EDIÇÃO ESPECIAL DO X CONGRESSO DA APNUG

INCONTINENTIA

Revista oficial da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (APNUG) N.º 2 | Ano 2 | Novembro 2015



O X Congresso da APNUG (Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia), que decorre de 19 a 21 de novembro, no Eurostars Oásis Plaza Hotel, na Figueira da Foz, tem o objetivo de continuar a reforçar as relações entre os vários profissionais de saúde dedicados a estas matérias. Este ano, estão em foco temas controversos ao nível do diagnóstico e da cirurgia (pág.9), e outros menos debatidos nas edições anteriores, como a gestão clínica em unidades de uroginecologia (pág.7) ou o papel dos microbiotas na patologia vesical (pág.10). A vertente formativa (pág.4 e 15) continua a ser uma grande aposta e traz novidades, como o sistema de televoto e os cursos invertidos, em que os formadores são os próprios formandos

APNUG EM FASE DE MATURAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

ma das palavras de ordem desta associação científica tem sido, desde sempre, a multidisciplinaridade. Os médicos das especialidades envolvidas na criação da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (APNUG) – Urologia, Ginecologia e Medicina Física e de Reabilitação – têm sido os mais presentes nas nossas atividades e, mais recentemente, também os cirurgiões gerais se aproximaram, devido a questões como a incontinência fecal ou as doenças retais do pavimento pélvico.

Todavia, há cada vez mais profissionais de saúde com interesse em estreitar laços com a APNUG, como é o caso de neurologistas, especialistas em Medicina Geral e

Familiar, fisioterapeutas e enfermeiros,

entre outros. Um sinal de que esta associação científica está pronta para atingir um patamar mais elevado, sendo fundamental o reforço da multidisciplinaridade. Para tal, pretendemos realizar reuniões e ações de formação ainda mais abran-

gentes, que sejam úteis a profissionais das mais variadas áreas.

> Temos recebido mostras de que o interesse nestas ma

térias é cada vez maior, com o sucesso, por exemplo, do 2.º Congresso Português de Urosexopatia Neurogénia, em novembro de 2014, ou do Curso APNUG em Urodinâmica, no passado mês de abril, patente no número de inscrições, que atingiram mais do dobro das vagas. Portanto, precisamos de fazer mais e ir mais além.

Aproveito também para salientar a aposta da APNUG no fortalecimento das relações com sociedades científicas congéneres e na internacionalização. Em outubro último, participámos no Curso de Neurourologia da SINUG (Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uro Ginecología), que decorreu na Corunha. Além disso, o próximo Congresso da SINUG vai realizar-se no Porto, em junho de 2016. Estas ações fazem parte de um projeto comum destas duas sociedades científicas. Aliás, temos o intuito de realizar cada vez mais iniciativas conjuntas.

Por outro lado, recentemente, a APNUG e a Associação Portuguesa de Urologia candidataram-se para acolher o encontro anual da International Continence Society (ICS) em 2019. Não fomos bem-sucedidos desta vez, mas teremos, com certeza, mais oportunidades. A APNUG está mais viva e ativa do que nunca, e assim vai continuar!

Este X Congresso Nacional da APNUG é mais uma prova da abertura a diferentes áreas da Medicina, com uma clara aposta na Medicina Geral e Familiar, que, paulatinamente, se mostra cada vez mais interessada nas temáticas da uroginecologia. Esclarecimento, formação e partilha de conhecimentos e preocupações são objetivos primordiais deste Congresso. Aproveitem e participem ativamente!

L'ligne

LUÍS ABRANCHES MONTEIRO Presidente da APNUG

SUMÁRIO.....

- **4** Destaques das atividades mais dirigidas à Medicina Geral e Familiar no X Congresso da APNUG
- **6** Soluções de futuro no tratamento da síndrome de bexiga hiperativa
- **7** Gestão clínica em unidades de uroginecologia
- **8** Atualização sobre fístulas perineais e pélvicas

- **9** Controversias em diagnóstico, reabilitação e cirurgia
- **10** Microbiotas na patologia vesical: uma fronteira a explorar?
- 11 Medicina baseada na evidência versus cirurgia baseada na experiência
- 12 Fisiopatologia, diagnóstico e tratamento da síndrome dolorosa vesical
- **13** Técnicas cirúrgicas para o prolapso apical grave
- 14 Formação, gestão e qualidade em patologia do pavimento pélvico
- **15** Cursos sobre correções de lacerações perineais, urodinâmica e cirurgia em uroginecologia

FORMAÇÃO ESPECÍFICA PARA A MGF AO LONGO DE TODO O CONGRESSO

Cursos, apresentação de comunicações livres, atribuição de prémios e simpósios da indústria farmacêutica fazem parte do X Congresso da APNUG, no qual se integra, no dia 20 de novembro, o 3.º Congresso Shared Care em Patologia do Pavimento Pélvico, dirigido à Medicina Geral e Familiar (MGF). Mas a maior novidade são os cursos invertidos, nos quais serão os formandos a fazer as palestras e os formadores a assistir.

LUÍS GARCIA

ois cursos pré-congresso decorrem em simultâneo, no dia 19 de novembro, entre as 15h00 e as 19h00: Incontinência Urinária (sala Mondego II) e Prolapso dos Órgãos Pélvicos (sala Mondego III). O programa de ambas as sessões foi desenhado do modo mais abrangente possível, com vista a permitir uma revisão completa destes temas.

Os tópicos abordados no Curso de Incontinência Urinária abrangem desde a fisiopatologia, da semiologia e dos exames complementares de diagnóstico até ao tratamento de primeira linha, à cirurgia da incontinência urinária de esforço e às complicações e recidivas. Já no Curso de Prolapso dos Órgãos Pélvicos, além da fisiopatologia, classificação e diagnóstico, será apresentado o tratamento conservador, as cirurgias dos compartimentos anterior, apical e poste-

rior, e ainda as complicações e recidivas destas técnicas.

Embora não inovem nos temas, estes dois cursos, dedicados especialmente a internos, apresentam um formato inovador. Pela primeira vez num congresso da APNUG, os sete subtemas de cada curso serão apresentados por três formandos, preferencialmente um interno de Urologia, outro de Ginecologia e Obstetrícia e um terceiro de Medicina Física e Reabilitação (MFR), que foram selecionados previamente pelos coordenadores dos cursos, provenientes de diversos hospitais do País.

Cada apresentação será avaliada através de televoto pelo júri (ponderação de 70%) e pela audiência (30%) e o autor da melhor preleção de cada subtema fará nova apresentação no dia seguinte, na sala Mondego II, nas sessões «O ABC da incontinência urinária» (10h00

às 11h30) e «O ABC do prolapso dos órgãos pélvicos» (11h45 às 13h15), que são dirigidas aos participantes do Congresso Shared Care e à restante audiência. Também neste caso haverá lugar a televoto, embora com uma ponderação diferente: as opiniões do júri valerão 40% e as da audiência 60%. O vencedor de cada uma das duas sessões ganhará um prémio de 500 euros.



O Dr. Alexandre Lourenço, presidente da Comissão Organizadora do X Congresso da APNUG, espera que o novo modelo dos cursos seja «divertido, muito mais interativo e didático». «A repetição de temas permite uma aquisição de conhecimentos mais aprofundada, até porque são apresentados por três pessoas diferentes, o que possibilita a comparação de abordagens. E o facto de serem os próprios internos a apresentarem os temas e a votarem nas apresentações



CURSOS INVERTIDOS EM NÚMEROS

- 14 temas compõem o Curso de Incontinência Urinária e o Curso de Prolapso dos Órgãos Pélvicos (7 em cada)
- 42 formandos vão fazer apresentações sobre estes temas
 (21 em cada curso e 3 em cada tema)
- 8 minutos é o tempo atribuído a cada apresentação, seguidos de 2 minutos de discussão
- 14 formandos (7 de cada curso) serão selecionados para repetir a sua apresentação nas sessões «O ABC da incontinência urinária» e «O ABC do prolapso dos órgãos pélvicos», que também abordam
 7 tópicos
- 500 euros é o valor do prémio para os dois vencedores melhor apresentação de cada uma das duas áreas



obriga-os a estudarem previamente e a estarem mais atentos aos pormenores», explica o ginecologista-obstetra no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de

Santa Maria (CHLN/HSM).

Opinião semelhante tem o Dr. Miguel Ramos, coordenador do Curso de Incontinência Urinária, que destaca a importância da discussão no final de cada apresentação. «Este debate servirá para todos aprenderem um pouco mais sobre cada tema. Estudar os assuntos é muito importante, mas também interessa ter noção das prioridades, o que nem sempre é fácil de perceber a partir dos livros»,

COMUNICAÇÕES LIVRES NO ÚLTIMO DIA DO CONGRESSO

No dia 21 de novembro, das 10h00 às 11h30, na sala Mondego II, decorrerá uma apresentação de comunicações científicas selecionadas, denominada de «Prata da Casa». Ao todo, serão apresentados 50 trabalhos, sob a forma de póster, no X Congresso da APNUG – «um bom número para a área da uroginecologia», de acordo com Alexandre Lourenço.

Destes pósteres, os melhores oito serão selecionados para comunicação oral a apresentar na sessão «Prata da Casa», na qual serão submetidos a televoto. O autor da melhor comunicação receberá o maior prémio atribuído, até hoje, pela APNUG: a participação (com inscrição, viagem e alojamento pagos) no 31st Annual European Association of Urology (EAU) Congress, que decorrerá entre 11 e 15 de março de 2016, em Munique, Alemanha; ou no 41st Annual Meeting of the International Urogynecological Association (IUGA), que terá lugar na Cidade do Cabo, África do Sul, de 2 a 6 de agosto de 2016.

refere o urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António.

Por sua vez, a Dr.ª Alexandra Henriques, coordenadora do Curso de Prolapso dos Órgãos Pélvicos, salienta o recurso ao televoto, com uma representação gráfica automática no final das sessões, para «apimentar» a competição saudável entre os formandos. Esta ginecologista-obstetra no CHLN/HSM considera também importante o facto de os vencedores dos cursos terem oportunidade de transmitir os seus conhecimentos aos médicos de MGF, uma vez que «é importante que todas as áreas envolvidas na uroginecologia trabalhem em consonância, para que seja feita a referenciação dos doentes certos no momento correto»

SIMPÓSIOS-SATÉLITE E CASOS CLÍNICOS

Também integrados no Congresso Shared Care em Patologia do Pavimento Pélvico decorrerão dois simpósios-satélite. O primeiro no dia 20 de novembro, entre as 9h00 e as 10h00, na sala Mondego II, é promovido pela Astellas e tem como tema «Bexiga hiperativa: soluções de futuro?» (ver texto da página 6). Os palestrantes serão a Dr.ª Alexandra Henriques; o Dr. Pedro Nunes, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; e

a Dr.ª Manuela Mira Coelho, especialista em MFR no Hospital de Braga.

«Perspetiva multidisciplinar em infeções do trato urinário: a visão do ginecologista, do urologista e do clínico geral» será o tema do simpósio-satélite organizado pela Angelini, também no dia 20 de novembro, entre as 14h00 e as 15h30, na sala Mondego II. Esta sessão será moderada pela Dr.ª Alexandra Pauthier, nefrologista e diretora clínica da Angelini, e contará com a participação do Dr. Frederico Carmo Reis (urologista na Unidade Local de Saúde de Matosinhos/Hospital Pedro Hispano), da Dr.ª Isabel Canelas (ginecologista no Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo) e do Prof. Luiz Santiago (médico no Centro de Saúde de Eiras, em Coimbra).

Ao simpósio-satélite da Angelini segue-se uma sessão de apresentação de casos clínicos sobre patologia do pavimento pélvico com particular interesse para a MGF, das 15h30 às 17h30. Estas experiências clínicas serão partilhadas pela Dr.ª Fernanda Filipe, especialista em MFR no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de Curry Cabral; pelo Dr. Frederico Carmo Reis e pela Dr.ª Rita Lermann, ginecologista-obstetra no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures. ©



esfera das ideias

Esta publicação está escrita segundo as regras do novo Acordo Ortográfico

Esfera das Ideias, Lda. Campo Grande, n.º 56, 8.º B, 1700 - 093 Lisboa Tel.: (+351) 219 172 815 • Fax: (+351) 218 155 107 geral@esferadasideias.pt • www.esferadasideias.pt

Colaborações: João Paulo Godinho

Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)
MKT e Publicidade: Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)
Redação: Ana Rita Lúcio, Luís Garcia e Marisa Teixeira
Fotografía: Ruí Jorge • Design/paginação: Susana Vale

SOLUÇÕES DE FUTURO NO TRATAMENTO DA BEXIGA HIPERATIVA











Dr.ª Manuela Mira Coelho

«Bexiga hiperativa: soluções para o futuro?» Esta é a questão que dá nome ao simpósio-satélite promovido pela Astellas, que decorrerá no dia 20 de novembro, entre as 09h00 e as 10h00, na sala Mondego II.

MARISA TEIXEIRA • • • •

fisiopatologia e a abordagem inicial ao doente com síndrome de bexiga hiperativa (SBH) serão enfatizadas pela Dr.ª Alexandra Henriques, ginecologistaobstetra no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e uma das oradoras deste simpósio. «Trata-se de um tema complexo, uma vez que esta patologia pode advir de diferentes causas, muitas delas reversíveis, daí a importância de escolher a terapêutica mais adequada para cada situação», sublinha esta especialista. E acrescenta: «Há que discernir bem os doentes que beneficiam apenas de terapia comportamental, aqueles que não necessitam de medicação ou que podem até piorar, e os que certamente melhoram com a sua administração.»

O aparecimento dos novos agonistas dos recetores beta-3 adrenérgicos, como o mirabegrom, contribuiu para avanços consideráveis no tratamento da SBH, pois apresentam menos efeitos secundários, comparativamente aos anticolinérgicos. «O facto de o mirabegrom não ter sintomatologia associada, como xerostomia, xeroftalmia, obstipação ou alterações cognitivas, é muito vantajoso», argumenta Alexandra Henriques.

Da mesma opinião é o Dr. Pedro Nunes, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra: «Considero que o mirabegrom é uma mais-valia no

armamentário terapêutico para a SBH, porque tem um perfil de tolerabilidade mais adequado», evidencia. De referir que as guidelines da American Urology Society, de 2014, e da European Association of Urology, de 2015, já posicionam o mirabegrom como terapêutica de primeira linha no tratamento da SBH.

Sendo a SBH uma disfunção que envolve um sistema biomecânico complexo, modulado por múltiplos sistemas neuronais com vários níveis de integração, a Dr.ª Manuela Mira Coelho, especialista em Medicina Física e de reabilitação, no Hospital de Braga, recorda que não é fácil repor este equilíbrio intervindo apenas num dos pontos de rutura do sistema. «A abordagem funcional, ao fornecer novas aferências sensitivas, novas coordenadas comportamentais, vai facilitar a reorganização neuronal deste processo, sendo, atualmente, a primeira linha desta abordagem», refere. E adianta: «Esta incide basicamente em duas vertentes: a referente ao comportamento miccional e a que intervém diretamente no mecanismo de incontinência.»

Apesar de a «maior parte dos estudos referir vantagem desta abordagem relativamente à terapêutica farmacológica, a sua associação poderá potenciar bastante os resultados», em particular nas situações mais graves. Referindo-se especificamente ao mirabegrom, esta oradora afirma que, «poderá ser vantajosa a sua utilização nos doentes mais idosos, dada a ausência de efeitos cognitivos ou compromisso da contractilidade do detrusor». Ao longo deste simpósio-satélite vão também ser abordadas outras terapêuticas, como a utilização da toxina botulínica em segunda ou terceira linhas - mais invasiva, mas eficaz -, e outras alternativas futuras que estão ainda em investigação. 🤝

DADOS DE PREVALÊNCIA

- Na Europa, cerca de 17% da população acima dos 40 anos sofre de síndrome
- Em Portugal, um estudo conduzido pelo Servico de Epidemiologia da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), referente à população não institucionalizada, revelou que a prevalência de sintomas indicativos de SBH é ligeiramente superior nos homens (35,1%), em relação às mulheres (29,4%)2

¹Milsom I et al. BJU International 2001;87(9):760-6

²FMUP, «Prevalência e tratamento de incontinência urinária na população portuguesa não institucionalizada», http://www.apurologia.pt/pdfs/estud-epidem-incont-08.pdf, 2008

GESTÃO CLÍNICA EM UNIDADES DE UROGINECOLOGIA

Dedicado a especialistas e coordenadores de unidades, diretores de serviço e àqueles que eventualmente poderão assumir esses cargos, vai realizar-se um momento de *brainstorm* intitulado «Gestão clínica em unidades de uroginecologia», na sala Arouca, entre as 14h00 e as 19h00 de 19 de novembro.

MARISA TEIXEIRA

ada vez se fala mais na gestão de unidades de saúde, sendo que, na maioria dos casos, esta é feita por administradores hospitalares sem ligação direta à área clínica, o que dá origem a erros grosseiros e a uma enorme incapacidade em comunicar adequadamente». Palavras do Dr. Alexandre Lourenço, ginecologista-obstetra no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e presidente deste X Congresso da APNUG, que convidou o Prof. Joaquim Sarmento, docente no Instituto Superior de Economia e Gestão da Universidade de Lisboa, para coordenar consigo este workshop.

De acordo com Alexandre Lourenço, que tem a Competência em Gestão de Serviços de Saúde da Ordem dos Médicos, o objetivo é apresentar duas perspetivas. «O Prof. Joaquim Sarmento falará sobre as funções de um gestor de forma mais global e eu focarei o ponto de vista clínico. Queremos dinamizar esta sessão, desafiando os presentes a elaborarem um hipotético plano de ação, tendo em conta todos os aspetos abordados.»

O intuito desta iniciativa é fornecer instrumentos de gestão aos médicos que trabalham nesta área, para que possam construir indicadores que lhes permitam estabelecer planos, dentro de cada serviço, com o intuito de melhorar a sua qualidade e prestação. Alexandre Lourenço frisa que «as unidades devem planear as suas atividades para alcançarem melhores taxas de cura e menores complicações, e isso obriga a investigar, a estudar e a saber gerir».

«A intenção é que deste workshop possa sair um documento que enumere objetivos de gestão, possíveis indicadores e métodos de trabalho, passível de ser apresentado no último dia do Congresso, na sessão "O Ouro da Casa: formação, gestão e qualidade em patologia do pavimento pélvico"», revela o ginecologista-obstetra.

DOMINAR CONCEITOS ESSENCIAIS

Para que a gestão de serviços de saúde seja bem-sucedida, há conceitos fundamentais a reter, que são transversais a qualquer organização. Joaquim Sarmento sublinha que, inicialmente, tem de se definir qual a missão a que se propõe a entidade em causa, para, posteriormente, serem estabelecidos os objetivos estratégicos e operacionais. «Confundem-se diversas vezes "estratégia" e "tática", mas são conceções distintas. A estratégia responde ao "onde" e a tática ao "como". Portanto, depois de se definir onde se quer estar, tem de se refletir em como lá chegar.»

Os objetivos operacionais medem-se somente por *outputs* e os estratégicos principalmente por *outcomes*, embora possam ser também avaliados em termos de *outputs*. «Um *output* pode ser o número de cirurgias realizadas por dia ou a taxa de utilização do bloco operatório; já o número de reincidências da cirurgia ou o número de rejeições de um determinado aparelho colocado para impedir a incontinência urinária são *outcomes*», exemplifica o economista.

O passo seguinte, segundo Joaquim Sarmento, é a definição dos indicadores estratégicos e operacionais que deve obedecer a um conjunto de regras, incluindo fiabilidade, simplicidade e mensurabilidade, o facto de não serem onerosos e estarem ligados, obviamente, aos objetivos propostos.

Além disso, Joaquim Sarmento avança que, «primeiro, devem ser delineados os indicadores estratégicos e, em seguida, define-se, para cada um deles, um ou mais indicadores operacionais». E acrescenta: «Isto na fase de conceção, pois, já em execução, devem ser medidos os indicadores operacionais e, por sua vez, aferir-se o indicador estra-



Dr. Alexandre Lourenço



Prof. Joaquim Sarmento

tégico.» Estes são temas com alguma complexidade, mas, segundo este especialista em Gestão, muito pertinentes para esta discussão no X Congresso da APNUG, na qual serão também abordadas questões relativas à má interpretação de alguns conceitos, como o custo marginal, a diferença entre eficiência e eficácia ou o custo de oportunidade, entre outros.

ORIGENS E SOLUÇÕES PARA FÍSTULAS PERINEAIS E PÉLVICAS

As diversas facetas do problema das fístulas estarão em discussão na mesa-redonda «Fístulas perineais e pélvicas», que decorre a 20 de novembro, entre as 10h00 e as 11h30, na sala Mondego III.

JOÃO PAULO GODINHO • • • • • •



Dr.ª Ana Formiga

s múltiplas causas das fístulas perineais e pélvicas, a necessidade de dar uma resposta multidisciplinar e as consequências físicas e psicológicas nos doentes dão expressão a esta sessão. O tema será abordado no âmbito da cirurgia colorretal, da Ginecologia, dos traumatismos do parto e dos problemas urológicos que, por vezes, exigem uma intervenção abrangente.

A moderação desta mesa estará a cargo da Dr.ª Ana Formiga, cirurgiã geral no Centro Hospitalar de Lisboa Central/ /Hospital de Santo António dos Capuchos (CHLC/HSAC), e da Dr.ª Vanessa Vilas-Boas, urologista no Hospital de Vila Franca de Xira. Os oradores são o Dr. Alexandre Lourenço, ginecologista--obstetra no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, que irá falar sobre as lesões obstétricas e ginecológicas; o Dr. João Varregoso, urologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora, cuja palestra incidirá nas fístulas pélvicas; e o Prof. João Pimentel, chefe de serviço de Cirurgia Geral no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e diretor do Centro de Coloproctologia de Coimbra, que refletirá sobre o ponto de vista do coloproctologista nas fístulas pélvicas e perineais.

A diversidade de questões nesta sessão aproxima-se da diversidade de causas que podem estar na génese destas fístulas. De acordo com Ana Formiga, entre as origens mais comuns, estão «os traumatismos, nomeadamentos os resultantes do parto, embora possam surgir por acidente ou violência sexual; as doenças inflamatórias do intestino e as infeções (doença de Crohn e diverticulites); os tumores malignos anorretais, uterinos ou da bexiga, bem como a radioterapia utilizada no tratamento destes tumores, ou complicações de cirurgias colorretais, ginecológicas ou do sistema urinário».

Além do aspeto físico, as fístulas, ao condicionarem perdas fecais e de urina, interferindo na atividade social, poderão ser responsáveis por problemas psicológicos e de foro sexual. Para a cirurgiã, é crucial chamar a atenção para o estigma frequentemente associado a estas zonas do corpo. «Muitas vezes, os doentes não transmitem ao médico o que se passa por vergonha», refere. Deste modo, a premência e a complexidade das fístulas criam, no entender de Ana Formiga, um novo paradigma de resposta: «É necessária uma equipa multidisciplinar para conseguir tratar da melhor forma.»



Ao Prof. João Pimentel irá caber uma intervenção focada nas fístulas anorretais e pélvicas, com um olhar atento sobre as novas técnicas de tratamento. «Dentro do tema das fístulas anorretais, vou falar das técnicas atuais de conservação dos esfíncteres anais», sublinha o especialista, enumerando-as: «Retalhos a deslizamento, colas biológicas, aplicação de plugs anais e ainda a LIFT (sigla em inglês para ligation of intersphincteric fistula tract), em que se identifica e laqueia o trajeto fistuloso no espaço entre os dois esfíncteres, para não haver lesão de nenhum deles.» No entanto, o desenvolvimento da tecnologia aponta também como caminho terapêutico a «utilização de células estaminais ou derivados biológicos, com os quais se consegue criar um produto para selar o trajeto fistuloso».



Prof. João Pimentel

Defensor de uma abordagem que evite cortar o doente, face ao risco de sequelas, João Pimentel irá ainda abordar as fístulas pélvicas, nomeadamente as retovaginais e as retouretrais. Nas retovaginais dará particular ênfase às surgidas no contexto da doença de Crohn. «Com os métodos mais recentes, consegue-se uma razoável taxa de sucesso neste tipo de fístulas. Não tanto como se fossem de etiologia traumática, mas os resultados são atualmente francamente melhores», garante. A combinação entre o tratamento médico (com novos agentes biológicos) e a cirurgia será, assim, defendida como a estratégia de futuro para elevar a taxa de sucesso no tratamento das fístulas surgidas no contexto daquela doença. 🤝

CAUSAS DE FÍSTULAS

- Traumatismos obstétricos resultantes do parto:
- Outros traumatismos: violência sexual ou acidentes;
- Complicações de cirurgias colorretais, ginecológicas e do aparelho urinário;
- Infeções;
- Doenças inflamatórias intestinais;
- Tumores malignos;
- Complicações pós-radioterapia.

CONTROVÉRSIAS NO DIAGNÓSTICO E NO TRATAMENTO

Quatro debates vão colocar frente-a-frente especialistas com posições contrárias em questões controversas no diagnóstico, na reabilitação e na cirurgia de problemas do foro uroginecológico. As quatro sessões decorrem no dia 20 de novembro, na sala Mondego III: as controvérsias no diagnóstico e na reabilitação serão discutidas entre as 14h15 e as 15h45, ao passo que as opções cirúrgicas estarão «em disputa» entre as 16h30 e as 18h00.

LUÍS GADCIA

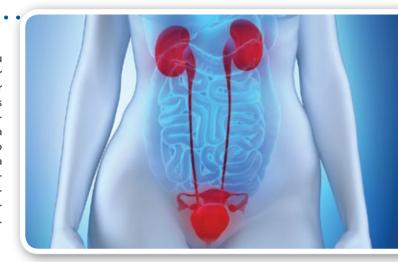
O modelo será semelhante para cada debate: após uma ou duas questões submetidas à audiência, que responde por televoto, cada contendedor terá 15 minutos para defender a sua posição sobre o tema e lançar duas ou três questões ao adversário, seguindo-se mais cinco minutos para responder às perguntas dos moderadores. No final, haverá lugar a novo televoto para decidir quem ganhou o debate. Segundo Alexandre Lourenço, presidente da Comissão Organizadora do X Congresso da APNUG, foram convidados médicos de diferentes especialidades, com perspetivas e posições marcadamente distintas, embora seja natural que, para dar maior colorido à discussão, extremem um pouco mais as suas posições. «Muitas vezes, a solução está no meio-termo», admite.

■ EXAME URODINÂMICO POR ROTINA ANTES DA CIRURGIA INICIAL DO PROLAPSO DO COMPARTIMENTO ANTERIOR OU DA INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO

O primeiro debate colocará frente-a-frente a Dr.ª Liana Negrão, ginecologista-obstetra no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra/Maternidade Bissaya Barreto, e o Dr. Rui Sousa, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Beatriz Ângelo (HBA), em Loures. Segundo Alexandre Lourenço, trata-se de dois especialistas com experiência na realização do exame urodinâmico, embora com visões distintas sobre a sua utilidade: Liana Negrão defenderá a realização desta técnica antes de qualquer cirurgia inicial do prolapso do compartimento anterior ou da incontinência de esforço; ao passo que Rui Sousa advogará a sua limitação a casos especiais. «A maior parte dos especialistas considera a urodinâmica útil, não para fazer o diagnóstico, mas para ajudar no tratamento. No entanto, muitos dos que a consideram útil não a realizam devido ao seu elevado custo», sublinha Alexandre Lourenço.

■ A REABILITAÇÃO DO PAVIMENTO PÉLVICO É UMA PEÇA ESSENCIAL NA ABORDAGEM INICIAL DO PRO-LAPSO E/OU DA INCONTINÊNCIA DE ESFORÇO?

Em casos de prolapso ou incontinência de esforço, as opiniões tendem a divergir deste modo, segundo Alexandre Lourenço: «Muitos cirurgiões pensam que enviar a doente para a Medicina Física e de Reabilitação [MFR] é uma perda de tempo, mas os especialistas em MFR acham que a reabilitação do pavimento pélvico pode resolver muitas situações.» Neste debate, a Dr.ª Isabel Pereira, especialista em MFR no Hospital Prof. Doutor Fernando da Fonseca, na Amadora, vai defender a utilidade da reabilitação do pavimento pélvico no tratamento inicial do prolapso e da incontinência de esforço, tendo como «adversá-



rio» o Dr. José Cardoso de Oliveira, urologista no Hospital do Espírito Santo de Évora.

■ CIRURGIA DE PRIMEIRA ESCOLHA NA INCONTINÊN-CIA URINÁRIA DE ESFORÇO — TRANSOBTURADOR VERSUS MINISLING

No terceiro debate, estarão em confronto a cirurgia de transobturador (a técnica mais utilizada em Portugal) e o *minisling* (procedimento emergente, mas já muito usado em diversos países). O Dr. Paulo Príncipe, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, defenderá a primeira técnica, e a Dr.ª Ana Luísa Ribeirinho, ginecologista-obstetra no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, que também conta com uma ampla experiência com transobturadores, apresentará as vantagens do *minisling*. Alexandre Lourenço espera um debate interessante: «Podemos fazer os *minislings* em ambulatório, com anestesia local, o que reduz os custos. Já os transobturadores obrigam a epidural, a internamento, a um bloco operatório mais equipado e à presença de um anestesista.»

CIRURGIA INICIAL DO PROLAPSO GRAU 3-4: TECIDOS NATIVOS VERSUS PRÓTESES

Usar prótese ou tecidos nativos no prolapso grave? Esta é a questão que dará mote ao último debate. Os preletores serão o Dr. João Colaço (ginecologista-obstetra no Hospital de Cascais Dr. José de Almeida), «acérrimo defensor dos tecidos nativos, com bons resultados», e a Dr.ª Bercina Candoso (ginecologista-obstetra no Centro Hospitalar do Porto/Maternidade de Júlio Dinis), que «é exímia na colocação de redes, com poucas complicações e que, por isso, defenderá a sua utilização», refere Alexandre Lourenço. \bigcirc

OPINIÃO UM NOVO PAPEL PARA AS BACTÉRIAS NO APARELHO URINÁRIO



DR. LUÍS ABRANCHES **MONTEIRO**

- Urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, e presidente da APNUG
- · Preletor da conferência «Os microbiotas na patologia vesical - uma fronteira por explorar?» (20 de novembro, entre as 15h45 e as 16h15, na sala Mondego III)

iá uma convicção generalizada que as bactérias que existem no nosso organismo não têm apenas efeitos negativos e que, sem a sua parasitação, não podemos viver, mas sempre se acreditou que a urina era absolutamente estéril. Contudo, estudos recentes demonstram

que a urina estéril tem bactérias ou alguns componentes bacterianos que, de alguma forma, também nos ajudam.

Por outro lado, também haverá bactérias - ou certos produtos da sua degradação, como proteínas bacterianas e até material genético das bactérias - que podem ser responsáveis por doenças da bexiga que, habitualmente, não lhes atribuímos, ou seja, doenças não infeciosas induzidas por bactérias. De facto, há estudos que apontam para a responsabilidade que algumas bactérias podem ter em doenças tão afastadas da infeção urinária, como a cistite intersticial ou até as neoplasias da bexiga.

Há muito tempo que existem situações que não percebemos bem, como, por exemplo, as doenças inflamatórias da bexiga terem uma relação com as infeções. Porém, muitos doentes dizem que foi desde que tiveram uma infeção que começaram as queixas. Essas confusões poderiam ser do próprio doente, mas, quando se ouvem as mesmas confusões várias vezes, temos de pensar que pode não ser bem assim.

Efetivamente, temos de nos preparar para rever a nossa perceção sobre o papel das bactérias no aparelho urinário. Esta nova perspetiva vem reforçar a ideia de que uma bactéria na urina não quer dizer infeção, nem necessidade de tratamento. E isto pode ser muito importante para travar a prescrição de antibióticos a pessoas sem reais infeções. Em suma, não há que ceder ao hipertratamento e ao que pode vir a ser um problema de saúde pública.

DOS ESTUDOS À PRÁTICA CLÍNICA

O papel das bactérias no aparelho urinário tem sido cada vez mais estudado, como o provam os artigos publicados no ano passado e já em 2015, bem como o debate deste tema no último Congresso da International Continence Society (ICS). em outubro passado. A crescente atenção às mais recentes descobertas científicas neste tema promete mudar a prática clínica no futuro da patologia vesical.

O reconhecimento da importância dos microbiotas na patologia vesical pode, assim, representar um breakthrough, não só por admitirmos que há bactérias que não fazem mal, mas também por tentarmos perceber melhor a génese de algumas doenças. Em certa medida, se conseguirmos identificar quais são as bactérias cujos produtos resultam, de facto, na cistite intersticial, por exemplo, se calhar, um dia poderemos ter uma atitude preventiva nesta área. As consequências de conhecermos melhor dividem-se, pois, em duas direções, mas ambas com o mesmo destino: saber sempre mais para ajudar o doente. 🤝

.... CHAMAR A ATENÇÃO PARA A INCONTINÊNCIA NEUROLÓGICA

sessão «Highlights em Neurourologia», que decorre no dia 20 de novembro, entre as 11h45 e as 13h15, na sala Mondego III, vai evidenciar os principais temas do Congresso de Neurourologia e Uroginecologia. De acordo com o Dr. Luís Abranches Monteiro, um dos oradores, os debates deste Congresso centrar-se-ão «na incontinência, nas doenças do pavimento pélvico, na incontinência fecal, nas fístulas retovaginais, vesicovaginais e urinárias e também na neurourologia».

Esta sessão, que conta ainda com as intervenções do Dr. Paulo Temido, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, e do Dr. Paulo Príncipe, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, enfatiza a ideia de um congresso virado para a incontinência, seja ela fecal, de origem ginecológica ou neurogénica. A génese das incontinências neurológicas será outro tema a merecer uma chamada especial de atenção no evento, graças ao apoio que a Associação Portuguesa de Urologia (APU) e a APNUG têm dedicado a esta área.

Apontando a abordagem às perturbações vesicais de doenças neurológicas, que são menos conhecidas do público em geral, Luís Abranches Monteiro antecipa, igualmente, uma reflexão particular sobre «a esclerose múltipla, a doença de Parkinson e as doenças degenerativas do sistema nervoso central» nesta sessão. «Os oradores vão incidir, fundamentalmente, sobre a fisiopatologia, a clínica e algumas formas terapêuticas deste tipo de doenças», conclui o presidente da APNUG. 🗘 JOÃO PAULO GODINHO

EVIDÊNCIA OU EXPERIÊNCIA?

Medicina baseada na evidência ou cirurgia baseada na experiência em uroginecologia? Ambas as visões estarão em debate no dia 21 de novembro, entre as 11h45 e as 12h30, na sala Mondego III.

LUÍS GARCIA • • • • • • • • • • •

importância da ciência, enquanto linguagem mais adequada para descrever os fenómenos biológicos, é consensual. Daí o crescente relevo atribuído à prática da Medicina baseada na evidência, como explica um dos oradores, Prof. António Vaz Carneiro, diretor do Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. «A realidade clínica gira em torno do conceito de causalidade e este processo é descrito da maneira mais eficaz através de processos científicos.»

Por sua vez, o outro preletor desta sessão, Dr. Alexandre Lourenço, ginecologista-obstetra no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, defende que este modelo é facilmente seguido num contexto médico, mas raramente aplicável no plano cirúrgico. «É simples quantificar os dados de um estudo sobre a eficácia de um medicamento para a hipertensão, em que medimos os resultados nos doentes que tomaram o fármaco e naqueles que não o tomaram. No entanto, na Cirurgia, é difícil fazê-lo, porque, muitas vezes, não estamos a comparar as técnicas, mas sim cirurgiões ou equipas com diferentes graus de experiência, o que resulta no enviesamento dos estudos», sublinha.

Alexandre Lourenço defende que, na uroginecologia, «é mais importante ter pessoas com capacidade para tomar decisões baseadas na experiência do que guidelines baseadas na escassa literatura». Por isso, considera que não se devem tirar «conclusões absolutas a partir de um estudo, porque é válido principalmente para o ambiente em que foi feito. Um cirurgião diferente, com técnicas e materiais ligeiramente distintos, pode ter resultados contrários», refere.

António Vaz Carneiro admite o perigo do enviesamento: «Em bom rigor, não se pode comparar dois cirurgiões e é muito difícil reclamar a major eficácia de um procedimento em relação a outro, uma vez que a cirurgia depende mais das capacidades técnicas do cirurgião - e em certos casos também dos cuidados póscirúrgicos - do que da evidência médica.» Mas este orador recusa-se a descartar totalmente os estudos: «A boa prática clínica assenta na combinação harmoniosa entre uma relação próxima com os doentes, conhecimento científico o mais detalhado possível, experiência pessoal e respeito pela vontade do doente.»

Segundo a Prof.ª Teresa Mascarenhas, coordenadora da Unidade de Uroginecologia do Centro Hospitalar de São João, no Porto, e moderadora desta sessão, em conjunto com o Dr. Luís Abranches Monteiro, tem de existir um equilíbrio. «Apesar da grande variabilidade que envolve as intervenções complexas, como a cirurgia uroginecológica, temos de ir além da experiência de cada cirurgião», evidencia. Na sua opinião, tem de se recorrer a estudos aleatorizados, que englobem um maior número de centros cirúrgicos e de doentes, bem como estudos aleatorizados de *clusters*, para



Prof. António Vaz Carneiro



Dr. Alexandre Lourenço



Prof.ª Teresa Mascarenhas

evitar efeitos de contaminação. Porém, Teresa Mascarenhas realça que «todos estes estudos são difíceis de implementar, pela sua complexidade». «Podemos melhorar a experiência coletiva e o registo sistemático de resultados, numa base de dados comum que seja um misto da experiência e da evidência», conclui. ©

FASCÍNIO PELA INOVAÇÃO

Embora reconheça as dificuldades metodológicas na realização de estudos sobre cirurgia, António Vaz Carneiro considera haver falta de evidência de qualidade na área da uroginecologia. E deixa uma crítica: «O cirurgião tem mentalidade de artesão – considera-se um artista e, por isso, não quer ser muito escrutinado.» Por outro lado, os cirurgiões sentem algum fascínio pela inovação, mesmo quando os seus benefícios não estão comprovados. «Um jovem cirurgião vai treinar uma nova técnica para os EUA, regressa a Portugal e os colegas aceitam a introdução do novo procedimento. Porque é que esta nova técnica é melhor do que aquela que é utilizada há 30 anos por um cirurgião sénior com excelentes resultados? Em que dados se baseiam para alterar a sua prática e determinar a hierarquia dos seus benefícios esperados?», questiona Vaz Carneiro.

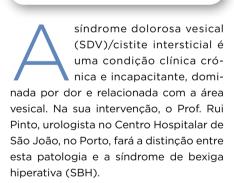
DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA SÍNDROME **DOLOROSA VESICAL**

O simpósio «Síndrome dolorosa vesical», que vai ter lugar na sala Mondego III, entre as 9h00 e as 10h00 do dia 21 de novembro, debaterá vários aspetos relacionados com esta condição. O Dr. Miguel Ramos, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, será o moderador desta sessão.

MARISA TEIXEIRA



Prof. Rui Pinto



«Embora tenham algumas características em comum, as duas síndromes são bastante distintas. Enquanto na síndrome de bexiga hiperativa predomina a urgência miccional, associada ou não a incontinência urinária, na síndrome dolorosa vesical a dor persistente, que alivia habitualmente com a micção, pode estar ou não associada a urgência», esclarece Rui Pinto.



Prof John Heesakers

Na sua intervenção, este orador vai comparar estes quadros clínicos, descrevendo a sua epidemiologia, etiologia, fisiopatologia e diagnóstico. Apesar da etiopatogenia de ambas as síndromes ser ainda desconhecida, e necessariamente diferente, acredita-se existirem alguns mecanismos em comum, nomeadamente a neuroplasticidade envolvendo as fibras aferentes C e as alterações na barreira urotelial.

PAPEL DOS GLICOSAMINOGLICANOS

Por sua vez, o Prof. John Heesakers, diretor clínico do Departamento de Urologia do Radboud University Medical Center, em Nijmegen, Holanda, abordará a fisiopatologia da síndrome dolorosa vesical e o papel da camada de glicosaminoglicanos. De referir que, apesar de alguns doentes apresentarem lesões específicas, nomeadamente lesões de Hunner, que facilitam o diagnóstico, outros não apresentam anormalidades na parede vesical.

«A fisiopatologia desta síndrome é desconhecida», sublinha o especialista holandês, adiantando que «a evidência existente indica que os seus sintomas são causados por uma barreira epitelial defeituosa, levando a que substâncias como o potássio possam vazar para a parede vesical, ativando as fibras-C e originando dor crónica». John Heesakers salienta ainda que a maioria dos tratamentos se destina à restauração da camada protetora de glicosaminoglicanos do urotélio.

O especialista holandês conta que, no laboratório onde trabalha, no Radboud University Medical Center, existe uma vasta experiência no estudo da função da parede vesical, com recurso à histopatologia e a técnicas de diagnóstico molecular, bem como testes funcionais. «Os estudos publicados com base em biópsias da parede vesical revelaram diferenças nas características histopatológicas e na expressão da proteína e do recetor (diagnóstico molecular), ao comparar doentes com SDV e grupos de controlo», afirma John Heesakers.

A comunicação deste palestrante vai abordar ainda a permeabilidade urotelial de vários tratamentos, como o sufalto de condroitina para SDV em culturas de células humanas. «O modelo que desenvolvemos para o cultivo de células humanas e para testar a permeabilidade funcional com a medição da resistência elétrica transepitelial [TEER, na sigla em inglês] será tema de discussão e dará informação sobre a lógica dos tratamentos para a SVD», remata o urologista holandês. 🤝

CURIOSIDADES

- Estima-se que haja 1,2 a 4,5 mulheres com síndrome dolorosa vesical em cada 100 000 habitantes.
- Apenas 10% dos doentes apresentam na parede vesical uma ulceração típica em estrela, à qual os médicos chamam úlcera de Hunner.

QUE TÉCNICA CIRÚRGICA UTILIZAR NO PROLAPSO APICAL GRAVE?

O Prof. Eduardo Bataller, ginecologista-obstetra no Hospital Clinico y Provincial de Barcelona, vai partilhar a sua experiência cirúrgica na correção do prolapso apical grave. A sua conferência realiza-se no dia 20 de novembro, entre as 18h00 e as 18h30, na sala Mondego III.

MARISA TEIXEIRA

cirurgia clássica continua a ser a principal técnica cirúrgica do prolapso, especialmente a primária. Em caso de recidivas ou de grandes prolapsos, geralmente, a opção recai na cirurgia com redes por via vaginal ou abdominal, preferencialmente laparoscópica. Todavia, Eduardo Bataller coloca a questão: «Temos evidência científica suficiente para decidir quando deveremos optar por uma ou por outra técnica?»

De acordo com este palestrante espanhol, o parecer da FDA (Food and Drug Administration) sobre as redes vaginais tem sido mal interpretado pela maioria dos profissionais de saúde, adiantando que o documento ressalva a necessidade de realizar estudos sérios de seguimento pós-comercialização para se estabelecer as indicações corretas.

«A intervenção por via vaginal não deve ser descartada, como alguns especialistas propõem, já que esta cirurgia pode ser a primeira ou até a única opção para muitas doentes»

«No Hospital Clinico y Provincial de Barcelona, estamos a realizar um estudo randomizado, que faz uma comparação entre a cirurgia laparoscópica e a cirurgia Elevate com redes», conta este palestrante, revelando que «já foram realizadas todas as cirurgias e efetuado um seguimento mínimo de seis meses». O principal objetivo deste estudo foi avaliar a existência, ou não, de diferenças na eficácia e na qualidade de vida do doente, até porque, como frisa Eduardo Bataller, «seria demasiado pretensioso poder deduzir a partir deste trabalho se é melhor escolher uma ou outra técnica».

ANALISAR PRÓS E CONTRAS

No que se refere à técnica laparoscópica, como é uma adaptação da técnica laparotómica, há mais literatura sobre o assunto. No entanto, de acordo com Eduardo Bataller, «esta exige elevada formação em sutura laparoscópica avançada e anatomia, além de requerer uma duração mais longa do que a intervenção por via vaginal e ser necessária anestesia geral».

Por outro lado, o especialista espanhol avança que «a técnica vaginal requer grande conhecimento anatómico, existindo um risco aumentado de extrusão vaginal e de dispareunia, embora a primeira complicação seja muitas vezes menor ou assintomática». De salientar



que as grandes complicações da rede vaginal descritas na literatura são inversamente proporcionais à experiência do cirurgião.

Este ginecologista-obstetra assegura que, «sem dúvida alguma, ambas as técnicas podem ter indicações comuns». Contudo, aproveita para ressalvar que «a intervenção por via vaginal não deve ser descartada, como alguns especialistas propõem, já que esta cirurgia pode ser a primeira ou até a única opção para muitas doentes». As Dr.ª Amália Martins e Isabel Canelas, ginecologistas-obstetras, respetivamente, no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, e no Centro Hospitalar de Setúbal/Hospital de São Bernardo, vão presidir esta conferência.

PUB

PRIORIDADES EM TERMOS DE FORMAÇÃO, **GESTÃO E QUALIDADE**

Sob o mote «O Ouro da Casa: formação, gestão e qualidade em patologia do pavimento pélvico», a sessão que se realiza no dia 21 de novembro, entre as 10h00 e as 11h30, na sala Mondego III, vai debater vários aspetos relevantes, como o enquadramento da neurouroginecologia na Ordem dos Médicos e a regulamentação no setor dos dispositivos médicos.



Dr. Miguel Guimarães



Dr.ª Judite Neves

Dr. Miguel Guimarães, presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos (OM), fará um enquadramento da neurouroginecologia na OM, principalmente da uroginecologia, que foi proposta pelo Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da OM para aptidão. Na prática, a formação nesta especialidade passou a contemplar especificamente a uroginecologia.

No entanto, a competência é mais abrangente do que a aptidão, pois é comum a várias especialidades e relativa às competências técnico-profissionais que podem ser obtidas por qualquer médico que tenha a formação e o currículo adequados para se candidatar. Na opinião de Miguel Guimarães, «este é o único modelo adequado, até porque a uroginecologia desenvolveu-se muito nos últimos anos, gerando maior interesse em vários profissionais de saúde». E acrescenta: «Se passar a competência, a uroginecologia torna-se ainda mais transversal e terá uma afirmação mais forte no plano dos cuidados médicos em Portugal.»

Em seguida, a Dr.ª Judite Neves, diretora de produtos de saúde no Infarmed (Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde), falará sobre as características regulamentares do setor dos dispositivos médicos. «O sistema regulamentar nesta área tem uma dinâmica evolutiva própria, que obriga a contínua reflexão e melhoria» afirma a oradora E explica: «Tal deve-se às características específicas do setor, nomeadamente a diversidade e heterogeneidade dos produtos, dos riscos associados e das tecnologias envolvidas, além da sua crescente importância política, social e económica.»

Segundo Judite Neves, a legislação nesta matéria fundamenta-se no modelo da «Nova Abordagem». Assim, os dispositivos que cumpram os requisitos essenciais estabelecidos na diretiva europeia aplicável e que tenham sido sujeitos a um procedimento de avaliação e conformidade regulamentar, apresentam a marcação CE (Conformidade Europeia), que permite a sua livre circulação no mercado europeu. «A legislação aplicável aos dispositivos médicos assenta na responsabilização, compromisso, credibilidade e competência de todas as partes envolvidas [fabricantes, organismos notificados, avaliadores/auditores dos Estados-membros e da Comissão Europeia]», sublinha.

Nesta sessão, moderada pelo Dr. Alexandre Lourenço (ginecologista-obstetra no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria) e pelo Prof. Paulo Dinis (urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto), também se irá discutir a gestão clínica em unidades de uroginecologia, com base nos resultados obtidos no workshop sobre este tema, que decorre dois dias antes (ver página 7). 🤝

PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO SETOR DOS DISPOSITIVOS MÉDICOS

Os futuros regulamentos aplicáveis ao setor dos dispositivos médicos, que se encontram em discussão, preveem maior envolvência dos profissionais de saúde através da participação ativa nos seguintes passos:

- Conceção, identificando e informando as suas necessidades e expectativas em matéria de benefício clínico e
- Avaliação da conformidade, nomeadamente dos dispositivos inovadores e/ou de elevado risco;
- Colocação no mercado, acedendo a mais e melhor infor-

- mação especializada sobre o dispositivo;
- Rastreabilidade, designadamente na área da implantologia, através da informação que transmite aos doentes e dos registos de implantes e situações clínicas associadas;
- Acompanhamento do perfil de desempenho clínico e da segurança, notificando as autoridades e os fabricantes das não conformidades e/ou incidentes verificados:
- Discussão do acesso à tecnologia, dando a sua perspetiva sobre o real valor do dispositivo no contexto de uma determinada população.

TRÊS CURSOS SIMULTÂNEOS ENCERRAM CONGRESSO

No dia 21 de novembro, entre as 14h00 e as 19h00, vão decorrer, em paralelo, três cursos - um *hands-on* (teórico-prático) dedicado à correção de lacerações perineais obstétricas, e dois teóricos sobre erros frequentes em urodinâmica e complicações//casos-limite de diferentes técnicas cirúrgicas.

MARISA TEIXEIRA

a sala Mondego II, terá lugar o curso hands-on «Correção de lacerações perineais obstétricas», coordenado pela Dr.ª Ana Luísa Ribeirinho, ginecologista-obstetra no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN//HSM). «Esta formação destina-se a todos os que trabalham em Obstetrícia, especialistas, internos e enfermeiros, pois estas lesões são muito frequentes e ainda subdiagnosticadas», avança.

Se a situação for resolvida no parto, a taxa de complicações é menor, pois, quanto mais tarde se atuar, maior a gravidade da lesão, podendo diminuir substancialmente a qualidade de vida das mulheres. «Vamos ensinar os formandos a encontrar as lesões e a corrigi-las, resolvendo os problemas que podem surgir», esclarece Ana Luísa Ribeiro, sublinhando que, posteriormente, os participantes terão a oportunidade de treinar em modelo animal. Os monitores deste curso serão os Drs. Alexandre Lourenço, Alexandra Henriques, Inês Pereira e João Lopes, também ginecologistas-obstetras no CHLN/HSM.

APRENDER COM OS ERROS

Os formadores do Curso Multidisciplinar de Urodinâmica: Erros Frequentes, que decorrerá na sala Arouca, serão o Dr. Luís Abranches Monteiro, urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures; a Dr.ª Joana Gomes, especialista em Medicina Física e de Reabilitação no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga; a Dr.ª Maria Geraldina Castro, ginecologista-obstetra no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra/Maternidade Bissaya Barreto; e a Dr.ª Vanessa Vilas-Boas, urologista no Hospital de Vila Franca de Xira.

A participação de especialistas de áreas distintas deve-se ao facto de «a urodinâmica abarcar, cada vez mais, as especialidades que compõem a APNUG, daí ser muito importante esta troca e partilha de experiências», sublinha Luís Abranches Monteiro. O também presidente desta associação científica avança que «a ocorrência de dificuldades de captação e de interpretação dos exames de urodinâmica podem, por vezes, ter interferência clínica, induzindo o médico a propor intervenções que poderiam não ser necessárias».

Nesse sentido, serão discutidos alguns erros frequentes, com o intuito de os evitar ao máximo possível, pois há doentes que, devido a uma informação errónea, não são operadas quando o deviam, e vice-versa. «Já não estamos na fase de aprender a fazer, mas sim de melhorar a prática clínica e atingir um pouco mais de excelência», sublinha Abranches Monteiro.

OTIMIZAR OS RESULTADOS DAS CIRURGIAS

«Abordar as particularidades da anatomia do pavimento pélvico e as dificuldades que podem surgir nas intervenções cirúrgicas são os principais objetivos do Curso Avançado de Cirurgia: Técnicas, Complicações e Casos-limite», sublinha a Dr.ª Liana Negrão, ginecologistaobstetra no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra/Maternidade Bissaya Barreto e uma das formadoras. As disfunções miccionais, situações de dor crónica ou relativas à utilização de redes pélvicas neste tipo de cirurgias serão algumas das complicações focadas, que podem ser prevenidas se for utilizada a técnica mais correta para cada caso.

O Dr. João Colaço, ginecologista-obstetra no Hospital de Cascais e outro dos intervenientes, falará sobretudo sobre a cirurgia de reconstrução pélvica por via vaginal com recurso a tecidos nativos. «Como realizar as dissecções anatómicas ou a correção do prolapso uterino de grau IV são algumas das questões que irei salientar, bem como a identificação



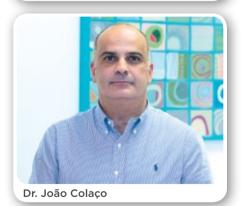
Dr.ª Ana Luísa Ribeirinho



Dr. Luís Abranches Monteiro



Dr.ª Liana Negrão



das estruturas anatómicas de forma correta, como os ligamentos útero-sagrados e sacro-espinhosos», frisa. Do painel de formadores fazem ainda parte o Dr. João Varregoso, urologista no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora; e a Dr.ª Rita Lermann, ginecologista-obstetra no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures. ©