doentes, para que tenhamos um retorno em termos de dados e saibamos exatamente o que estamos a fazer», justifica. E, apontando um exemplo, questiona: «Devo começar por fazer uma prostatectomia robótica ou espero até obter os resultados dos estudos?» A resposta sai-lhe pronta: «É um pouco a história do ovo e da galinha, mas, a meu ver, o controlo randomizado

nos ensaios em cirurgia é, em si mesmo, uma *contradictio in terminis*.»

Além de conduzir um *workshop* sobre cirurgia robótica, Alex Mottrie moderou sessões e protagonizou palestras, uma das quais sobre prostatectomia robótica. «Não precisamos de ser cirurgiões para saber quais são as potenciais vantagens do robô: a visão em 3D, a monitorização do movimento, a estabilidade dos instrumentos, etc. Claro que há uma curva de aprendizagem mais acentuada, mas o mais importante é treinar apropriadamente.» Espreitando o futuro, este urologista crê que os jovens aspirantes a especialistas de Urologia «vão passar a treinar em laboratório», dado que já se pode simular o treino cirúrgico.

Hormonoterapia como background

Stacy Loeb, urologista no New York University Langone Medical Center, em Nova Iorque, discursou sobre o estado atual do rastreio do carcinoma da próstata, que considera mais consensual na atualidade. «O rastreio gerou muita controvérsia ao longo dos anos, mas, agora, a maioria das sociedades científicas recomendam a partilha da decisão, o que significa discutir com os doentes os seus riscos e benefícios. Pessoalmente, recomendo um rastreio de base a partir

dos 40 anos, porque o nível do PSA nos homens dessa idade é um preditor importante de risco de cancro da próstata.» Esta urologista norte-americana debruçou-se sobre os marcadores que podem ser usados para ajudar a decidir se os homens com um PSA elevado devem fazer biópsia. «Não há dúvidas de que fazer uma biópsia direcionada aumenta a eficiência da amostra e a deteção da doença significativa, ao mesmo tempo que reduz a deteção da doença não significativa», afirmou.

Sobre a hormonoterapia e o que se pode esperar desta terapêutica falou **Bertrand Tombal, diretor do Serviço de**

Uro-Oncologia da Universidade Católica de Lovaina, na Bélgica.

Para este especialista, a mensagem mais importante é que, «atualmente, não há motivos para se utilizarem fármacos hormonais em monoterapia no carcinoma da próstata». «Exemplifiquemos com três grupos de doentes: os que têm doença muito localizada não necessitam de hormonoterapia; nos homens com elevação isolada do PSA após tratamento local, a hormonoterapia não apresenta qualquer benefício, sendo melhor começar por utilizar novos métodos de imagem na tentativa de identificar metástases; e, finalmente, nos casos de doença avançada e localmente avançada devemos associar a hormonoterapia a outros tratamentos, como a radioterapia, a quimioterapia ou a abiraterona.» A partir de vários estudos, este urologista belga



retira a ideia de que, «cada vez mais, a hormonoterapia será um tratamento de *background* e de combinação, e não o principal».

Olhares otimistas sobre o futuro

O PROSCA 2017 contou com a participação de Karim Fizazi, diretor do Serviço de Oncologia do Instituto Gustave Roussy, em Villejuif, França, que versou sobre a atualidade dos inibidores do recetor de androgénios. Este orador realçou as mais recentes evidências extraídas dos ensaios LATITUDE, que liderou, e STAMPEDE, segundo os quais se pode esperar «uma melhoria significativa na sobrevivência livre de progressão de doença e na sobrevivência global, quando se recorre ao acetato de abiraterona numa fase mais inicial do cancro da próstata».

Para este oncologista, o tratamento *standard* para a doença metastizada passa por castração mais acetato de abiraterona, ou castração mais docetaxel. Mas, com base nos resultados do en-

saio clínico PEACE-1, que coordena, Karim Fizazi está a tentar perceber até que ponto é necessário acrescentar docetaxel à castração, mais acetato de abiraterona, no tratamento da doença metastizada. «É importante seguir com este ensaio, porque talvez fiquemos a saber que aplicar três tratamentos será melhor do que dois.»

A última intervenção do PROSCA 2017 ficou a cargo de **Maria José Ribal, diretora da Unidade de Uro-Oncologia do Hospital Clínic de Barcelona**, que se mostrou satisfeita por abordar um tema de formato «livre», com os olhos postos no futuro da Urologia. «Nós, médicos, estamos tão acostumados a só fornecer dados que, por vezes, esquecemos a parte mais filosófica da nossa profissão.» Um dos pontos-chave da sua preleção foi o prognóstico, que a própria arriscou, de que será comum os homens ultrapassarem os 100 anos em 2050 e que, se assim for, a taxa de carcinoma da próstata será de... 100%.



Segundo a urologista, é necessário que os médicos acompanhem este aumento da esperança média de vida e «mudem o *chip*, para que possam oferecer mais tratamentos, além dos paliativos, a pessoas que, aos 75 anos, ainda podem aspirar a viver outros 30». A terminar, porque Portugal foi o anfitrião deste evento, Maria José Ribal realçou a necessidade de reforçar os laços ibéricos. ■

Curso Uro+: webinar de Urologia para médicos de família

Tratando-se de uma formação pós-graduada em Urologia, o Curso Uro+ dirige-se a especialistas e internos de Medicina Geral e Familiar (MGF), sendo composto por seis módulos, quatro deles já decorridos entre abril e julho deste ano. Transmitido *online*, em formato de *webinar* em direto, através da plataforma de educação médica Dr. Share (www.drshare.pt), este curso conta com a coordenação científica de Avelino Fraga, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António e presidente do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos, e Carlos Martins, professor auxiliar no Departamento de Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e coordenador do Centro de Medicina Geral e Familiar da CUF Porto Instituto.

Os módulos 5 e 6 vão decorrer a 30 de setembro e 21 de outubro, respetivamente, entre as 10h00 e as 13h00. O formador do módulo 5, que vai abordar a patologia urológica maligna e a controvérsia relacionada com o rastreio do carcinoma da próstata, será Pedro Nunes, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Já o módulo 6 terá como formadora **Vanessa Vilas Boas, urologista no Hospital de Vila Franca de Xira**, e versará sobre os quistos renais, dando também lugar à revisão dos módulos prévios e ao teste de avaliação final.

Os módulos 3 e 4 foram ministrados nos dias 27 de maio e 1 de julho, respetivamente, também por Vanessa Vilas Boas, e contaram com uma assistência média de 1 000 médicos. O módulo 3



dividiu-se em duas partes. Na primeira, abordou-se a hiperplasia benigna da próstata (HBP), uma das patologias mais frequentes no contexto da MGF. Entre as dúvidas mais comuns, destacaram-se as relacionadas com o toque retal. «Por questões de tempo e de confiança, muitos especialistas em MGF não fazem o toque retal por rotina», adverte Vanessa Vilas Boas, considerando que este exame é «obrigatório numa primeira avaliação do doente com HBP». A segunda parte incidiu sobre disfunção erétil. «O mais importante foi o esclarecimento da abordagem terapêutica e de aspetos relacionados com a atividade sexual e o risco cardiovascular destes doentes», sublinha a formadora.

O módulo 4 também foi constituído por duas partes. Uma delas, sobre urofluxometria, não estava programada e surgiu a partir do «interesse revelado pela audiência relativamente à interpretação deste exame utilizado na investigação de sintomas do



trato urinário inferior associados a HBP», explica a palestrante. Já prevista, a outra parte foi dedicada à abordagem de patologias urológicas frequentes na urgência de MGF, nomeadamente as infeções do trato urinário, a prostatite e a cólica renal.

Luís Abranches Monteiro, urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, foi o formador dos módulos 1 e 2. O módulo inicial, lecionado no dia 1 de abril, versou sobre a terapêutica da litíase renal e as normas de orientação clínica da Direção-Geral da Saúde quanto às infeções urinárias. Ministrado no dia 29 de abril, por sua vez, o módulo 2 abordou a incontinência urinária e a bexiga hiperativa. Numa análise aos módulos em que foi formador, este urologista destaca o sucesso do formato *webinar*. «É como se fosse um mega-anfiteatro, mas as pessoas assistem aos cursos no conforto das suas casas, sem grandes esforços e gastos, e de um modo interativo.» ■

Rui Alexandre Coelho

Em busca de consensos ibéricos no tratamento do cancro da próstata



Alguns dos participantes num momento de convívio na zona histórica de Guimarães

O surgimento de novas indicações para a utilização de quimioterapia e agentes hormonais foi o tema em destaque na 3.ª Reunião Ibérica de Cancro da Próstata, que juntou urologistas portugueses e espanhóis em Guimarães, nos dias 30 de junho e 1 de julho.

Sandra Diogo

«A semelhança das anteriores, esta reunião promoveu a partilha de experiências e o diálogo sobre as últimas tendências no tratamento do cancro da próstata hormonossensível», sintetiza Carlos Guimarães, urologista no Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães e coordenador desta edição. Tendo em conta os avanços conseguidos nos últimos anos, os critérios de utilização das terapêuticas têm vindo a ser redefinidos várias vezes por ano, «pelo que urge uma constante atualização dos médicos que acompanham estes casos».

O primeiro dia de trabalhos teve início com a apresentação de Paulo Azinhais, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, sobre os doentes com cancro da próstata metastizado hormonossensível com indicação para fazer quimioterapia (QT). Tendo por base os resultados dos estudos CHAARTED (*Chemo-Hormonal therapy vs. Androgen Ablation Randomized Trial for Extensive Disease in prostate cancer*) e STAMPEDE (*Systemic Therapy in Advancing or Metastatic Prostate Cancer: Evaluation of Drug Efficacy: A Multi-Stage Multi-Arm Randomised*

Controlled Trial), publicados em 2015, este orador sublinhou que «os doentes com elevada carga metastática, diagnosticados de novo e hormonossensíveis têm indicação para fazer QT associada a hormonoterapia, com ganhos de sobrevivência global bastante elevados».

Na opinião de Paulo Azinhais, «estes dados, nunca antes vistos em termos de benefício em Oncologia, vêm revolucionar as indicações que existiam até agora, na medida em que certos fár-

macos utilizados na fase de resistência à castração estão a migrar para a fase hormonossensível». Além disso, as dúvidas envolvendo estes doentes «estão longe de ser resolvidas, já que a divulgação de outros projetos de investigação sobre estes mesmos doentes revelou que têm indicação para novos agentes hormonais, nomeadamente o acetato de abiraterona, com ganhos de sobrevivência semelhantes».

Estratégias de combate ao CPRCm

A intervenção de Pedro Monteiro, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz, visou esclarecer o que fazer em caso de deteção de metástases não ósseas durante o tratamento com o radio 223. Frisando que a comunidade médica está a assistir a um momento fraturante quanto ao tratamento dos doentes com cancro da próstata resistente à castração e metastizado (CPRCm), o urologista ressaltou que, durante muitos anos, estes casos foram tratados de forma mais ou menos estereotipada, atrasando um pouco a progressão clínica da doença, mas sem oferecer grande benefício em termos de sobrevivência. «Felizmente, isso está a mudar e, de acordo com o que temos visto em trabalhos publicados nos últimos meses, quanto mais cedo utilizarmos os novos agentes disponíveis, melhor será o resultado», alertou.

Sobre o rádio 223, Pedro Monteiro afirmou que parece tratar-se de um fármaco que se pode utilizar integrado num tratamento com mais de uma vertente. Portanto, «as outras opções que prolongam a vida do doente, sejam elas taxanos ou os novos agentes para o eixo androgénico, também devem ser consideradas, tanto antes como depois, já que têm um bom perfil de segurança e, com certeza, virão a demonstrar benefícios». ■

UROLOGIA IBÉRICA A «UMA SÓ VOZ»

Para Arnaldo Figueiredo, presidente da Associação Portuguesa de Urologia, um dos momentos altos da 3.ª Reunião Ibérica de Cancro da Próstata foi a sessão dedicada à definição de alguns consensos de seguimento e tratamento, que permitam aos urologistas portugueses e espanhóis falar a uma só voz e «assumir o papel nuclear desta especialidade no acompanhamento dos doentes com cancro da próstata metastizado». Este tema, que continuará a ser debatido em encontros futuros, surgiu na sequência de uma reunião entre urologistas e oncologistas, que teve lugar em Saint Gallen, na Suíça, em abril deste ano. «Trouxemos o assunto para a discussão entre os dois países e concluímos que temos a mesma visão sobre os procedimentos a adotar, nomeadamente quando o doente deve realizar exames complementares de diagnóstico e quando valorizar ou não as pequenas metástases», explica José Manuel Cózar, presidente da Asociación Española de Urología.

Forte intervenção nacional no Congresso da SIU 2017

Fazendo jus ao seu papel de anfitriões, 17 urologistas portugueses vão intervir no 37.º Congresso da Société Internationale d'Urologie (SIU), que vai decorrer no Centro de Congressos de Lisboa, entre 19 e 22 de outubro, como preletores ou moderadores de sessões. Falámos com três deles para traçar uma antevisão sobre alguns assuntos que estarão em análise.

Rui Alexandre Coelho



Carlos Silva

No primeiro dia do Congresso, 19 de outubro, realizar-se-á o Simpósio da Associação Lusófona de Urologia, entre as 13h00 e as 17h00. Um dos temas em análise nesta sessão será a bexiga hiperativa (BH) e Carlos Silva, urologista no Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto, vai abordá-lo no contexto das terapêuticas de segunda linha, ou seja, vai discutir se o melhor tratamento para a BH refratária é a toxina botulínica ou a neuromodulação sagrada. Este especialista antecipa que «é possível controlar a maior parte dos casos de BH com terapêuticas conservadoras, incluindo medidas comportamentais e fármacos como os anticolinérgicos ou a nova classe dos agonistas beta-3 adrenérgicos».

Porém, quando os doentes não respondem a este tipo de terapêuticas, configurando casos de BH refratária, o urologista no CHSJ identifica duas alternativas: «Uma é a injeção intravesical de toxina botulínica; outra é a neuromodulação sagrada, através da implantação de um estimulador nas raízes sagradas.» Antecipando a sua comunicação, Carlos Silva revela que vai abordar os resultados do estudo ROSETTA (*Refractory Overactive bladder: Sacral neuromodulation vs. botulinum Toxin Assessment*).



Ricardo Leão

«Nenhuma terapêutica foi inequivocamente superior à outra. A toxina botulínica apresenta resultados estatisticamente significativos, mas, na prática, podem não se traduzir num maior benefício clínico.» No fundo, ressalva, a grande mensagem é que «atualmente, ambas são alternativas mais eficazes no contexto da BH refratária, mas ainda não é possível identificar com segurança qual a melhor técnica para cada doente».

Células rebeldes e dilemas na disfunção erétil

Também no primeiro dia do 37.º Congresso da SIU vai decorrer o simpósio da World Urologic Oncology Federation (entre as 7h00 e as 12h45), que propõe a discussão de temas no âmbito da uro-oncologia. Um dos palestrantes será Ricardo Leão, urologista formado no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que, neste momento, desenvolve a atividade clínica no Princess Margaret Cancer Center, em Toronto, além de fazer investigação no The Hospital for Sick Children. «Células estaminais cancerígenas da próstata» será o tema da preleção deste urologista que, até agora, é o único português selecionado para o *Uro-oncology Fellowship* da Society of Urologic Oncology da American Urological Association, um dos programas de formação mais reputados em Urologia a nível internacional.

Ricardo Leão explica que «estas células, também designadas células iniciadoras tumorais, têm propriedades de proliferação e autorrenovação, com capacidade de reconstituir um tumor idêntico ao de origem». E acrescenta: «Crucial é o facto de estas células constituírem um reservatório celular que, pelas suas características, lhes confere resistência a diferentes terapêuticas.» Posto isto, o que



Pepe Cardoso



se pretende é descobrir marcadores que permitam identificar estas células estaminais cancerígenas e, depois, saber quais as vias de sinalização que usam, de modo a descobrir alvos terapêuticos específicos. «No futuro, eventualmente, teremos uma terapêutica dupla que nos permitirá alvejar as células diferenciadas do carcinoma da próstata, mas também células estaminais que, pelas suas propriedades, poderão ser a razão da resistência à terapêutica e a causa da doença progressiva», antevê Ricardo Leão.

No último dia do Congresso, 22 de outubro, das 11h30 às 13h00, terá lugar a sessão conjunta entre a SIU e a International Society for Sexual Medicine (ISSM), que vai traçar o estado da arte nesta área. Um dos oradores será Pepe Cardoso, urologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora, que vai abordar a dicotomia da reabilitação peniana versus reabilitação sexual pós-tratamento do carcinoma da próstata – «um tema controverso e que precisa de alguns consensos».

Também membro do Comité Executivo da ESSM, Pepe Cardoso lembra que «há doentes sujeitos a cirurgias, seja por via clássica (aberta) ou laparoscópica (clássica ou robótica), em que podem agravar uma disfunção erétil já existente ou passar a tê-la». Nesse sentido, a reabilitação peniana é insuficiente. «Há que corrigir também os fatores de risco e não esquecer a vertente psicogénica relacionada com a patologia oncológica ou com o desenvolvimento desta disfunção. Portanto, existe toda uma envolvente que inclui a parceira e aconselha não só a reabilitar/tratar a disfunção erétil, mas também a reabilitar o homem a vários níveis.» ■

Estágios em Espanha, Bélgica e França

Com o suporte financeiro da APU, diversos internos reforçam a sua aprendizagem com estágios em centros de referência internacional. Seguem-se os relatos dos estágios de Maria José Freire, em Espanha, e de Nuno Ramos, na Bélgica e em França.

MARIA JOSÉ FREIRE

Interna de Urologia no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

«A pesar da formação de altíssima qualidade que me é diariamente proporcionada pelo Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, tive a oportunidade de complementar o meu processo de aprendizagem no Serviço de Urologia e Transplante Renal do Hospital Clínic de Barcelona, em Espanha, durante o mês de novembro de 2016. Este tem sido considerado, consecutivamente, dos melhores hospitais espanhóis, sendo o Serviço de Urologia um centro de referência europeu, com especial vocação para a uro-oncologia, a cirurgia minimamente invasiva (laparoscópica, robótica e NOTES [cirurgia endoscópica transluminal por orifícios naturais]) e a transplantação renal. Trata-se do Serviço com maior número de transplantes realizados em adultos na Catalunha, tendo sido efetuados, no ano passado, 159 transplantes renais, dos quais 42 com dadores vivos.

Tive contacto com cirurgias reconstrutivas (ureteropieloplastias laparoscópicas, uretroplastias,

colocação de próteses penianas e esfíncteres urinários artificiais), mas a grande maioria do volume cirúrgico era de âmbito uro-oncológico. Nesse contexto, pude observar e ajudar na realização de cistoprostatectomias radicais com vários tipos de derivação urinária, cirurgia renal avançada por via laparoscópica com visão 3D, prostatectomias radicais robóticas, entre outras. No que diz respeito à transplantação renal, a extração de rim de dador vivo por via vaginal, assim como a realização de transplante renal robótico, cirurgia extremamente inovadora realizada em poucos centros a nível mundial, foram, sem dúvida, experiências fantásticas e mais-valias para a minha formação de urologista.

Para além do exposto, as reuniões científicas multidisciplinares diárias foram também uma componente importante de formação. Assim, recomendo vivamente este estágio, tanto por ser realizado num centro de excelência, como pela vivência numa cidade extraordinária que tanto tem



Maria José Freire com Antonio Alcaraz, diretor do Serviço de Urologia e Transplante Renal do Hospital Clínic de Barcelona

a oferecer. Estou muito grata ao meu Serviço, pelo incentivo e oportunidade de realizar este estágio, e à APU, pelo apoio financeiro concedido.»

NUNO RAMOS

Interno de Urologia no Hospital Garcia de Orta, em Almada



Nuno Ramos (ao centro) com Mathieu Mozzarella (interno de Urologia do Centro Hospitalar De Wallonie, em Tournai, na Bélgica), Renaud Bollens (tutor do estágio), Suraj Suchak (fellow) e Mohamed Baghdadi (fellow) – da esq. para a dta.

«De janeiro a março de 2017, realizei um estágio de cirurgia laparoscópica urológica no Centro Hospitalar de Wallonie, no Centro Hospitalar EpiCURA – polos de Hornu e Ath, na Bélgica, e no Centro Hospitalar Regional Universitário de Lille, em França. A formação foi promovida pelo Belgian

Laparoscopic Urology Group (BLUG) e decorreu sob a orientação do Dr. Renaud Bollens, urologista internacionalmente conceituado na área da cirurgia laparoscópica.

O primeiro mês consistiu numa aprendizagem essencialmente teórica, na qual o Dr. Renaud Bollens descreveu em pormenor os passos das cirurgias e partilhou os “tips and tricks” indispensáveis para o sucesso cirúrgico. Nos dois meses seguintes, houve uma integração progressiva nas cirurgias, com a execução de diversos passos e grau de complexidade crescente, sendo possível a realização de múltiplos procedimentos por via laparoscópica, com destaque para: promontofixação, prostatectomia radical, Millin, nefrectomia radical, nefrectomia parcial e pieloplastia desmembrada. Tive ainda oportunidade de assistir a cirurgias menos comuns, nomeadamente a neurectomia do nervo pudendo.

A possibilidade de gravar as cirurgias com áudio permite ao interno a sua revisão diária e a autoanálise crítica, contribuindo para uma evolução da aprendizagem constante. Além disso, no final de

cada cirurgia, a prestação do interno é cuidadosamente avaliada, por forma a garantir a autonomia na execução futura. Tive também a oportunidade de conhecer colegas de outras nacionalidades que também realizaram o *fellowship*, o que possibilitou debater não só o processo de aprendizagem, mas também as diferenças na prática clínica nos diversos países. Foi especialmente surpreendente conhecer a realidade da Urologia praticada do Médio Oriente e no Sudoeste Asiático.

O acompanhamento dos internos transcende o bloco operatório e a atividade clínica. A integração na cidade de Ath e a deslocação para os hospitais é realizada pelo Dr. Bollens, o que permite a troca de ideias, experiências e conhecimentos. Há preocupação com bem-estar do *fellow*, as suas expectativas e metas atingidas. No final, é feito um balanço do estágio e são propostas algumas inovações.

Devo um especial agradecimento ao Dr. Renaud Bollens, assim como ao Serviço de Urologia do Hospital Garcia de Orta e à Associação Portuguesa de Urologia, pelo apoio prestado, possibilitando a concretização deste estágio.» ■

Suporte avançado de vida no Módulo VII da Academia de Urologia



Uma formação teórico-prática em suporte avançado de vida será a base do Módulo VII da Academia de Urologia, que vai decorrer nos dias 10 e 11 do próximo mês de novembro, no Centro de Simulação Biomédica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

Rui Alexandre Coelho

Orientado para o meio intra-hospitalar, o Módulo VII da Academia de Urologia visa, sobretudo, «prevenir situações de falência, passíveis de paragem cardiorrespiratória», sublinha o seu coordenador, **Paulo Martins, que é intensivista e responsável pela Unidade de Gestão Intermédia da Urgência e Medicina Intensiva do CHUC**. O curso inicia-se, na tarde do dia 10, com uma rápida abordagem teórica percorrendo tópicos como prevenção de paragem cariorrespiratória (PCR), suporte básico de vida, algoritmo de suporte avançado de vida (SAV) e cuidados pós-reanimação (ver caixa). «Vamos ensinar o que fazer quando nos deparamos com um doente em PCR em função dos ritmos cardíacos, da situação clínica do doente e das comorbilidades que ele tem», avança Paulo Martins, que é também professor na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC). O resto da tarde vai ser ocupado por «bancas» práticas de identificação de ritmos de paragem e segurança na desfibrilhação, treino de suporte básico de vida e aprendizagem da permeabilização da via aérea.

No dia seguinte, após os formandos terem aprendido como atuar em situações periparagem (taquiarritmias, bradiarritmias e alterações gasométricas), vão treinar diferentes situações clínicas em contexto de PCR usando manequins próprios para o efeito. Para isso, serão constituídas equipas de três elementos em que cada formando, à vez, será líder de equipa de reanimação, conduzindo o processo até à recuperação do pulso. O restante tempo do curso será dedicado ao treino prático de cenários clínicos simulados de PCR, «Ao todo, são cerca de 50 cenários clínicos diferentes, que vamos selecionar em função das situações e que permitem, de uma forma prática, compreender a atuação nas diferentes etapas da paragem cardiorrespiratória», sublinha Paulo Martins.

Atuar nas diferentes fases da PCR

Segundo o coordenador da formação, «é também importante saber como atuar em contexto pós-paragem», ou seja, saber o que fazer para prevenir a recorrência da PCR. Neste curso, que



é dirigido a internos de Urologia e será eminentemente prático, está prevista a participação de 18 formandos, que «serão divididos por grupos de três, de modo a facilitar a transmissão dos conhecimentos», informa o coordenador, sublinhando que «os formadores são clínicos com extensa experiência prática aliada a uma vertente didática desenvolvida na sua atividade como docentes da FMUC». A carga horária é de 14,5 horas distribuídas por uma tarde (10 de novembro) e um dia completo (11 de novembro). O tempo para apreender a diversidade de conteúdos relacionados com o SAV «é curto e terá de ser rentabilizado ao máximo». Por isso, Paulo Martins reforça a necessidade de os internos terem uma preparação prévia, pelo que será dado acesso à bibliografia do curso por antecedência. «Assim, no momento de treinarem a parte prática, os formandos já terão as bases teóricas», acredita o intensivista.

Antes do encerramento, entre as 17h15 e as 18h40 do dia 11 de novembro, chegará o momento de pôr à prova os conhecimentos apreendidos durante a formação, através de uma avaliação prática em SAV e um teste de escolha múltipla. Para serem aprovados no Módulo VII da Academia de Urologia, os alunos terão de obter uma avaliação positiva em mais 75% das perguntas colocadas. ■

QUEM E O QUÊ

Oradores:

- **Nuno Devesa, intensivista no Serviço de Medicina Interna do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e adjunto da Direção Clínica do CHUC;**
- **Catarina Monteiro, intensivista no Serviço de Medicina Intensiva do CHUC;**
- **Paula Casanova, intensivista e responsável pelo Internato no Serviço de Medicina Intensiva do CHUC;**
- **Marco Simões, internista a cumprir formação em Medicina Intensiva no CHUC.**

Temas:

Teóricos: prevenção da paragem cardiorrespiratória (PCR); síndromes coronárias agudas; suporte básico de vida intra-hospitalar; algoritmo de suporte avançado de vida (SAV); cuidados pós-reanimação; ética, decisões de não reanimação e luto.

Práticos: demonstração de caso clínico de PCR com *team leader*; reconhecimento de ritmos; desfibrilhação; via aérea; ritmos de PCR; treino de casos clínicos de SAV; taquicardia, cardioversão e fármacos; gasimetria; bradicardia, *pacemaker* e fármacos.

ALEXANDRE LINHARES FURTADO



«Sempre tive vontade de avançar com a transplantação renal»

Inauguramos esta nova rubrica, que visa reconstituir a história da Urologia portuguesa através das memórias de ex-diretores de serviço e ex-presidentes do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos, com uma entrevista a Alexandre Linhares Furtado. Dos 44 anos dedicados aos Hospitais da Universidade de Coimbra, 36 deles como diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal (entre 1967 e 2003), o cirurgião salienta o desenvolvimento da transplantação, não fosse ele o líder da equipa que realizou o primeiro transplante de rim em Portugal, no tórrido dia 20 de julho de 1969.

Marisa Teixeira e Sandra Diogo

Iniciou a sua atividade médica em Cirurgia Geral, mas, em 1967, assumiu a direção do Serviço de Urologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC). Como surgiu essa oportunidade?

Enquanto cirurgião, com frequência me pediam colaboração em cirurgias *major* de várias outras áreas, nomeadamente no âmbito da Urologia. E, por grave carência nesta especialidade, as entidades académicas e hospitalares solicitaram-me que aceitasse suceder ao Prof. Morais Zenith, prestes a jubliar-se. Coloquei algumas condições prévias: estadia em Londres durante alguns meses para estudo e observação em Urologia, e abandono do projeto se, ao fim de um mês, a Urologia não satisfizesse o meu interesse cirúrgico. Neste caso,

voltaria ao plano de aprofundar a minha preparação em cirurgia cardiovascular, para o qual me havia sido concedida uma bolsa pela Fundação Calouste Gulbenkian. Agradaram-me as realidades e potencialidades da Urologia que se praticava em Londres. Passados seis meses de largo convívio científico e técnico no Instituto de Urologia de Londres e em vários outros hospitais, e de um período de dois meses em visitas a vários outros centros da Grã-Bretanha, regressei a Portugal e assumi a direção do Serviço de Urologia dos HUC.

Como descreve o Serviço de Urologia dos HUC nessa altura?

Estava muito ultrapassado em termos cirúrgicos. As instalações eram péssimas, ainda no velho

edifício de São Jerónimo. Fomos melhorando o Serviço e conseguimos uma alteração estrutural importante – a constituição de um pequeno bloco operatório, onde se fazia toda a cirurgia avançada da altura. Aí iniciei, por exemplo, os autotransplantes renais para correção de anomalias vasculares causadoras de hipertensão arterial, cirurgia *ex-vivo*, grande cirurgia dos cálculos coraliformes, cirurgia dos cálculos pluriformes, cirurgias do refluxo vesicorrenal, reimplantação de ureteres, novas técnicas de vasectomia, prostatectomia radical, entre outros procedimentos.

No dia 20 de julho de 1969, uma equipa cirúrgica liderada por si realizou o primeiro transplante de rim de dador vivo

em Portugal. Que condições tiveram de ser criadas para que tal acontecesse?

Sempre tive vontade de avançar com a transplantação renal. Um aparelho oferecido na época pela Fundação Calouste Gulbenkian permitiu-nos a criação de uma pequena unidade de diálise no Serviço de Urologia. Entretanto, surgiu a hipótese de transplantar um doente que tinha uma irmã disposta a doar-lhe um rim. Portugal não dispunha de nenhum laboratório que efetuasse estudos de histocompatibilidade, pelo que foi necessário recorrer ao Serviço do Prof. Traeger, em Lyon, França, onde se realizaram a tipagem e o *cross-match* do par dador-recetor. Foi também neste centro que se preparou o soro antilinfocitário administrado ao recetor. Procedi à colheita da linfa do doente, diretamente do canal torácico, enviando-a para Lyon, que posteriormente nos enviou o soro antilinfocitário preparado a partir dos linfócitos do recetor. Estas foram condições da maior relevância técnico-científica, a par de muitas outras de mais fácil resolução, embora essenciais.

Foi um procedimento polémico para a época...

Esta colheita de rim em dador vivo foi precedida de acesa discussão com vários juristas. Segundo alguns, a colheita de um órgão para transplantação não era permitida legalmente. Um parecer jurídico considerava que essa ofensa corporal (a cirurgia é uma «ofensa corporal») acarretaria uma sanção de oito anos de prisão! No meio desta grande discussão, um distinto jurista apoiou-me, por considerar aquela posição desajustada ao tempo, o que seria levado em consideração. E avançámos com o transplante. Seguiu-se um interregno longo, devido a uma conjunção infeliz de vários fatores. Em 1976, certamente por pressão de personalidades médicas envolvidas na problemática dos transplantes. Surgiu a primeira lei que, em Portugal, permitiu a colheita de órgãos vitais em cadáver para transplantação.

O cenário político e económico do país na década de 1970 também obstou o desenvolvimento da transplantação?

Efetivamente, Portugal estava muito atrasado em relação aos outros países europeus. Grande parte dos doentes que precisavam de diálise iam realizá-la a Espanha, o que se traduzia em pesados sacrifícios familiares e encargos financeiros (suportados pelo erário público e pela Fundação Calouste Gulbenkian). As transplantações no estrangeiro representavam pesadelos adicionais importantes e, em Portugal, não sobravam as boas vontades

«No final dos anos de 1960, o Serviço de Urologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra estava muito ultrapassado em termos cirúrgicos e as suas instalações eram péssimas. Depois, fomos melhorando e conseguimos constituir um pequeno bloco operatório, onde se fazia toda a cirurgia avançada da altura»

para o reinício dos transplantes! Entretanto, por pressão médica e sob a alçada do Ministério da Saúde, foi criada a Comissão Nacional de Diálise e Transplantação, a que presidi durante cinco anos. Com base num documento que eu elaborara tempos antes, esta Comissão produziu um relatório que gerou um conjunto de ações decisivas, como a criação dos Centros de Histocompatibilidade e uma rede nacional de centros de diálise.

Só em 1980 avançaram para novo transplante, desta vez com rim de dador cadáver...

Exatamente. No fim dos anos de 1970, começámos a preparar o programa de transplantação renal de dador cadáver: constituiu-se a equipa cirúrgica; organizaram-se os protocolos de manutenção do

cadáver, da colheita de rins, dos cuidados pós-operatórios e da imunossupressão; selecionou-se o material cirúrgico, de perfusão e de preservação; e iniciou-se o treino da colheita em cadáver no Instituto de Medicina Legal. No dia 29 de junho de 1980, realizámos nos HUC a primeira colheita de rins em cadáver e, no dia seguinte, a primeira transplantação com um deles, que foi um êxito. Enviei o outro rim para o Dr. João Pena, de Lisboa, com o qual iniciou o programa de transplantação renal do Hospital da Cruz Vermelha, igualmente bem sucedido.

Em 1987, o já designado Serviço de Urologia e Transplantação Renal foi transferido para o novo Hospital da Universidade de Coimbra. Esse foi um passo importante?

Sem dúvida. A diálise passou a realizar-se no Serviço de Nefrologia, criado na altura, e a transplantação renal prosseguiu em bom ritmo. Durante muitos anos, não houve mais nenhum Serviço de Urologia a fazer transplantação em Portugal. Os urologistas dos HUC sentiam-se bem com esse facto, perceberam que era uma maneira de aperfeiçoarem as suas capacidades técnicas e científicas, com grande responsabilidade. E a sua evolução foi de tal ordem que ali se praticaram também as transplantações hepática, pancreática e intestinal. Os meus colaboradores tornaram-se capazes de efetuar a colheita de fígado, tecnicamente a mais complexa. Após o termo das minhas funções hospitalares, em 2003, estes profissionais continuaram a dar um contributo ímpar para as colheitas de órgãos nos HUC e o Prof. Arnaldo Figueiredo introduziu a colheita laparoscópica de rim de dador vivo, o que revela o desenvolvimento técnico adquirido e me deixa muito satisfeito. ■

NOTAS BIOGRÁFICAS

- Alexandre Linhares Furtado nasceu nos Açores, em Fajã de Baixo, São Miguel, no dia 22 de agosto de 1933;
- Licenciou-se pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, com a nota final de 18 valores;
- Doutorou-se pela mesma Universidade em 1965, com a dissertação «Regeneração hepática experimental – alguns aspectos cirúrgicos», com a classificação de 19 valores;
- Dirigiu o Serviço de Urologia e Transplantação Renal dos Hospitais da Universidade de Coimbra entre 1967 e 2003, ano em que se jubilou;
- Presidiu a Associação Portuguesa de Urologia entre 1980 e 1984;
- Foi o primeiro presidente da Sociedade Portuguesa de Transplantação e da Comissão Nacional de Diálise e Transplantação.

O «gosto puro» pela fotografia



Há cerca de 25 anos que Paulo Rebelo alimenta o seu «gosto puro» pela fotografia, como chama à atividade que lhe ocupa grande parte do tempo para além da Urologia, a sua grande paixão. Quando convidado a inverter papéis, o urologista no Centro Hospitalar Tondela-Viseu/Hospital de São Teotónio (CHTV/HST) escolheu o belo e sereno Caramulhão (topo da Serra do Caramulo) para ser fotografado pela objetiva do *Urologia Actual*. Já de férias e em véspera de uma viagem aos Açores, que preparou minuciosamente do ponto de vista fotográfico, o entrevistado fala sobre este seu *hobby* que o faz andar sempre à procura do mais sublime e natural registo.

Rui Alexandre Coelho

Paulo Rebelo tem as prioridades bem definidas e faz questão de as partilhar logo no início da nossa conversa. «Claro que a Medicina, em concreto a Urologia, é a minha primeira paixão. Não há dúvidas sobre isso, gosto muito da minha profissão», refere, com evidente convicção. Nascido na Covilhã há 53 anos, este urologista no CHTV/HST desde 1989 dedica boa parte do tempo que lhe sobra à fotografia, atividade que leva muito a sério.

Adepto sobretudo de paisagens, o urologista não se cansa de procurar a imagem perfeita,

envolvendo-se em façanhas como percorrer as ruas de Zambujeira do Mar pelas duas da manhã, em busca do momento ideal para fotografar a Via Láctea, enquanto a sua família boceja no carro, numa espera impaciente; ou acordar a meio da noite para fotografar o Lago Nahuel Huapi iluminado pela primeira luz solar, em Bariloche, na Patagónia argentina. «Àquela hora, seis e meia da manhã, o lago estava um espelho completo», diz-nos, mostrando no seu *tablet* um dos registos desta aventura **(1)**, que foi selecionado para exibição digital na Galeria 6mas1, em Madrid, no

âmbito do seu concurso internacional *Black and White*. Outro reconhecimento ao seu trabalho fotográfico foi uma menção honrosa na 8.ª Maratona Fotográfica da FNAC de Viseu, que decorreu sob o tema «A essência do Caramulhão» **(2)**.

Para onde quer que vá, Paulo Rebelo leva a máquina fotográfica porque nunca sabe em que lugar terá de «pedir licença à família para parar o carro, montar o tripé, apontar a objetiva, disparar e retomar o caminho». Sair da estrada para fotografar uma paisagem é algo que faz com frequência, tal como «andar para cima e para baixo na montanha».

REGISTOS DE PAULO REBELO



UROLOGIA SEMPRE EM PRIMEIRO LUGAR

Paulo Rebelo nasceu na Covilhã, em 1964, onde viveu e estudou até aos 18 anos. Em 1982, entrou na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, concluindo o curso em 1988. Um ano depois, mudou-se para Viseu, a fim de realizar o Internato Geral e o Internato de Urologia no Hospital de São Teotónio. Em 1997, acompanhou a transição do antigo hospital para o novo, agora integrado no Centro Hospitalar de Tondela-Viseu. Um ano depois, obteve o grau de assistente hospitalar; em 2007, assistente graduado; e, em 2012, tornou-se consultor de carreira médica hospitalar. Atualmente, é também coordenador da Unidade de Urologia do Hospital CUF Viseu.

Durante a entrevista que concedeu ao *Urologia Actual*, Paulo Rebelo atendeu algumas vezes o telemóvel para dar resposta a solicitações hospitalares, apesar de estar de férias e prestes a viajar para os Açores. «A minha família diz-me para desligar o telemóvel, mas não sou capaz. Há sempre alguém que precisa de mim. É mesmo assim: em primeiro lugar está a Urologia», reitera.

Mas um dos momentos que jamais esquecerá viveu-o na Gralheira, uma aldeia do concelho de Cinfães, quando fotografava uma chega de bois (3). «Estava a cerca de 20 metros dos animais, com duas máquinas penduradas ao pescoço, quando um dos bois, um "monstro" com cerca de 500 quilos, se assustou e começou a correr na minha direção. Quando o vi aproximar-se, saltei por cima da vedação, das mesas, das cadeiras, das pessoas... Aquilo é que foi correr», recorda o urologista, suspirando de alívio por ter «salvado a própria pele» e, também muito importante, as máquinas fotográficas.

Sem saudade da era analógica

A fotografia é um passatempo que exige dedicação. Há todo um processo pré, durante e pós-produção que «dá gozo» a Paulo Rebelo, tal como aproveitar o melhor que a tecnologia mais recente tem para dar. Por exemplo, na preparação de viagens, recorre a aplicações como a PhotoPills e a Sun Surveyor para se orientar a nível fotográfico, permitindo-lhe obter informações como o nível de luz existente num determinado local, onde o sol

nasce e se põe, qual o melhor acesso, etc.

Enquanto conversamos, o urologista licenciado pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra recorre frequentemente ao *tablet* para mostrar os resultados do seu passatempo. É nesse dispositivo, através do *Lightroom Mobile*, um programa de edição de fotografia, que reúne e gere o seu portefólio. «Esta é uma ferramenta fantástica – está tudo sincronizado com o computador de casa, de modo que posso importar as fotografias e trabalhá-las em qualquer local», explica.

Paulo Rebelo ainda vivenciou o fim da era analógica. A sua primeira máquina fotográfica, comprada antes do nascimento da filha Inês, hoje com 24 anos, foi uma Canon 1000 FN. Aquando da construção da sua casa, chegou inclusive a preparar uma divisão para revelar fotografias a preto e branco. Até colocou um interruptor que ligava uma luz vermelha à entrada, para não ser incomodado quando estivesse no interior do que seria o seu laboratório, mas nunca chegou a utilizar essa divisão como tal. A culpa foi do «comboio digital» que entretanto apareceu e o urologista não deixou passar. «Reconheço que as máquinas antigas captam imagens espetaculares, para quem gosta de trabalhar a fotografia analógica, mas, neste momento, não tenho nenhuma. Não cultivo a saudade», afirma.

Fotógrafo autodidata

Enquanto fotógrafo, Paulo Rebelo considera-se um autodidata, apesar de ter frequentado alguns cursos. «É um gosto que tenho vindo a desenvolver cada vez mais. Essencialmente, leio muito sobre o tema e faço muita fotografia.» Referências na área tem várias. Dentro de fronteiras, aprecia o talento de Joel Santos, que foi considerado o melhor fotógrafo de viagens em 2016, conquistando o prémio máximo da competição internacional *Travel Photographer of the Year*, bem como os



O urologista tem três máquinas fotográficas. Com esta Canon EOS 5D MARK III gosta de fotografar paisagens, atividades desportivas e fazer retratos

de Miguel Silva, fotógrafo de Viseu, e Rui Palha, de Lisboa, que considera «*street photographers* espetaculares». Lá de fora, admira a fotografia de paisagem do francês Serge Ramelli ou do britânico Jimmy McIntyre e não resiste em fazer uma vénia ao brasileiro Sebastião Salgado. «Acho que é um dos melhores fotógrafos na vertente a preto e branco. Tenho várias obras dele.»

Além do trabalho alheio, Paulo Rebelo também aprecia o seu, o que nem sempre acontece na relação entre artista e sua arte. «Gosto de todas as minhas fotografias porque todas representam um bocadinho de mim», justifica. Para o urologista, «a fotografia é um gosto puro, nada mais», pelo que não tenciona obter qualquer rentabilidade com esta atividade, nem agora nem no futuro. O que ambiciona, isso sim, é ter tempo para dar mais uso à Fuji X-Pro2, a sua atual máquina fotográfica de viagens, e de vencer algum dos concursos em que vai participando. ■

PORTEFÓLIO ONLINE

Porque estas singelas duas páginas não nos permitem mostrar mais exemplos do talento de Paulo Rebelo, sugerimos que conheça o seu trabalho fotográfico nos seguintes endereços online:

- **Photocrowd** (<https://www.photocrowd.com/photographer-community/5642>)
- **500px** (<https://500px.com/prprebelo>)
- **Gurushots** (<https://gurushots.com/prprebelo/photos>)
- **Instagram** (<https://www.instagram.com/paulo.rebelo.photography>)

