

# INCONTINENTIA

Revista oficial da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (APNUG)

N.º 3 | Ano 4 | Março 2017

## Descomplicar as incontinências e as disfunções do pavimento pélvico

Várias sessões do programa científico do XI Congresso da APNUG abordam as complicações das incontinências, das disfunções do pavimento pélvico e dos seus tratamentos, nomeadamente os cirúrgicos, sem esquecer as consequências psíquicas, somáticas e até legais. O objetivo é que a discussão gerada contribua para a melhor prática clínica nesta área e para a defesa do doente, analisando temas como a abordagem da dor crónica pélvica **(P.4)**, as complicações da cirurgia da incontinência urinária (IU) feminina **(P.7)** e da cirurgia pélvica **(P.6 e 10)** ou as mudanças ao nível do ensino da IU **(P.13)**



# PUGNAR PELA BOA PRÁTICA E PELA DEFESA DO DOENTE

Depois de mais de uma década repleta de revoluções no pensamento, novos conceitos, inovações médicas e cirúrgicas, chegamos ao momento de ponderação sobre os seus valores e legitimidades. Não nos resta a menor dúvida de que o tratamento das várias incontinências e perturbações do pavimento pélvico ganhou em eficácia, longevidade, comodidade para o tratador e o tratado, bem como, principalmente, uma globalidade de compreensão.

De facto, hoje em dia, as cirurgias do pavimento pélvico são mais rápidas, menos invasivas do corpo e da vida e mais constantes na técnica e nos resultados, independentemente de geografias ou escolas. Todos os ganhos têm preços! Tivemos de reaprender anatomias, fisiologias e procedimentos. Tivemos de aprender como as aparências fáceis nos escondem complexidades e embaraços. Aprendemos que a emergência de outros actores para além do médico e do doente, com interesses para lá da cura, têm o seu lugar lícito e necessário, mas obrigado a melhor e mais aguçado escrutínio e vigilância. Verificámos também que as novas armas, apesar de eficazes, produzem danos acrescentados.

É a altura de separar o trigo do joio, proceder a escolhas criteriosas, garantir a correcção e a universidade terapêutica, conhecer, minimizar e controlar o inevitável erro. As sociedades científicas têm aqui um papel essencial. Este XI Congresso da APNUG tenta dar passos na discussão sobre as complicações extra-urinárias das várias doenças, dos seus tratamentos e das suas consequências psíquicas, somáticas e legais. Reforçaremos, sem dúvida, o papel do médico, como árbitro, regulamentador e máximo representante da boa prática e da defesa do doente. Esta é a única razão de aqui estarmos!



**LUÍS ABRANCHES MONTEIRO**  
Presidente da APNUG

O autor deste texto escreve à luz do anterior Acordo Ortográfico.

## ÓRGÃOS SOCIAIS DA APNUG - BIÊNIO 2015-2017

### CONSELHO DIRETIVO

#### Presidente:

Luís Abranches Monteiro

#### Tesoureira:

Bercina Candoso

#### Secretário-geral:

Miguel Ramos

#### Vogais:

Francisco Cruz,  
Teresa Mascarenhas e  
Maria João Andrade

#### Vogal suplente:

Maria da Paz Carvalho

### ASSEMBLEIA-GERAL

#### Presidente:

Paulo Dinis

#### Secretária:

Amália Martins

#### Secretário-adjunto:

Paulo Temido

#### Vogal:

Frederico Carmo Reis

### CONSELHO FISCAL

#### Presidente:

Lília Martins

#### Vogais:

Alexandre Lourenço  
e João Pimentel

#### Vogais suplentes:

Pedro Nunes, Joana  
Marques e Paulo Príncipe

### COMISSÃO CIENTÍFICA

#### Presidente:

Liana Negrão

#### Vogais:

Rui Pinto,  
Cardoso de Oliveira  
e Ana Formiga

## Ficha técnica

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

### PROPRIEDADE:

**APNUG**  
Associação Portuguesa  
de Neurourologia  
e Uroginecologia



Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia  
Rua Nova do Almada, n.º 95 - 3.º A - 1200-288 Lisboa  
Tel.: (+351) 213 243 590 Fax: (+351) 213 243 599  
E-mail: apnug@apnug.pt Website: www.apnug.pt

### EDIÇÃO:



#### Esfera das Ideias, Lda.

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

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

**MKT 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/paginação:** Susana Vale

**Colaborações:** João Paulo Godinho

### PATROCINADORES DESTA EDIÇÃO:



# DIFERENTES OLHARES NA DOR PÉLVICA CRÓNICA

O XI Congresso da APNUG inaugura com o *workshop* dedicado à síndrome dolorosa crónica na pelve, que conta com a intervenção de cinco oradores de diferentes especialidades médicas, mas cuja prática conflui nesta zona do corpo humano. A sessão arranca às 9h00 e estende-se até às 11h00.

RUI ALEXANDRE COELHO

O primeiro orador do *workshop* é o Prof. Rui Pinto, urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, que vai abordar a dor urológica. «Vou tentar abordar e caracterizar todos os quadros de dor pélvica urológica, desde a prostática à uretral, passando pela vesical e pela escrotal. O diagnóstico destas síndromes dolorosas ainda é muito de exclusão e a abordagem multidisciplinar revela-se a pedra de toque», explica o urologista.

No que toca ao tratamento, Rui Pinto nota que a novidade passa pela aposta nas terapêuticas de alvo. «Temos de perceber o que está alterado nos mecanismos da dor para que o possamos modular», defende o orador, ressaltando que a abordagem da dor pélvica crónica «ainda é muito *off-label*».



Prof. Rui Pinto



Dr.ª Marcília Teixeira

Ginecologista-obstetra no Centro Materno Infantil do Norte, no Porto, a Dr.ª Marcília Teixeira vai falar sobre as principais situações que se cruzam com a síndrome dolorosa pélvica crónica, como a «endometriose, a doença inflamatória pélvica, a cirurgia com redes ou a patologia anexial». Esta especialista destaca que a dor pélvica crónica «afeta a mulher como patologia orgânica, mas também numa perspetiva psicossomática». Em todo o caso, pretende abordar este tema «de forma sucinta e sempre com uma perspetiva global», até porque o entende como sendo «complexo, multidisciplinar e difícil de segmentar».

## DORES QUE IRRADIAM PARA O PAVIMENTO PÉLVICO

O ponto de vista da coloproctologia será apresentado pelo Prof. Miguel Mascarenhas Saraiva, coordenador da Unidade de Gastroenterologia do Instituto CUF Porto. Segue-se a preleção referente à dor neuropática e osteoarticular, a cargo da Dr.ª Ana Trêpa, especialista em Medicina Física e de Reabilitação (MFR) no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA).

«Irei debruçar-me sobre as dores de ossos, músculos e articulações que podem irradiar para a região pélvica, incluindo o pavimento pélvico, e sobre as dores neuropáticas por compressão ou estiramento de um nervo, que também podem irradiar para essa zona», adianta Ana Trêpa, que irá ainda refletir sobre os nervos do pavimento pélvico, nomeadamente o pudendo. «No caso deste nervo, as dores surgem na posição sentada, aliviam na posição deitada e têm características neuropáticas, isto é, manifestam-se geralmente por queimadura,



Prof.ª Maria João Andrade



Dr.ª Ana Trêpa

formigueiro ou dor intensa», enumera a especialista, referindo-se a alguns critérios de diagnóstico da neuropatia do nervo pudendo.

O leque de intervenções encerra com o tema da dor miofascial, a abordar pela Prof.ª Maria João Andrade, especialista de MFR no CHP/HSA, que partilha a coordenação deste *workshop* com a Dr.ª Ana Margarida Regalado, anestesiológica e interlocutora da Consulta da Dor do CHP/HSA na Unidade Multidisciplinar do Pavimento Pélvico. Para Maria João Andrade, a dor miofascial «é, provavelmente, a mais comum no corpo humano». «Por exemplo, 100% dos doentes com dor cervical têm dor miofascial associada. No caso das dores lombares, esse número ronda os 97%. E é a dor miofascial que muitas vezes vai perpetuar a situação», observa.

Na ótica desta preletora e moderadora, acresce um problema na dor miofascial: é pouco conhecida e, por isso, pouco procurada e discutida. Segundo Ana Trêpa, «o conhecimento da dor neuropática e musculoesquelética, incluindo dor miofascial, é fundamental na abordagem multidisciplinar da dor pélvica crónica».

**85%** dos doentes com dor de origem urológica, colorretal ou ginecológica têm dor miofascial responsável por alguma ou pela totalidade dessa dor, indicam estudos realizados no âmbito da Urologia

# ESTRATÉGIAS PARA EVITAR ERROS EM URODINÂMICA

A standardização das boas práticas e o reconhecimento das armadilhas e dos erros que podem surgir no âmbito do diagnóstico urodinâmico da incontinência urinária de esforço, da cistometria de enchimento e da interpretação das curvas de pressão-fluxo são os temas em destaque no *workshop* que decorre hoje, entre as 11h30 e as 13h30.

MARISA TEIXEIRA .....

A primeira intervenção é da responsabilidade da Dr.<sup>a</sup> Vanessa Vilas-Boas, urologista no Hospital de Vila Franca de Xira, que, no âmbito do tema «Padronização APNUG das boas práticas urodinâmicas e elaboração de relatórios - limitação do erro», vai comentar as atualizações publicadas em 2016 nesta matéria.

«Quanto às boas práticas, um dos focos atuais prende-se não só com assuntos que todos os “urodinamistas” deveriam dominar, relacionados com a limitação de erros e artefactos, mas, principalmente, com a importância de o estudo urodinâmico ser feito pelos médicos», sublinha a preletora. E acrescenta: «Muitas vezes, os médicos apenas interpretam estes exames, o que não é o mais correto, pois trata-se de um exame clínico invasivo, que deverá ser efetuado com a máxima qualidade possível para minimizar a necessidade de repetição.»

Uma das principais mensagens que Vanessa Vilas-Boas pretende frisar é que os traçados urodinâmicos devem ser interpretados ao longo de todo o exame, com a correção imediata dos erros e artefactos que vão surgindo. Daí também a relevância da interação entre o médico e o doente, «para que o relatório seja feito de imediato e com base em toda a experiência clínica».

Seguir-se-á a intervenção da Dr.<sup>a</sup> Joana Gomes, especialista em Medicina Física e de Reabilitação no Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga/Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira, sobre as armadilhas no diagnóstico urodinâmico da incontinência urinária (IU) de esforço. «A correta recolha da anamnese do doente é fundamental para obter uma suspeita de diagnóstico e, posteriormente, confirmá-la através do estudo urodinâmico», refere.

De acordo com Joana Gomes, os doentes, muitas vezes, afirmam que apenas têm perdas de urina quando fazem esforços,

mas tal deve ser confirmado em termos urodinâmicos, porque poderá existir, por exemplo, uma contração no detrusor, mesmo assintomática e que seja responsável pelo desencadear das perdas. «É importante percebermos se há dias piores do que outros no que toca às perdas urinárias, quando se executam as mesmas tarefas, assim como presença de perdas sem qualquer sensação ou até associadas a urgência miccional. Já no estudo urodinâmico, poderá ser pertinente a mudança de posicionamento do doente ao longo do exame, colocando-o, inclusivamente, em decúbito dorsal, de forma a obter um diagnóstico diferencial entre uma IU de esforço urodinâmica e uma perda consequente da contração do detrusor», realça.

As consequências clínicas dos erros de interpretação e diagnóstico na cistometria de enchimento serão comentadas pela Dr.<sup>a</sup> Geraldina Castro, ginecologista-obstetra no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra/Maternidade Bissaya Barreto. Esta oradora focar-se-á na padronização do estudo urodinâmico, pois, na fase de enchimento, «existe a possibilidade de surgirem erros e artefactos que poderão levar a diagnósticos erróneos». Os equívocos interpretativos podem ser variados, como, por exemplo, «confundir-se uma variação da pressão abdominal com uma contração do músculo detrusor, o que leva à falsa conclusão de se tratar de hiperatividade do detrusor».

Por sua vez, o Dr. Luís Abranches Monteiro, urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, vai abordar as consequências clínicas dos erros de interpretação e diagnóstico nas curvas de pressão-fluxo. «A análise destas curvas mede a força contrátil da bexiga e a resistência da uretra, pelo que é importante perceber as equações que levam às fórmulas utilizadas para compreender melhor os possíveis erros», explica este especialista. E justifica: «Este



Dr.ª Vanessa Vilas-Boas



Dr.ª Joana Gomes



Dr.ª Geraldina Castro



Dr. Luís Abranches Monteiro

método é o indicado, por exemplo, para saber se as pessoas com um jato urinário enfraquecido e que esvaziam muito mal a bexiga têm uma obstrução ou uma bexiga com pouca capacidade contrátil. Todavia, por má medição ou interpretação das curvas de pressão-fluxo, é muito fácil confundir estas duas situações, que têm tratamentos completamente díspares.»

# LESÕES NEUROLÓGICAS APÓS CIRURGIA PÉLVICA

A mesa-redonda que decorre entre as 15h15 e as 16h20 visa debater as possíveis consequências neurológicas das cirurgias pélvicas, nomeadamente da cistectomia, da prostatectomia radical, da endometriose pélvica, da histerectomia radical e da cirurgia colorretal, frisando o papel da reabilitação das neuropatias pélvicas.

JOÃO PAULO GODINHO



Prof. Hélder Ferreira

A neuroanatomia pélvica é o primeiro tema desta sessão e será abordado pelo Prof. Hélder Ferreira, coordenador da Unidade de Cirurgia Ginecológica Minimamente Invasiva do Centro Materno-Infantil do Norte/Centro Hospitalar do Porto, que defende que o «conhecimento da inervação pélvica é absolutamente essencial» no tratamento das patologias e na identificação das estruturas para a prevenção de lesões. «Dessa forma, podemos preservar ou manter funções que são relevantes na mulher e no homem, nomeadamente as funções sexual, intestinal e do aparelho urinário», sublinha.

Este especialista vai também realçar o impacto da tecnologia na prática clínica: «A evolução tecnológica oferece-nos uma capacidade de imagem de alta definição que nos permite ver a anatomia pélvica de forma precisa e minuciosa e, assim, conseguirmos identificar melhor os nervos e prevenir potenciais lesões neurológicas.»

## MEIOS DE REABILITAÇÃO DAS NEUROPATIAS PÉLVICAS

- Reeducação neuromuscular
- Cinesiterapia
- Abordagem da dor
- Neuromodulação periférica e central
- Bloqueios nervosos
- Ressecção dos nervos



Dr.ª Ana Formiga

Segue-se a intervenção da Dr.ª Ana Formiga, cirurgiã geral no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral, dedicada às lesões neurológicas decorrentes da cirurgia colorretal. Esta oradora falará sobre as zonas mais passíveis de lesões neurológicas e a sua prevenção, referindo o papel das novas abordagens cirúrgicas ao nível da laparoscopia e da robótica.

A título de exemplo, a cirurgiã geral lembra que «a dissecação inadequada causava lesões do sistema nervoso autónomo com muita frequência» e realça a evolução permitida pela excisão total do mesorreto, seguindo os planos anatómicos corretos. Porém, acentua o peso da experiência do cirurgião, qualquer que seja a via de abordagem utilizada, mesmo com as novas tecnologias, e adverte para os casos de abordagem mais complicada: «Existem situações em que não está nas mãos do cirurgião evitar as lesões neurológicas na cirurgia colorretal com intenção curativa, se o tumor invade ou está aderente aos nervos, ou é de muito difícil acesso.»

Procedimentos como a cistectomia e a prostatectomia radical também podem causar lesões neurológicas, como será demonstrado na intervenção do Dr. Paulo Temido, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Segundo este orador, «no homem, as lesões neurológicas mais comuns são a incontinência urinária e a disfunção erétil; na mulher, destaca-se a disfunção sexual, cujo tratamento deve ser visto como um todo».

Paulo Temido refere outras lesões neurológicas periféricas que podem surgir como consequência de um acidente ou de algo inesperado na cistectomia e na prostatectomia radical. Porém, lembra que «as cirurgias têm evoluído no sentido de serem menos invasivas e com algumas variantes técnicas para poupar as estruturas nervosas».

A Dr.ª Manuela Mira Coelho, especialista em Medicina Física e de Reabilitação no Hospital de Braga, encerra a mesa-redonda com uma reflexão sobre a reabilitação das neuropatias pélvicas, que considera serem «mais frequentes do que os estudos indicam, merecendo, por isso, maior atenção». Esta oradora frisa que a reabilitação/reeducação neuromuscular «é fundamental no controlo da dor e na melhoria dos défices motores e das funções urinária, intestinal e sexual», devendo iniciar-se «o mais precocemente possível», com especial atenção para as disfunções vesical e intestinal que podem surgir associadas a lesões do sistema nervoso autónomo.

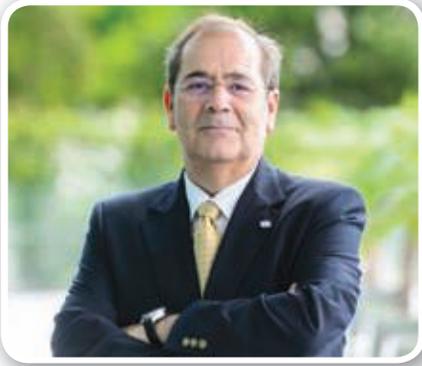


Dr. Paulo Temido



Dr.ª Manuela Mira Coelho

## ESTADO DA ARTE EM BEXIGA HIPOATIVA



**Prof. David Castro Díaz, presidente da Sociedade Iberoamericana de Neurourologia e Uroginecologia (SINUG)** e urologista no Hospital Universitário de Canárias, Espanha, fala hoje, entre as 16h20 e as 16h40, na conferência «SINUG – estado da arte em bexiga hipoativa». Esta condição define-se como a incapacidade de a bexiga se contrair de forma apropriada para realizar o esvaziamento completo.

Todavia, o conferencista alerta para a necessidade de aclarar a terminologia, porque «a bexiga hipoativa é um diagnóstico clínico para o qual não há uma definição apropriada». A definição existente diz respeito à hipoatividade do músculo detrusor, cujo diagnóstico «se faz por intermédio de estudos urodinâmicos, caracterizando-se por baixa pressão ou contração do detrusor de má qualidade, em combinação com um baixo fluxo miccional».

Os sintomas da bexiga hipoativa são vários, como micção intermitente ou infrequente, dificuldade em iniciar a micção, incontinência urinária embora, por vezes, seja uma patologia assintomática. Quanto às causas, David Castro Díaz elenca: «Podem ser neurológicas, degenerativas, desmielinizantes, idiopáticas, periféricas, de lesão medular, enfim, de muitas origens patológicas, como acidentes vasculares cerebrais, doença de Parkinson, esclerose

múltipla ou diabetes.» Segundo o especialista, existem várias medidas terapêuticas, como farmacoterapia para diminuir a resistência uretral, a utilização de um cateterismo uretral ou a modulação sagrada. «Ainda há muito por compreender e aprender sobre a bexiga hipoativa e a hiperativa», refere.

David Castro Díaz salienta a importância de fomentar uma boa relação entre a APNUG e a SINUG, traduzida em projetos como o XIV Congresso SINUG, que teve lugar no Porto, em julho de 2016: «O objetivo da SINUG é servir de meio aglutinador dos especialistas de língua portuguesa e espanhola. Como não são muitos os que se dedicam à neurourologia e neuroginecologia, a colaboração é essencial para prestarmos um melhor acompanhamento aos doentes.» A próxima reunião SINUG/APNUG vai decorrer em setembro, no Congresso da ICS, em Florença. [MARISA TEIXEIRA](#)

## COMPLICAÇÕES CIRÚRGICAS NA IU FEMININA

**A** Dr.ª Bercina Candoso (responsável pela Unidade de Uroginecologia e Pavimento Pélvico do Centro Materno Infantil do Norte, do Centro Hospitalar do Porto) e o Dr. João Marcelino (urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital Santa Maria), são os oradores da mesa-redonda «Complicações da cirurgia da incontinência urinária feminina – as respostas dos peritos», que se realiza hoje, entre as 17h00 e as 18h00.

Quanto à recidiva de incontinência urinária (IU) de esforço, Bercina Candoso sublinha que esta «se deve, frequentemente, a um diagnóstico incorreto, à escolha de um procedimento inadequado para aquela doente ou à má execução da técnica pelo cirurgião». Por outro lado, frisa que não existem estudos randomizados nem evidência clínica que apontem uma certeza sobre a melhor opção de tratamento. «A colocação de *slings* retropúbicos é a solução mais consensual na literatura, no entanto, segundo dados recolhidos no Centro Materno Infantil do Norte, que avaliam a taxa de sucesso da segunda cirurgia comparativamente com a primeira em casos de recidiva, optando pelo *sling* transobturador, alcançámos 80%



Dr.ª Bercina Candoso

de êxito, um valor muito acima do que se encontra na literatura.»

Já no que se refere às disfunções miccionais pós-operatórias, «as mais frequentes são a obstrução/retenção urinária e a urgência *de novo*», revela João Marcelino, adiantando que, «na maioria dos casos, são ligeiras e transitórias e só as disfunções miccionais graves ou prolongadas, habitualmente refratárias ao tratamento conservador, necessitam de uma intervenção cirúrgica».

Segundo João Marcelino, «na IU de esforço ou na IU mista, em que a componente de esforço é a mais valorizada pela doente, a colocação de *sling* suburetral é o



Dr. João Marcelino

tratamento *gold standard*». Todavia, por ser um procedimento simples, «é, muitas vezes, “desvalorizado” pelo cirurgião, o que pode levar a incorreções na técnica e, conseqüentemente, a complicações».

O *sling* suburetral deverá ser colocado no terço médio da uretra apenas como suporte e na profundidade do epitélio vaginal, sem tensão na uretra, para evitar a extrusão da fita para a vagina e não provocar a obstrução da uretra. Estes são os cuidados que o urologista considera essenciais em termos cirúrgicos, todavia, salvaguarda que «a principal questão a ter em conta é a realização de um correto diagnóstico». [MARISA TEIXEIRA](#)

# ABORDAGEM DA BEXIGA HIPERATIVA EM MGF



Dr.ª Manuela Mira Coelho



Dr. Frederico Carmo Reis



Dr.ª Geraldina Castro



Dr.ª Vera Pires da Silva

A bexiga hiperativa é o tema central da mesa-redonda que decorre amanhã, entre as 10h00 e as 10h50. A importância da intervenção da Medicina Geral e Familiar (MGF) o mais precocemente possível e os benefícios terapêuticos do mirabegrom serão alguns dos tópicos em debate.

MARISA TEIXEIRA

«A bexiga hiperativa [BH] é um corolário de queixas associadas à função de armazenamento da bexiga, que implicam uma abordagem multifatorial e funcional, iniciada, muitas vezes, com técnicas de terapia comportamental em primeira linha. Num sistema nacional de saúde, a primeira abordagem destes utentes é, de modo privilegiado, efetuada no âmbito dos cuidados de saúde primários, nos quais é realizada a prevenção, obtido o diagnóstico e iniciada a terapêutica», começa por referir a Dr.ª Manuela Mira Coelho, especialista em Medicina Física e de Reabilitação no Hospital de Braga e moderadora desta sessão.

Segundo o Dr. Frederico Carmo Reis, urologista na Unidade Local de Saúde de Matosinhos/Hospital Pedro Hispano e também moderador, «os especialistas em MGF estão cada vez mais preparados para despistar as situações com que se deparam, sentem-se confortáveis a iniciar a abordagem terapêutica e, em caso de resposta insuficiente, referenciam os doentes para avaliação de

especialidades hospitalares, nomeadamente a Urologia ou a Ginecologia».

A primeira oradora desta mesa-redonda, Dr.ª Geraldina Castro, ginecologista-obstetra no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra/Maternidade Bissaya Barreto, reforça o impacto desta doença na qualidade de vida das pessoas, além dos custos económicos para a sociedade, «problemáticas que podem ser evitadas se a BH for diagnosticada atempadamente e se forem fornecidas aos doentes as várias opções terapêuticas disponíveis». Para a outra oradora e representante da MGF nesta sessão, Dr.ª Vera Pires da Silva, da Unidade de Saúde Familiar Ramada (Centro de Saúde de Odivelas), «o diagnóstico da BH é fundamentalmente clínico, sendo o exame à urina o único meio complementar recomendado para descartar uma infeção urinária».

O aparecimento dos agonistas dos receptores beta-3 adrenérgicos contribuiu para a melhoria da abordagem farmacológica da BH. «Uma das principais mais-valias do mirabegrom, que, para já, é o único medicamento desta classe terapêutica disponível no mercado, é ter menos efeitos colaterais

face aos anticolinérgicos, nomeadamente a xerostomia, a xeroftalmia, a obstipação ou as alterações cognitivas. Este facto promove uma maior adesão terapêutica por parte dos doentes», frisa Frederico Carmo Reis. E Manuela Mira Coelho acrescenta: «O mirabegrom tem a vantagem de poder ser utilizado nos casos em que os anticolinérgicos não estão indicados, como em doentes com glaucoma de ângulo fechado, idosos com défice cognitivo e nos doentes neurológicos com hiperatividade associada a disfunção da contratilidade do detrusor.»

Também Geraldina Castro considera o mirabegrom um fármaco vantajoso, pois «reduz a vontade imperiosa de esvaziar a bexiga inúmeras vezes, durante o dia e a noite, bem como os episódios de incontinência urinária associados a esta vontade, através do relaxamento do músculo da bexiga, com menos efeitos colaterais». Por sua vez, Vera Pires da Silva afirma: «Se os doentes não melhorarem com a terapêutica conservadora, pode-se recorrer a este fármaco, que tem o benefício de ser seguro, com poucos efeitos adversos e contraindicações.»

## PLANO DE CUIDADOS INTEGRADOS NA BEXIGA HIPERATIVA

A Dr.ª Vera Pires da Silva vai também apresentar o Plano de Cuidados Integrados na Bexiga Hiperativa, desenvolvido em 2016 por médicos de diferentes especialidades (Medicina Geral e Familiar, Urologia, Medicina Física e de Reabilitação e Ginecologia). Com o apoio científico da APNUG, da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar e da Associação Portuguesa de Urologia, este trabalho pretende ajudar os médicos de MGF na abordagem dos doentes com BH, desde o diagnóstico ao tratamento. «Tendo em conta a prevalência desta patologia (17%, acima dos 40 anos de idade) e o seu impacto significativo na qualidade de vida, este é um projeto importante na melhoria dos cuidados de saúde da população portuguesa», sustenta Vera Pires da Silva.

# DIFICULDADES E DESAFIOS EM NEUROUROLOGIA

A mesa-redonda que se realiza amanhã, entre as 11h20 e as 12h20, vai abordar a disreflexia autonómica, o seguimento dos doentes com lesão vertebro-medular e a uropatia na esclerose múltipla. Seguem-se algumas ideias dos oradores a propósito do que vão desenvolver na sessão.

## DISREFLEXIA AUTONÓMICA

«A disreflexia autonómica (DA) é uma complicação associada à lesão medular, que pode levar a hipertensão arterial (HTA) sustentada, com risco de acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio, convulsões e até morte. Cerca de 85% dos casos de DA estão relacionados com alterações do aparelho urinário, nomeadamente a distensão vesical no contexto de bexiga neurogénica, enquanto a segunda causa está relacionada com o intestino neurogénico. Além disso, qualquer estímulo abaixo do nível de lesão medular pode resultar num quadro de DA.

Esta patologia, por vezes, não apresenta sintomas, manifestando-se somente pela HTA. A chave do tratamento é a exclusão das principais causas e respetiva resolução. Em caso de demora na identificação da causa ou da sua eliminação, está indicada a utilização de anti-hipertensores, nomeadamente se a pressão sistólica for superior a 150 mmHg. Se não se conseguir resolver, a situação tem de ser orientada como uma emergência. Durante os procedimentos invasivos em Urologia, como as cistoscopias ou os estudos urodinâmicos, é importante suspeitar de DA nos doentes com nível de lesão medular superior a T6 e com bexiga neurogénica, monitorizando a sua pressão arterial.» **Dr.ª Carla Rito, especialista em Medicina Física e de Reabilitação no Centro de Medicina de Reabilitação do Sul, em São Brás de Alportel**



DR

## SEGUIMENTO DO LESIONADO VERTEBRO-MEDULAR

«A etiologia da lesão medular é diversa, podendo identificar-se causas médicas (degenerativas, vasculares, neoplásicas, infecciosas) ou traumáticas (quedas, acidentes de viação ou relacionados com a prática desportiva, entre outras). Esta lesão condiciona alterações sensitivas, motoras, esfinterianas e sexuais com a instalação de quadro de tetraplegia, se for uma lesão cervical, ou paraplegia, se a lesão for dorsal ou lombar. A lesão medular afeta a atividade do detrusor e do esfíncter uretral e estas alterações vesico-esfíncterianas condicionam a micção do doente.

A impossibilidade de controlar o armazenamento e a eliminação de urina é uma das incapacidades de maior impacto pessoal e social. A colonização do trato urinário por microrganismos é bastante comum pelos fatores de risco associados: refluxo vesico-ureteral, deficiente esvaziamento vesical, litíase renal ou vesical, divertículos, estenose uretral e utilização de cateteres vesicais. As modalidades terapêuticas, em termos de prevenção da infeção urinária e da incontinência urinária, devem ser equacionadas em conjunto com o doente, a família e os cuidadores, para implicá-los de forma ativa na reeducação vesical.» **Dr.ª Maria da Paz Carvalho, especialista em Medicina Física e de Reabilitação no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, em Cascais**



## UROPATIA NA ESCLEROSE MÚLTIPLA

«Mais de 80% dos doentes com esclerose múltipla (EM) reportam sintomas do trato urinário inferior, sendo mais frequentes os de armazenamento. A alteração urodinâmica mais comum é a hiperatividade detrusora, seguida da dissinergia vesico-esfíncteriana e da hipocontratibilidade do detrusor. A avaliação urológica deverá incluir um diário miccional, uma urofluxometria com medição do residuo pós-miccional, um exame sumário de urina, uma ecografia renovesical, a avaliação da função renal e da qualidade de vida, tal como, quando apropriado, o estudo pressão-fluxo/vídeo-urodinâmico e/ou cistoscopia.

O tratamento dos doentes com EM requer uma abordagem multidisciplinar. A cateterização intermitente é essencial nos doentes com esvaziamento vesical incompleto e retenção urinária. Por sua vez, os antimuscarínicos constituem o tratamento clássico de primeira linha dos sintomas de armazenamento, enquanto o mirabegrom revelou eficácia e menos efeitos adversos num estudo recente de fase 2. As terapêuticas de segunda linha incluem a injeção detrusora de toxina botulínica do serótipo A, a estimulação percutânea do nervo tibial e a neuromodulação sagrada. As opções cirúrgicas incluem a enterocistoplastia de aumento e a derivação urinária continente ou incontinente. A EM tem um curso progressivo, portanto os doentes que apresentam sintomas urinários requerem um *follow-up* prolongado, pois o tipo e a gravidade da disfunção miccional podem mudar.» **Dr. Tiago Antunes Lopes, urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto**



# COMPLICAÇÕES DA CIRURGIA PÉLVICA PARA ALÉM DA VERTENTE TÉCNICA

«Outras complicações da cirurgia pélvica» é o título da mesa-redonda que se realizará amanhã, entre as 12h20 e as 13h10, centrada em temas menos comuns mas relevantes para a prática clínica, como a disfunção sexual e psíquica e questões relacionadas com a deontologia e a jurisprudência.

MARISA TEIXEIRA



Dr. Cardoso de Oliveira

Como primeira oradora da sessão, a Dr.ª Madalena Serra, psiquiatra no Hospital do Espírito Santo, em Évora, focar-se-á nas disfunções sexuais mais comuns resultantes da cirurgia pélvica, frisando o seu impacto em termos emocionais e psicológicos, individualmente ou em casal. «A alteração na vivência sexual gera-se por duas vias: como consequência da própria intervenção cirúrgica – impacto mais relacionado com a técnica e a experiência do cirurgião – e dos problemas emocionais, que são mais difíceis de gerir.»

Na opinião de Madalena Serra, é fundamental que a cirurgia pélvica seja realizada por equipas experientes e que a vivência sexual do doente seja avaliada antes e depois da intervenção cirúrgica. «Este acompanhamento deve ser feito por uma equipa multidisciplinar, composta por, pelo menos, um urologista, um ginecologista e um sexologista, que pode ou não ser psiquiatra.» Não o sendo, dado o impacto emocional das dificuldades sexuais, «convém que exista na equipa um psiquiatra». Em alguns países, estas equipas integram também um profissional especializado em fisioterapia sexual, principalmente para a recuperação fisiátrica do pavimento pélvico.

As disfunções sexuais podem originar depressões, perturbações de ansiedade, isolamento social, entre outros problemas psiquiátricos, que necessitam de tratamento farmacológico, sendo «conveniente que seja instituído por um psiquiatra experiente em sexologia».

Isto porque «a própria medicação psiquiátrica, dependendo do tipo de psicofármacos utilizados, pode interferir também com a função sexual», alerta Madalena Serra.

A informação e o esclarecimento aos doentes, tal como os limites da atuação médica serão abordados pelo Prof. João Vaz Rodrigues, professor na Universidade de Évora, advogado, associado do Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra e membro da Comissão de Ética para a Saúde do INSA. «Existem já acórdãos do Supremo Tribunal de Justiça a determinar a responsabilidade civil, não por desvios técnicos puros, mas por desvios que conduzem à autorização prévia necessária, informada, consciente e esclarecida dos doentes», avança. Hoje, «impõe-se rever os limites e os padrões técnicos das *leges artis*». «Isto é tão verdadeiro quanto é aceitável realizar intervenções com doses muito pouco densas de terapia, caso de algumas intervenções cosméticas», sublinha o advogado.

Neste contexto, Vaz Rodrigues cita o artigo 10.º do capítulo III do Regulamento de Deontologia Médica, emitido pela Ordem dos Médicos e publicado em *Diário da República* a 21/07/2016, sobre os tratamentos vedados ou condicionados: «1- O médico deve abster-se de praticar atos que não estejam de acordo com as *leges artis*; 2- Excetua-se os atos não reconhecidos

pelos *leges artis*, mas sobre os quais se disponha de dados promissores, em situações em que não haja alternativa, desde que com consentimento do doente ou do seu representante legal, no caso daquele o não poder fazer, e ainda os atos que se integram em protocolos de investigação ou ensaios clínicos, cumpridas as regras que condicionam a experimentação em e com pessoas humanas.»

Segundo o Dr. Cardoso de Oliveira, diretor do Serviço de Urologia do Hospital Espírito Santo, em Évora, e moderador desta mesa-redonda, «as temáticas em análise são pouco abordadas, apesar de terem grande importância nos dias de hoje». «Aguardo com grande expectativa a intervenção da Dr.ª Madalena Serra, que nos vai ajudar a perceber como podemos melhorar o acompanhamento pré e pós-operatório dos doentes ao nível da saúde sexual e psíquica», confessa.

Relativamente a João Vaz Rodrigues, que vai abordar um tema sobre o qual «os médicos estão ávidos de informação e discussão» (a envolvimento médico-legal do ato cirúrgico), o moderador acredita que irá levantar questões «muito pertinentes» para a prática clínica diária, nomeadamente em relação a cirurgias que suscitam alguma polémica científica. Quanto à intervenção de Madalena Serra, Cardoso de Oliveira tem particular curiosidade a respeito das disfunções sexuais em transexuais submetidos a cirurgia pélvica. ☺



Dr.ª Madalena Serra



Prof. João Vaz Rodrigues



# HOT TOPICS NO CAMPO DA REABILITAÇÃO VULVOVAGINAL

O rejuvenescimento vulvovaginal, a utilização do laser na síndrome geniturinária da menopausa, a ética na ginecologia cosmética e a disfunção do pavimento pélvico são alguns dos assuntos a abordar na sessão que decorre amanhã, entre as 15h00 e as 16h30.

MARISA TEIXEIRA



Prof.ª Teresa Mascarenhas

Embora todos os temas desta sessão sejam importantes, a Prof.ª Teresa Mascarenhas, coordenadora da Unidade de Uroginecologia do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto, e uma das moderadoras, considera que a terapêutica com laser tem particular relevância por ser uma novidade. Este tema será abordado pela Dr.ª Teresa Fraga, ginecologista-obstetra no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora.

«O interesse na terapêutica com laser, nomeadamente os lasers CO2 e Erbium, tem aumentado como opção não hormonal para tratar a síndrome geniturinária da menopausa [SGUM], anteriormente designada por atrofia vulvovaginal», esclarece Teresa Mascarenhas. Esta é uma condição comum, que apresenta sintomas como secura vaginal, dispareunia, incontinência urinária [IU] ou infeções do trato urinário e pode afetar significativamente a qualidade de vida e a função sexual. A moderadora ressalva que, apesar de existirem vários trabalhos observacionais, faltam estudos randomizados e controlados para estabelecer a real eficácia do tratamento com laser na abordagem da SGUM.

Teresa Mascarenhas sublinha também que o Prof. Stefano Salvatore, responsável pela Unidade de Uroginecologia do Hospital San Raffaele, em Milão, e presidente da European Urogynaecological Association

(EUGA), que fala nesta sessão sobre o rejuvenescimento vulvovaginal, realizou alguns estudos-piloto de 12 semanas no campo da SGUM, demonstrando uma melhoria significativa dos sintomas e da função sexual com a aplicação de lasers CO2.

## GINECOLOGIA COSMÉTICA E REABILITAÇÃO VULVOVAGINAL

O Dr. Pedro Vieira Baptista, responsável pela Consulta de Patologia Vulvar do CHSJ, irá comentar os desafios éticos da ginecologia cosmética, frisando que «estão cada vez mais em voga muitos “tratamentos”, amplamente divulgados na internet e nos *media*, como as labioplastias, o estreitamento do intróito e/ou vagina ou a lipoaspiração do *mons pubis*, entre muitos outros».

A grande problemática é a inexistência de indicação médica para a maioria destes procedimentos, bem como a falta de evidência que demonstre a sua segurança e eficácia. «Não faz sentido, hoje em dia, haver estudos e meta-análises bem realizados em tantas áreas e, neste campo, ser tudo permitido», lamenta Pedro Vieira Baptista, acrescentando que «há claras violações ao Código Deontológico» e que «a Ordem dos Médicos deveria estar mais atenta a estas situações». «Dizer às mulheres, por exemplo, que há cirurgias estéticas que funcionam como solução mágica para lhes retirar a dor durante o ato sexual não é



Dr. Pedro Vieira Baptista

verdade. Pode haver patologia de base, às vezes até do foro psiquiátrico, e explora-se assim a fraqueza das pessoas.»

A última intervenção ficará a cargo da Dr.ª Susana Moreira, coordenadora do Setor de Reabilitação do Pavimento Pélvico do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do CHSJ, que vai versar sobre a reabilitação vulvovaginal. «As disfunções do pavimento pélvico [PP] na mulher têm elevada prevalência na mulher de qualquer idade e afetam significativamente a qualidade de vida. A reabilitação do pavimento pélvico [RPP] é um tratamento de primeira linha em várias situações, incluindo a IU e prolapso dos órgãos pélvicos [POP]», explica esta especialista. E acrescenta: «Programas supervisionados intensivos de RPP incluem técnicas de cinesiterapia, intervenção comportamental, reeducação muscular, *biofeedback* e estimulação elétrica, com resultados superiores aos simples exercícios não supervisionados».

Segundo Susana Moreira, estudos randomizados e revisões da Cochrane suportam a recomendação destes programas no tratamento da IU de todos os tipos. Já no que respeita aos POP, a especialista refere que os programas de reabilitação demonstram reduzir os sintomas e o grau de prolapso, bem como prevenir a progressão, pelo que devem ser considerados na abordagem inicial nos graus I a III. ☺



Dr.ª Susana Moreira

# MUDANÇA DE PARADIGMA NO ENSINO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA

Moderada pelo Dr. Paulo Príncipe, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, a Conferência a dois, que decorrerá amanhã, entre as 18h00 e as 18h30, tem como objetivo estimular a discussão em torno da temática «Como ensinamos a incontinência urinária durante o século XX». Os palestrantes deixam aqui um resumo das suas posições.

## EM BUSCA DE UM PENSAMENTO DISRUPTIVO

«Nos últimos 25 anos, as tecnologias de informação modificaram completamente o acesso aos conteúdos médicos: começámos por estudar a partir de atlas e livros, muitas vezes desenhados, e, atualmente, conseguimos aceder sem esforço a imagens tridimensionais e a filmes de cirurgias. Isto exige uma mudança do sistema de ensino, que já não se deve basear “no que se faz”, mas antes “no porque é que se faz e no truque para fazer melhor”. Na prática, os cursos e as metodologias em sala têm de ser repensados e isso vai marcar claramente a diferença nos próximos anos. O processo de aprendizagem deverá ser definido no dia a dia pelo próprio formando e pelo formador, porque é face a uma determinada necessidade e a um determinado caso que devemos estimular as pessoas a pensar. Ou seja, o interno, depois de ser treinado em algumas técnicas, tem de perceber o que condiciona a escolha de cada uma. É isso que nos faz melhores médicos.

Por outro lado, temos a percepção de que estivemos muitos anos a treinar técnicas dirigidas por alguém que queria vender um produto. Ainda não sabemos como nos libertar dessa influência, porque tal exige tempo e a verdade é que continuamos a trabalhar sob a pressão dos números e dos resultados. No entanto, é obrigatório criarmos tempos específicos e modelos que permitam libertar os formadores para estarem mais atentos e terem mais tempo para facilitar a aprendizagem dos mais novos. Caso contrário, sujeitamo-nos a repetir durante anos apenas uma sucessão de dados que podem estar errados. Precisamos de adotar um pensamento disruptivo e essa mudança tem de ser assumida pela classe médica em grupo: as sociedades científicas têm de exigir tempo para pensar.» **Dr. Alexandre Lourenço, ginecologista-obstetra no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e presidente da Secção Regional do Sul da Ordem dos Médicos**



## A VERDADE DOS CONHECIMENTOS À LUZ DA CIÊNCIA ATUAL

«Nos últimos 15 anos, poucas doenças terão mudado radicalmente a nossa perceção no que diz respeito à fisiopatologia como a incontinência urinária (IU). Em resultado, alteraram-se também os métodos de diagnóstico, nomeadamente em termos urodinâmicos, e os procedimentos cirúrgicos. Até ao início do século XXI, vigorava um modelo para justificar a doença e as suas queixas, para idealizar meios complementares de diagnóstico e terapêuticas. Ensinámos, repetidamente, mecanismos complicados e até de uma estruturação excitante em termos conceptuais, que funcionaram e, por esta razão, uma mentira perdurou durante décadas. Isto significa que nos deparamos agora com exames complementares que medem muito bem e criteriosamente mecanismos que não existem e que a forma de tratar os doentes cirurgicamente funciona, mas não pela forma que pensávamos. Estes conhecimentos foram postos em causa pela Teoria Integral de Papa Petros e Ulmsten (1990) e pela Teoria DeLancey (1994), que mostraram que a continência urinária de esforço não funciona por um mecanismo de transmissão de pressões, como pensávamos, mas porque os músculos do pavimento pélvico atuam de forma rígida para imobilizar a uretra no preciso momento da tosse.

Estas mudanças suscitam agora duas outras dúvidas: Será que, daqui a 10 ou 15 anos, vamos achar que o que sabemos hoje em dia é tão ridículo como aquilo em que acreditávamos até ao final do século XX? O que pensámos, medimos e tratámos até 1999 é tão mentira assim? A resposta à primeira pergunta posso adiantá-la: já estamos a questionar o que ensinamos agora. Quanto à segunda questão, tudo indica que podemos dizer que, afinal, nem tudo era mentira e há que saber agora identificar desapaixonadamente os erros e as certezas desta história recente.» **Dr. Luís Branches Monteiro, urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, e presidente da APNUG**



# DEBATE MULTIDISCIPLINAR SOBRE UROPATIA E SEXOPATIA NEUROGÉNICAS



Dr. Luís Abranches Monteiro



Dr. Pepe Cardoso



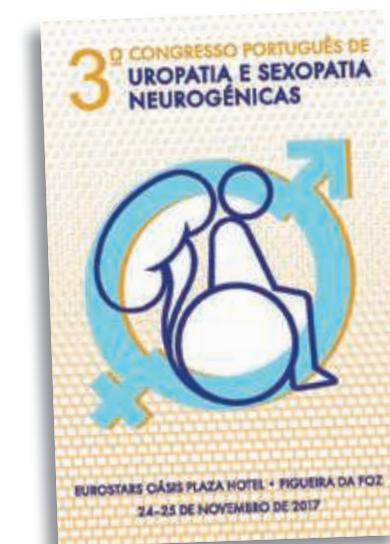
Prof. Pedro Vendeira

O 3.º Congresso Português de Uropatia e Sexopatia Neurogénicas, organizado pela Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução (SPA) e pela Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (APNUG), terá lugar no Eurostars Oasis Plaza Hotel, Figueira da Foz, nos dias 24 e 25 de novembro deste ano. Reunir profissionais de saúde de diversas áreas e especialidades envolvidos no diagnóstico e no tratamento do doente neurogénico, para uma partilha de experiências e conhecimentos, é o principal propósito deste encontro científico.

MARISA TEIXEIRA

Dr. Luís Abranches Monteiro, presidente da APNUG e do 3.º Congresso Português de Uropatia e Sexopatia Neurogénicas, começa por recordar que a primeira edição deste evento decorreu há mais de 20 anos e que, «em honra do seu organizador, Dr. Sousa Sampaio, um mestre nas áreas da uropatia e da sexopatia neurogénicas, a SPA e a APNUG uniram esforços para organizar uma segunda edição, em 2015, devido à necessidade de discutir mais aprofundadamente estes temas». O balanço positivo, retratado na adesão e na participação ativa da assistência, bem como as várias solicitações para que esta iniciativa se realizasse com mais frequência, não deixou margem para dúvidas: «Há muitos profissionais de saúde, e não só médicos, que sentem falta de formação neste campo do saber, pelo que é importantíssimo organizar estas reuniões multidisciplinares», salienta Abranches Monteiro.

Uma opinião partilhada pelo Dr. Pepe Cardoso, presidente da Assembleia-Geral da SPA e da Comissão Organizadora deste Congresso, que se mostra convicto de que «este encontro será novamente um su-



cesso e, eventualmente, até ultrapassar as expectativas em termos de qualidade e de número de participantes». E ressalva: «Na abordagem da uropatia e da sexopatia neurogénicas, é premente criar sinergias e parcerias entre os profissionais de Medicina Física e de Reabilitação, Urologia, Ginecologia, Sexologia, Biologia da Reprodução; Fisioterapia, Psicologia, Psiquiatria e Neurologia.»

Para tal, Pepe Cardoso defende ser necessário que as várias especialidades não estejam de «costas voltadas», mas que trabalhem em conjunto, em prol do melhor tratamento possível para os doentes neurogénicos, sendo que não existe uma especialidade médica dedicada à uropatia e à sexopatia neurogénicas, o que torna esta reunião ainda mais relevante. O urologista reforça que estes «são temas pertinentes na sociedade» e que «é importante trocar saberes e impressões entre as várias especialidades envolvidas, pois estes são doentes como os outros – devem ser bem tratados e não podem ficar esquecidos».

## PARTICULAR ATENÇÃO AOS DOENTES NEUROLÓGICOS

As doenças neurogénicas são muito mais frequentes do que se pensava e, se até há uns anos, «se falava essencialmente nos traumatizados vertebromedulares», segundo Abranches Monteiro, «é preciso que agora o foco recaia também em muitas outras patologias». E explica: «Há imensas pessoas com doenças neurológicas incapacitantes, muitas delas jovens,

que, pela doença em si, já têm uma qualidade de vida deteriorada, que piora com a disfunção miccional, por terem de ser intensamente tratadas.» No âmbito da uropatia, o presidente da APNUG ressalva que «algumas doenças neurogénicas têm sido particularmente “mais esquecidas”, caso dos doentes com Parkinson ou esclerose múltipla». Este urologista sublinha também a importância de falar mais sobre o ensino da autoalgiação e, por outro lado, dar mais ênfase à neuroestimulação sagrada – temas que serão abordados no 3.º Congresso Português de Uropatia e Sexopatia Neurogénicas (ver caixa).

Por sua vez, o Prof. Pedro Vendeira, presidente da SPA e deste Congresso, enfatiza que a uropatia e a sexopatia neurogénicas «são problemáticas complexas, antigamente abordadas isoladamente por cada especialidade, o que não fazia sentido». No campo da sexualidade, o responsável revela que «os doentes traumatizados vertebromedulares são os mais difíceis de tratar e aqueles que surgem com mais frequência neste contexto». Contudo, na

### EDIÇÃO DE 2017: PRINCIPAIS TEMAS

- Avaliação contextual do doente neurogénico;
- Sexualidade e traumatismos vertebromedulares;
- Urodinâmica das neuropatias centrais e periféricas;
- Complicações da uropatia neurogénica;
- Paraplegia e fertilidade;
- Aspectos psicossociais no doente neurogénico;
- Deficiências mentais e sexualidade;
- Enfermagem de reabilitação;
- Disfunção erétil neurogénica;
- Neuromodulação sagrada;
- Autocateterização e reabilitação miccional.

reunião, «serão também abordadas outras áreas do foro neurológico que não são tão infrequentes como isso e que também limitam a vida sexual dos doentes». Na opinião deste urologista, justifica-se uma abordagem em termos de alterações das funções erétil, ejaculatória e reprodutiva nos doentes neurogénicos.

Pedro Vendeira comenta também que «se têm registado mudanças no diagnóstico e no tratamento destas patologias», o

que justifica realizar uma revisão e atualização destas temáticas. Por outro lado, a sexopatia deixou de ser um tema tabu, quer para a população em geral quer para as sociedades médicas. «Na década de 1980, por exemplo, falar de sexopatia no doente neurológico tinha uma conotação negativa que, atualmente, começa a desvanecer-se e isso, obviamente, quebra barreiras e torna a abordagem deste tema muito mais fácil», remata o presidente da SPA. ☞

## CURSO APNUG 2018 DEDICADO À COLOPROCTOLOGIA

A Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (APNUG) está já a trabalhar nas bases do *workshop* formativo que vai organizar em 2018 (data e local ainda por definir), que terá como protagonista a área da coloproctologia. O Prof. João Pimentel, chefe de serviço de Cirurgia Geral no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, docente na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e ex-presidente da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia (SPC), será um dos coordenadores deste curso, que visa envolver mais na atividade da APNUG os cirurgiões que se dedicam às lesões anorretais do pavimento pélvico.

«Enquanto cirurgiões colorretais, fazemos o tratamento das fístulas anorretais, dos prolapso retais, da incontinência fecal e dos casos de obstrução defecatória, entre outros. Por isso, pretendemos envolver os profissionais que se dedicam à coloproctologia no diagnóstico e no tratamento

conjunto das patologias e disfunções do pavimento pélvico, sempre numa perspetiva multidisciplinar», observa o cirurgião geral, que também é membro da Direção da APNUG.

A ideia de organizar esta formação surgiu durante o XXVI Congresso Nacional de Coloproctologia, que decorreu nos dias 24 e 25 de novembro de 2016, na Figueira da Foz. À data presidente da SPC (biénio 2014-2016), o Prof. João Pimentel reuniu com o presidente da APNUG, Dr. Luís Abranches Monteiro, e dessa conversa nasceu o que, para já, é um «esboço» deste «ambicionado» *workshop*.

De momento, sabe-se que o curso será norteado pelo envolvimento das «grandes especialidades que integram a APNUG, sendo por isso dirigido a cirurgiões gerais (especialmente os que se dedicam à coloproctologia), urologistas, especialistas de Medicina Física e de Reabilitação, imagiologistas e fisioterapeutas», avança João



Prof. João Pimentel

Pimentel. Mais informações sobre esta ação formativa serão divulgadas na sessão que encerra o XI Congresso Nacional da APNUG (4 de março, entre as 18h30 e as 19h30), depois da entrega de prémios. ☞

**RUI ALEXANDRE COELHO**

