



Siga-nos
**just
news**



**João Luís Silva
Carvalho**

A formação dos internos é
das melhores da Europa

P. 10/11

Henrique Nabais

Cirurgia robótica em
Ginecologia

P. 15

**Virgínia
Monteiro**

LASER nos tratamentos do
trato genital inferior

P. 16

Veja as fotos do
Congresso em
justnews.pt

Jornal Médico
Congresso

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
NO DIA 9 DE JUNHO 2018



XIV Congresso Português Ginecologia

Centro de Congressos do Algarve – Vilamoura
07 a 10 de junho de 2018

Publicações



www.justnews.pt

PUB

PUBLICIDADE



A presidente da SPG, Fernanda Águas, rodeada por boa parte das duas dúzias de internos (ou internas... se se preferir) que a acompanham no Serviço de Ginecologia do CHUC, que dirige.

**GINECOLOGIA PORTUGUESA COM
FUTURO PROMISSOR**

Participação recorde é sinal de vitalidade

Com perto de 700 inscrições, o Congresso Português de Ginecologia, que decorre em Vilamoura até amanhã, domingo, é aquele que, até ao momento, reuniu mais inscrições, o que, para Fernanda Águas, presidente da Sociedade Portuguesa de Ginecologia, “constitui um sinal da vitalidade da SPG”, permitindo augurar um “futuro promissor” para a Ginecologia em Portugal.

A diretora do Serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) falava na cerimónia de abertura da 14.ª edição do Congresso, que teve lugar na quinta-feira.

“A SPG tem 1242 associados e é por estes que a estrutura diretiva se esforça por atingir os seus grandes objetivos, ou seja,

(continua na pág. 3)

**HOSPITAL
Público**

A PARTILHA DE BOAS PRÁTICAS



Jornal mensal

Distribuído aos
profissionais de
saúde das unidades
hospitais do SNS.



a partilhar informação desde 1981

www.justnews.pt

PUB

PUBLICIDADE



Cerimónia de abertura

FERNANDA ÁGUAS, PRESIDENTE DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA:

“Número de inscrições no XIV Congresso constitui um sinal da vitalidade da SPG”

(continuação da pág. 1)

a formação contínua dos ginecologistas, procurando contribuir para que a Ginecologia que se pratica em Portugal acompanhe o que de melhor se faz na Europa e por esse mundo fora”, referiu, sublinhando: “O resultado a almejar será sempre atingir o nível mais elevado possível da qualidade da assistência prestada à mulher.”

Fernanda Águas fez questão de prestar homenagem a Aurélio Lopes Ferreira, um dos fundadores da SPG, membro de várias direções e presidente de honra do XI Congresso Português de Ginecologia, cuja notícia do falecimento foi recebida precisamente esta quinta-feira. Nas suas palavras, o médico foi “um dos grandes vultos da Ginecologia em Portugal”.

A especialista manifestou, ainda, publicamente o seu “reconhecimento e profunda admiração” por João Luís Silva Carvalho, presidente de honra do Congresso,

que esteve sempre muito ligado à Sociedade, da qual foi tesoureiro e secretário-geral, tendo sido ainda por sua iniciativa que foi criada a Secção de Endoscopia, da qual foi o primeiro presidente.



XI Congresso, junho de 2009 - o presidente da SPG, José Martinez de Oliveira, saúda Aurélio Lopes Vieira



Daniel Pereira da Silva, João Luís Silva Carvalho, Fernanda Águas, Paulo Águas e João Bernardes

Na abertura, a presidente da SPG lembrou que no Congresso será eleita a Direção da Sociedade para o próximo triénio,

tendo apelado ao voto, sendo que exista apenas uma lista candidata.

Por sua vez, Paulo Águas, reitor da

Universidade do Algarve, resumiu um pouco da história da instituição que representa, que reúne 7500 estudantes, dos quais 1000 são estrangeiros, tendo salientado que a área da Saúde representa 15% do total de alunos. E destacou, também, o trabalho desenvolvido no Centro de Investigação em Biomedicina da Universidade do Algarve, classificado como excelente pela Fundação para a Ciência e Tecnologia.

Em representação do bastonário da Ordem dos Médicos, mas também na qualidade de presidente do Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia da Ordem dos Médicos, João Bernardes marcou presença, tendo realçado “a forma cúmplice” como aquela tem trabalhado com o Colégio e o facto de ser “impressionante como na SPG a ciência, a formação e o humanismo se ligam tão bem”.

Sobre o presidente de honra, João Bernardes destacou duas características: “coragem e lealdade”.

JOÃO LUÍS SILVA CARVALHO:

“Para o verdadeiro médico, o doente é uma pessoa”

Após a abertura do Congresso, coube a Daniel Pereira da Silva, presidente da Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia (FSPOG), proferir a “oração de sapiência” sobre o presidente de honra, o colega e amigo João Luís Silva Carvalho, tendo afirmado: “Homenageamos o ginecologista, o académico e o homem, que são expressão de uma personalidade singular.”

Ao usar da palavra, e depois de agradecer de forma sentida a homenagem, o presidente de honra afirmou: “Foi criado um verdadeiro novo mundo no campo da ciência e da técnica que não para de evoluir e de nos surpreender para cuidar da saúde feminina e que em Portugal conta com uma sociedade científica que é uma dos maiores da Europa.”

Mas, conforme disse, existem perigos para a Medicina e a Ginecologia modernas, entre os quais destacou a excessiva abundância de informação. “Os assuntos das mulheres ocupam um espaço privilegiado

na sociedade mediática e profundamente mediatizada em que vivemos, em que o poder dos meios de comunicação, audiovisuais ou informáticos, tudo determina, tudo condiciona”, apontou. E prosseguiu:

“Os vetores informação e conhecimento que dominam a vida das sociedades modernas, que deveriam potenciar-se e ser complementares, são muitas vezes dissonantes e antagónicos. Assistimos

diariamente à destruição do conhecimento por um desmesurado e pouco rigoroso amontoado de informação.”

Segundo referiu, “o que é acessório, mas de fácil compreensão, esmaga o que é essencial, mas que exigia um esforço de leitura e reflexão para ser corretamente apreendido e transformado em conhecimento”.

“Por vezes, a mitificação distorce ou sobrepõe-se à verdade e tudo, incluindo

factos e valores, se transforma apenas em matéria sobre a qual o mais profundo dos ignorantes tem opinião”, desenvolveu.

No entanto, de acordo com o professor de Ginecologia da Faculdade de Medicina do Porto, “na SPG nunca foi assim”. E salientou a seleção criteriosa que Fernanda Águas fez sempre dos temas e palestrantes para as reuniões científicas, tendo conseguido distinguir o que é importante do que é descartável:

“A divulgação séria dos assuntos pertinentes, o privilegiar do trabalho profundo, embora de escassa visibilidade, foram sempre os padrões e opções do seu cunho.”

A excessiva sobrevalorização dos métodos de análise quantitativa, dos protocolos e dos critérios de qualidade constitui outro dos perigos para a Medicina e a Ginecologia, no entender de João Luís Silva Carvalho.

“Independentemente do seu importante contributo, os métodos de análise quantitativa, os protocolos e os critérios de qualidade ignoram uma parte essencial da avaliação clínica: a relação médico-doente”, frisou.

O especialista disse continuar convicto de que no diagnóstico e na terapêutica a interpretação sobreleva a normatização que muitas vezes assume um caráter “autoritário, anti-intelectual e anticientífico”. E conclui: “Para o verdadeiro médico, o doente é uma pessoa, independentemente dos justos honorários clínicos, que necessita da nossa doação de conhecimentos, de competência e de amor, com sentido de dádiva generosa.”



Mas que grande dor de cabeça



que dá essa coisa de ter de tratar das papeladas... dos pagamentos... mas, principalmente, dos recebimentos... Não é assim Ana Paula Parreira?

Encontro de irmãos



Paulo e Fernanda Águas



Fernanda Águas fez questão em reconhecer e agradecer (mais uma vez) o apoio que a admédic, a empresa de Paula Cordeiro (à esq.ª, na foto), tem dado à Sociedade Portuguesa de Ginecologia.



Após cumprir dois mandatos como presidente da SPG, Fernanda Águas deverá entregar o cargo à única candidata que se apresenta às eleições este sábado, Teresa Mascarenhas, estando a tomada de posse agendada para o próximo mês de janeiro.



Uma família de ginecologistas

Francisco Nogueira Martins seguiu os passos do seu avô Abel, que criou a primeira maternidade em Viseu, e escolheu a mesma especialidade, dirigindo o Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do CH Tondela-Viseu desde que foi criado, em 2009. O seu filho Nuno nem pensou duas vezes e também é ginecologista, igualmente no Hospital de São Teotónio. Há uns sete anos conheceu a jovem Renata, filha de Manuel Teixeira Veríssimo, ex-presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, acabada de chegar a Viseu. A paixão aconteceu e ali continuam os dois, respondendo hierarquicamente a um diretor que também é pai e sogro!



Uma revista para recordar as Reuniões da SPG 2013-2018



Fernanda Águas apresenta Manuel Fonseca, o único homem entre uma mão-cheia de jovens médicas:

“O meu interno (masculino!) preferido”

Os dias de trabalho começam com um “pequeno almoço com o especialista”



Lista dos Corpos Sociais 2018-2021 candidata ao ato eleitoral de hoje

DIREÇÃO

Presidente: Teresa Mascarenhas (Porto)
Secretário-geral: Margarida Martinho (Porto)
Tesoureiro: Liana Negrão (Coimbra)
Vice-presidentes:
 Almerinda Petiz (Porto)
 José Alberto Moutinho (Covilhã)
 Fátima Faustino (Lisboa)
Vogais:
 Pedro Vieira Baptista (Porto)
 Nuno Nogueira Martins (Viseu)
 José Reis (Lisboa)

ASSEMBLEIA-GERAL

Presidente: Alberto Fradique (Lisboa)
Secretários:
 Graça Ramalho (Vila Nova de Gaia)
 Eunice Capela (Faro)

CONSELHO FISCAL

Presidente: Alexandre Morgado (Porto)
Vogais:
 Mário Oliveira (Aveiro)
 Ana Luísa Ribeirinho (Lisboa)

SECÇÕES

SPGO

Presidente: Cristina Frutuoso (Coimbra)
Secretário: Henrique Nabais (Lisboa)
Tesoureiro: Paulo Aldinhas (Coimbra)

SPEG

Presidente: Luís Ferreira Vicente (Lisboa)
Secretário: António Lanhoso (Porto)
Tesoureiro: Hugo Gaspar (Funchal)

SPM

Presidente: Fernanda Gerales (Coimbra)
Secretário: Cláudio Rebelo (Porto)
Tesoureiro: Ana Casquilho (Faro)

SPCPTGI

Presidente: Amélia Pedro (Lisboa)
Secretário: Amália Pacheco (Faro)
Tesoureiro: Rita Sousa (Coimbra)

SPUG

Presidente: Bercina Candoso (Porto)
Secretário: Sofia Alegria (Lisboa)
Tesoureiro: Geraldina Castro (Coimbra)

PUBLICIDADE



Importância do exame microscópico a fresco no diagnóstico das infecções vaginais



Pedro Vieira Baptista

Unidade de Tracto Genital Inferior, CH de São João, Hospital Lusíadas Porto

Curiosamente, ainda que as “vulvovaginites” sejam das causas mais comuns de procura de consulta – programada ou urgente, tanto em ginecologia como nos cuidados de

saúde primários, esta tem sido uma área bastante relegada para o empirismo.

Continuamos presos à trilogia candidose/vaginose bacteriana/tricomoníase, quando se sabe que, pelo menos, um terço dos casos não encaixa nestes diagnósticos. Igualmente, sabemos que o diagnóstico baseado meramente na história clínica e exame vulvovaginal pode estar errado em cerca de metade dos casos.

Numa tentativa de colmatar estas falhas, especialmente perante casos recorrentes ou arrastados, há a tendência em recorrer aos exames culturais. Estes, muitas das vezes, lançam mais poeira do que luz sobre o caso: o crescimento de um determinado microorganismo não o associa directamente às queixas. Este tipo de exames não permite, naturalmente, distinguir colonização de infecção.

A maneira mais prática de obviar estes constrangimentos é o exame a fresco do corrimento vaginal. Trata-se de uma técnica ancilar de fácil aprendizagem e domínio, que implica um investimento relativamente baixo (considerando que um microscópio durará décadas, desde que bem cuidado) e que melhora consideravelmente a prática clínica. O investimento adicional no contraste de fase pode melhorar significativamente a capacidade de diagnóstico.

Ainda que comumente se designe de exame a fresco, o mesmo não tem que ser imediato: é possível re-hidratar uma lâmina semanas ou meses após a colheita e esta ser perfeitamente interpretável.

Ainda que a biologia molecular comece a preencher algumas lacunas (nomeadamente, deverá ser o padrão para o

diagnóstico das tricomoníases), há quadros cujo diagnóstico ainda não pode ser feito sem recurso à microscopia: por exemplo, a vaginose citolítica ou a vaginite inflamatória descamativa/vaginite aeróbica (DIV/VA).

A utilidade da microscopia não se fica por aqui, dado que permite avaliar não apenas a flora vaginal, mas também o grau de maturação celular, a presença ou não de resposta inflamatória, a presença de artefactos ou de *clue cells* – frequentemente, o todo da composição é mais informativo que a soma das partes. Relembre-se, por exemplo, como pode ser útil no diagnóstico de uma doença pélvica inflamatória ou do envolvimento vaginal pelo líquen plano.

Não sendo prática comum entre nós, nos EUA, por exemplo, habitualmente, recorre-se à coloração de Gram e ao índice de Nugent para diagnóstico destes qua-

dro. As desvantagens são óbvias: é mais caro, o resultado não é imediato, perde-se informação (no processo de fixação, perder-se-á parte da flora), não permite o diagnóstico de DIV/VA e cria o problema adicional da “flora intermédia”.

Urge que no futuro (próximo!) seja repensado o papel da microscopia na prática ginecológica e que esta passe a fazer parte dos currículos de formação específica. Não apenas melhora a prática como traduzirá avultadas poupanças.

Tal como em edições anteriores, os participantes do curso “Exame microscópico a fresco no diagnóstico das infeções vaginais” puderam comprovar quão útil e fácil é esta técnica!

Nota: texto escrito ao abrigo do antigo Acordo Ortográfico.

Mitos da sexualidade feminina



Ana Alexandra Carvalheira

Psicóloga Investigadora no ISPA. Terapeuta sexual

A sexualidade das mulheres acaba com a menopausa

O que acaba com a menopausa é a produção de estrogénios, mas a sexualidade feminina não está exclusivamente dependente dos estrogénios. A menopausa traz secura vaginal, o que pode trazer dor durante o sexo. Esta situação pode ser resolvida com o uso de um lubrificante ou um hidratante vaginal. A vivência do sexo após a menopausa pode até melhorar.

Depende de muitas variáveis, como, por exemplo, o estado emocional, o stress, o património erótico e a qualidade do parceiro.

A masturbação não deve acontecer no contexto de uma relação

A masturbação é ainda a ala secreta da sexualidade feminina. É um assunto secreto. Ouvi muitas mulheres dizerem “*Nunca me masturbei*”. Algumas, no contexto de um erotismo pobre, em que o prazer é relegado, outras verbalizam isto com alguma tristeza, um sentimento de incompetência e a consciência de terem perdido algo importante. Algumas mulheres ainda referem a vergonha e a culpa associada à masturbação. A masturbação ainda é vista por algumas pessoas como um comportamento adolescente e pouco maduro. Ora, não é assim. A masturbação pode acontecer ao longo de toda a vida, mesmo no contexto de uma relação. O sexo a solo ou sexo com parceiro/a são dois prazeres diferentes. Um não tem que ser o substituto do outro.

O orgasmo clitoridiano é imaturo. O verdadeiro orgasmo é vaginal

A ideia de “Sou anormal porque não tenho orgasmos vaginais” é errada. Não existem estes dois tipos de orgasmo. Existe o orgasmo, que é sentido na vagina e pode ser desencadeado por uma variedade de estímulos, uns mais intensos e eficazes do que outros. E, na cena do orgasmo, o clítoris é o ator principal, embora a sua estimulação possa ser mais direta ou menos direta.

A mulher sénior não tem desejo nem interesse sexual

Esta ideia é completamente errada. Os seniores têm interesse sexual e pleno direito à sua sexualidade. Algumas limitações vêm dos problemas de saúde e dos tratamentos. Podem ser necessários ajustamentos e adaptações, por exemplo, um sexo menos centrado na genitália e no coito vaginal. Por outro lado, esta idade pode trazer a mais-valia da maturidade e da experiência, que permite uma vivência mais livre e plena da sexualidade.

Em Defesa do Erotismo A Favor da Liberdade e da Saúde Sexual

Neste livro, publicado em janeiro de 2018, traduzi o que a ciência revela sobre comportamentos e vivências sexuais para uma linguagem simples e acessível. O objetivo é facilitar uma reflexão pessoal sobre uns quantos tópicos abordados no livro e desmistificar algumas ideias e crenças erradas. Alguns dos temas abordados incluem o desejo sexual feminino e masculino, os caminhos do prazer e do orgasmo, as dificuldades com a função erétil e a masculinidade e a sexualidade sénior. Dedico alguns capítulos a responder à questão de como manter o desejo nas relações de longa duração. O erotismo é como as impressões digitais e o investimento erótico vale a pena para quem o quiser fazer.

É um livro a favor da liberdade, no sentido de podermos fazer escolhas livres, sem serem baseadas

no medo ou nas inibições. Porque a sexualidade é de cada um e deve ser desfrutada sem prisões a falsas crenças, ou com o medo do que os outros possam pensar.



Gânglio sentinela nos cancros do colo e do endométrio



Mónica Cruz Pires

Assistente hospitalar
do IPO Porto

O correto tratamento do carcinoma do colo e do endométrio implica a avaliação das áreas de drenagem linfática. Nos estádios iniciais, a linfadenectomia integra o denominado *comprehensive staging*, permitindo a definição do prognóstico e a decisão quanto a tratamentos complementares que irão ter impacto na evolução da doença.

Contudo, a linfadenectomia pode estar associada a complicações, contribuindo para um aumento dos custos diretos e indiretos.

A procura do correto estadiamento com a menor morbilidade possível levou ao desenvolvimento do conceito de gânglio sentinela (GS). A lógica desta estratégia é a remoção do gânglio correto e não de todos os gânglios.

Para aumentar a possibilidade de deteção de metástases, a avaliação anatomopatológica do GS é feita segundo um protocolo de ultra-estadiamento, com a necessidade de cortes adicionais e da aplicação de imunohistoquímica. Nos estudos realizados para avaliação do procedimento no cancro do colo e do endométrio, constatou-se que a técnica de GS pode melhorar a taxa de deteção de metástases, não só pela maior capacidade de deteção de micrometástases como também pela identificação de gânglios de drenagem em locais pouco usuais, que poderiam não ser recolhidos durante a linfadenectomia. Assim sendo, os objetivos da técnica de GS são a minimização dos efeitos laterais da linfadenectomia e a maximização da possibilidade de deteção de metástases.

Tais objetivos são compreensíveis quando se aplica esta técnica ao carcinoma do colo. Recentemente, a European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) publicou protocolos de orientação sobre este tipo de carcinoma, que passaram a incluir a possibilidade de utilização de GS.

No carcinoma do endométrio, a aplicação da técnica de GS tem também evoluído. A deteção de GS a nível lomboaórtico é desafiante e um dos motivos para ser considerada pela ESGO, no estado atual, admissível apenas em estudos investigacionais. A inclusão do GS em algoritmos de tratamento cirúrgico que incluam a linfadenectomia sistemática quando o GS não é detetado baixou consideravelmente a possibilidade de falsos negativos, o que permitiu a sua inclusão em protocolos de

orientação, nomeadamente pela National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

Como qualquer procedimento introduzido de novo, a técnica de GS no

carcinoma do colo e do endométrio acarreta uma curva de aprendizagem. Os serviços que se iniciem na sua aplicação devem assegurar a qualidade cirúrgica e

o não prejuízo das doentes. A inclusão em protocolos de investigação ou a aplicação de algoritmos que pressuponham a linfadenectomia sistemática quando o

GS não é detetado possibilita ao cirurgião percorrer a curva de aprendizagem sem comprometer a avaliação cirúrgica adequada da doente.

PUBLICIDADE

Hormonal replacement therapy in menopause: is it still ethical?



Gilbert G G Donders

Femicare, Clinical Research for Women, Tienen, Belgium. University Hospital Antwerpen, Belgium

Before 1980, the use of estrogens became popular to treat severe menopausal symptoms. Soon it became clear that in non-hysterectomized women, additional progestins were needed to prevent endometrium hyperplasia and cancer. Also the risk of increased breast cancer after long term use became evident, but that risk was outbalanced against the improvement of life quality and prolonged life span. When the WHI in 1980ies were published, however, a new wave of negativism swiped over the US and the world, with devastating discouragement of any hormone use by women worldwide. Still today a strong anti-hormonal lobby is embedded in the corpse of doctors, especially first line therapists, as well as in the public. This makes proper advice and use of hormones in indicated cases sometimes difficult, if not impossible.

There is no doubt in anybody's mind that the use of estrogens (naturally as well as synthetic) most efficiently alleviates the symptoms of menopause, but the long term effects on cardiovascular and bone fracture survival are often alleviated by the fear to develop breast cancer or thrombotic phenomena. Hence an analysis is needed to answer the questions: 1) Is it necessary? 2) Does it work? 3) Is it dangerous? Before we can answer the question: should we give it?

On the first question we know that women with severe hot flushes, sleeping problems, anxiety and depression disorders and sexual difficulties would tell you: yes it IS really necessary, I am prepared

to accept a treatment with a side effect or some risk, as long as my quality of life returns to normal, or at least acceptable. Indeed 20% of women has severe hot flushes and related symptoms for over 5, and 10% even over 15 years after start of menopause.

Furthermore, the myth of increased body weight and abdominal fat is real, but related to the menopause itself, rather than to the treatment for it. And we all are aware this abdominal fat is related to the development of other serious secondary risk factors such as metabolic syndrome, diabetes, and increased mortality due cardiovascular diseases. Furthermore, loss of bone quality, increase in Alzheimer's dementia and impaired sex life all contribute to a shorter life span in untreated menopausal women.

So, yes, there is definitely a solid reason to prevent menopausal symptoms and long term effects. Indeed, mother Nature is not as well prepared to take care of menopause, as compared to many other aspects in life. Indeed, only 150 years ago, life expectancy in Belgium was 46.6 years for women, while this suddenly is 83.5 years in 2014, meaning that nature now has to deal with a period in life of 40 years duration, without hormonal support, which was virtually non-existent only a century ago.

So does HRT work? In brief: ooh yes it does! Hot flushes and related symptoms can be alleviated very reliably and efficiently in less than no time by intake or percutaneous use of estrogens. Also, promising new drugs are being developed with the same strong effects, but without the classical side effects on blood coagulation and perhaps even breast cancer incidence. Besides hot flushes, a dramatic reduction in osteoporotic fractures (and not negligible, associated mortality!) and reduction in cardiovascular disease and mortality is obtained. The latter has formerly been severely underestimated.

Over time, however, it became clear that the cardiovascular (non-thrombotic) benefit of hormonal replacement therapy is way more significant than the use of lipid lowering drugs and aspirin in normal populations. Several mechanisms

Hormone therapy commenced less than 10 years after the menopause for preventing cardiovascular disease in post-menopausal women						
Patient or population: Post-menopausal women						
Intervention: Hormone therapy commenced less than 10 years after the menopause						
Comparison: Placebo or no treatment						
Outcomes	Illustrative comparative risks* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of Participants (studies)	Quality of the evidence (GRADE)	Comments
	Assumed risk	Corresponding risk				
	Placebo	Hormone therapy commenced less than 10 years after the menopause				
Death (all-causes)	Study population 22 per 1000	16 per 1000 (12 to 21)	RR 0.70 (0.52 to 0.95)	9088 (5 studies)	⊕-⊕⊕⊕ moderate ¹	- 30 %
Coronary heart disease (death from cardiovascular causes and non-fatal myocardial infarction)	Study population 18 per 1000	10 per 1000 (5 to 18)	RR 0.52 (0.29 to 0.96)	8311 (4 studies)	⊕-⊕⊕⊕ moderate ^{1,2}	- 48 %
Stroke	Study population 9 per 1000	13 per 1000 (7 to 21)	RR 1.37 (0.80 to 2.34)	8143 (3 studies)	⊕-⊕⊕⊕ high	~ 0
Venous thromboembolism	Study population 6 per 1000	11 per 1000 (7 to 17)	RR 1.74 (1.11 to 2.73)	9838 (3 studies)	⊕-⊕⊕⊕ high	

Figure 1. When HRT s started within 10 years after onset of menopause, there is an overall survival benefit of 30%, and a coronary disease mortality reduction of almost 50%, while the mortality due to stroke is not altered, when compared to a non-treated population. In women with an increased thrombosis risk, extreme care remains at its place, and in such women HRT use should be reluctantly permitted, and forbidden in smokers.

have now been unraveled that explain the beneficial effects of estrogens, even with the proper, carefully selected progestins, on the blood vessels, resulting in a 18 to 50% reduction of coronary heart disease and stroke.

Of course, there is no medal without a flip side. Fear of thrombosis and, especially breast cancer, has lead the public away from the use of HRT since the WHI study in the 80ies. And indeed, there is no doubt that prolonged HRT use, especially in groups that should not receive it in the first place (like women included in the WHI trial) face an increased risk of thrombosis and breast cancer incidence after prolonged use of estrogen-progestins.

The risk of breast cancer is 15% after 10 years of use. However, is this all we need to convey to our patients, and tell them only that? Is it fair to withhold them the information that after all, mortality due to breast cancer is LOWER in HRT users versus non-users (despite the increased incidence of hormone dependent breast cancer)? Is it fair not to give them the best progestin, or if you can, no pro-

gestin at all, so their risk of breast cancer is dramatically reduced? In the same WHI study, there was an arm of estrogen only users, who had a 30% reduction of breast cancer incidence, of which nobody ever talks or informs women.

Also, the risk of thrombosis and stroke has to be outweighed against the risk of vascular damage leading to coronary mortality and overall mortality, which after modern mega meta-analyses of enormous population based groups of women shows clearly a 30 to 40% reduction of cardiovascular or general mortality, respectively.

Indeed, in the discussion of 'yes' or 'now', it became now crystal clear that women with untreated severe hot flushes and other menopausal symptoms risk several life-threatening effects of menopause: increased risk of depression related deaths (suicide), bone fracture related deaths, and most prominently, cardiovascular accidents. Of importance, the benefits on survival are largest, when HRT is started soon after onset of the menopause, in order to create continuum, and

in any case within 10 years after onset of menopause, so timely start of HRT is crucial (Figure 1).

Given these facts and new data, we should assist nature in the 'menopausal gap', in these women who are not known to have an increased thrombosis risk and have no breast cancer. Hence, personalized decision on treatment has to be given, after calculation of the specific individual risks is needed, and care has to be taken to provide the safest HRT combination present. However, if someone still holds the opinion that providing HRT is unethical, it should be explained that providing HRT to symptomatic menopausal women in need, not only dramatically improves their quality of life, but also undoubtedly prolongs life expectancy significantly. Therefore withholding HRT treatment to women who need and deserve is maybe more unethical than providing it to women without knowing the risk.

Women deserve a proper analysis of their individual risks and treatment according to their needs, also, and maybe even more so, during menopause.



PBM aplicado à Ginecologia-Obstetrícia. Um conceito emergente



João Mairos

Médico especialista em Ginecologia-Obstetrícia. Oficial médico da Força Aérea Portuguesa

Imagine que poderia optar por iniciar uma importante prática em saúde com melhores resultados para as suas doentes, com menos riscos e menos custos. O que teria que fazer em troca? Mudar a sua perspetiva em relação a essa prática e adotar processos de organização diferentes. Mais ainda, com essa mudança poderia reduzir, por exemplo, a taxa de incidência de infeções associadas aos cuidados de saúde, de eventos isquémicos, a permanência hospitalar e a mortalidade.

Estamos a falar de *Patient Blood Management* (PBM). Um conceito que não é propriamente novo, mas que está a tornar-se emergente.

O PBM corresponde a uma prática de medicina preventiva e que atua sobre três fatores de risco que são modificáveis: a anemia, a hemorragia e a transfusão.

Pode ser definido como um conceito baseado na evidência, de natureza multidisciplinar e com abordagem terapêutica multimodal, o qual se destina a gerir clinicamente e individualmente o sangue de cada doente, quer na abordagem cirúrgica, quer na não cirúrgica. Este conceito, que nos obriga a esta e a outras definições mais ou menos complexas, alerta-nos para o facto de que transfundir um doente deve ser (mesmo) a última opção terapêutica e orienta-nos no sentido de adquirir uma nova cultura para que tal suceda.

Essa cultura tem tradução na Organização Mundial de Saúde, que define o conceito como tendo o “foco no doente” e na Resolução WHA63.12 da Assembleia Mundial de Saúde, que no ano de 2010 alerta para a necessidade de implementação de PBM assente no conceito de três pilares: a tomada de medidas na abordagem pré-cirúrgica, a minimização de perdas e a otimização da tolerância do doente à anemia.

Associado a este conceito surgem novos instrumentos organizativos que melhoram a prática clínica e que estão intimamente ligados às práticas de qualidade em saúde. Estas práticas visam sensibilizar clinicamente e culturalmente para a anemia e para a ferropenia, a deteção precoce das situações que poderão vir a constituir-se como fatores de risco, reduzir o impacto da doença crónica e melhorar a qualidade de vida, assim como evitar transfusões desnecessárias e suas consequências.

No nosso país, o Anemia Working Group Portugal estima que, num ano de implementação de PBM, se poderiam evitar 594 mortes prematuras, reduzir 8,4%

do tempo de internamento hospitalar, diminuir 37,3% da taxa de readmissão hospitalar aos 30 dias e poupar 70,4 milhões de euros com custos de hospitalização.

Para um ginecologista-obstetra as perdas hemáticas são como que um “lugar-comum” com o qual esta especialidade sempre lidou. Com o PBM podemos dar

mais qualidade de vida às nossas doentes e mais segurança nos seus tratamentos. Este é, sem dúvida, um conceito que vale a pena explorar.



JOÃO LUÍS SILVA CARVALHO, PRESIDENTE DE HONRA DO XIV CONGRESSO PORTUGUÊS DE GINECOLOGIA:

“A formação que é dada em Portugal aos internos de

Dono de uma bonita carreira, João Luís Silva Carvalho é o presidente de honra do XIV Congresso Português de Ginecologia. Em entrevista à *Just News*, o professor de Ginecologia da Faculdade de Medicina do Porto, que cessou recentemente funções como presidente do Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia da Ordem dos Médicos, cargo que desempenhou durante três mandatos, fala, entre outros temas, sobre a sua ligação à Sociedade Portuguesa de Ginecologia, da sua carreira e do panorama da Ginecologia/Obstetrícia em Portugal, salientando a qualidade do Internato Médico.

Just News (JN) – O que representa para si ser o presidente de honra desta edição do Congresso Português de Ginecologia?

João Luís Silva Carvalho (JLSC) – Obviamente que é uma grande honra. Sobretudo porque foi uma escolha realizada pelos pares. Foram os meus colegas que decidiram que eu merecia esse tributo. E isso, obviamente, enche-me de alegria, porque representa o reconhecimento pela maior sociedade científica da área da Ginecologia, e que é uma das maiores da Europa, não só do meu currículo, mas também do trabalho que durante muitos anos desenvolvi em prol da SPG.

JN – Como encarou o convite?

JLSC – Devo confessar que com alguma surpresa e também com temor. Com surpresa porque ele aparece talvez 10 anos mais cedo do que poderia ser espetável, numa fase da vida em que estou em plena atividade profissional. E tenciono estar por muitos anos. Normalmente, este tipo de honraria é tributada em idades e fases da carreira mais avançadas. Mas também senti temor, porque é uma enorme responsabilidade saber que me é atribuído o estatuto de referência e de símbolo da especialidade. Sinceramente, não sei se tenho arcaboço e mérito para essa enorme responsabilidade.

JN – Pertenceu, durante muitos anos, aos corpos sociais da SPG. Como avalia a evolução da Sociedade desde essa época?

JLSC – Sim, dei 15 anos de trabalho à SPG, três como tesoureiro e 12 como secretário-geral.

A evolução da SPG, desde os anos em que desempenhei funções, foi de grande crescimento em termos de número de associados, em correspondência com o grande número de especialistas que se formaram nos últimos anos (somos cerca de 1600/1700 inscritos no Colégio da Especialidade da OM) e de maior focalização em áreas mais diferenciadas, correspondendo à evolução da própria Ginecologia. Por outro lado, a atual Direção teve uma ação meritória de manter vivas as memórias da história da SPG e a sua vocação de território ímpar de atualização, de discussão, de encontros e amigáveis desencontros, de democrática regionalização ou, dito de outra forma,

de interação transversal entre diferentes hospitais, diluindo barreiras alicerçadas em conceitos e organizações caducas, proporcionando uma maior participação de novos hospitais e de jovens especialistas. Devo felicitá-los porque conseguiram uma maior consolidação em todo o território nacional.

JN – E da especialidade de Ginecologia em particular?

JLSC – A especialidade de Ginecologia desenvolveu-se mais em três áreas: a Medicina da Reprodução, a Cirurgia Minimamente Invasiva e a Prevenção e Terapêutica do Cancro.

JN – Quais foram, na sua opinião, os maiores avanços?

JLSC – A Medicina da Reprodução desvendou um mundo que era insondável ao nível dos gâmetas, da biofisiologia da fecundação e do desenvolvimento embrionário. Aí mostrou que o óvulo é muito mais importante do que o espermatozoide, como, aliás, na vida, a mulher é mais importante do que o homem! A repercussão da evolução do conhecimento e dos tratamentos, em particular de procriação medicamente assistida, não só veio resolver milhares de situações de infertilidade que eram inultrapassáveis como teve impacto na própria sociedade em termos da sua arquitetura, de autonomia da mulher, do conceito de família e nos comportamentos, pela definitiva dissociação conceptual entre função sexual e função reprodutora. Recordo que, hoje, na Europa, cerca de 5% das crianças nascem por virtude de tratamentos de procriação medicamente assistida.

A cirurgia minimamente invasiva foi também uma tremenda evolução. A tecnologia veio-nos proporcionar a capacidade de realizar grandes intervenções cirúrgicas através de pequenos orifícios, com câmaras de imagem que nos proporcionam uma visão com capacidade bem superior à do olho humano. Reaprendemos anatomia, descobrimos estruturas (em particular nervosas e vasculares) que eram desprezadas e cuja função se identificou como de grande importância, criamos um maior respeito pela integridade e conservação dos tecidos, conseguimos benefícios estéticos, ausência de dor, rápida recuperação de pós-operatório e de regresso à atividade física, etc.

Outra área de grande evolução foi a da prevenção do cancro do colo do útero. Para além de novas capacidades de deteção precoce de lesões pré-malignas e malignas iniciais, em vários departamentos do organismo da mulher, foi possível criar uma vacina para aquele que, com exceção da mama, é o cancro que mais mulheres mata em Portugal. E são normalmente mulheres jovens. Também nos aspetos de tratamento de quimioterapia houve grande evolução permitindo curar, ou pelo menos transformar em doença crónica, muitas doenças oncológicas. Prevê-se que a curto/médio prazo com avanços na área biomolecular, na genómica e na imunologia, as capacidades de cura na área do cancro sejam fantásticas.

JN – Quais são, neste momento, as suas maiores preocupações na área da Ginecologia/Obstetrícia?

JLSC – As minhas maiores preocupações prendem-se com dois aspetos: o primeiro, o de excesso de ginecologistas e de internos da especialidade que, inevitavelmente, acarretará no futuro problemas de emprego e de perda de estatuto do especialista por banalização das funções que devem desempenhar; o segundo, o dos problemas da formação no internato, não só pelo excesso de internos (prioritariamente encarados pelo Estado como mão de obra barata para assegurar os serviços de urgência), mas também pela deterioração das condições logísticas e técnicas em alguns hospitais públicos. Acrescento a existência de grande desmotivação e de fuga de quadros altamente qualificados, pela destruição das carreiras médicas e pela nomeação de dirigentes por critérios extra-curriculares.

JN – O que pensa sobre a diferenciação das especialidades de Ginecologia e Obstetrícia?

JLSC – A diferenciação é fundamental porque as áreas de conhecimento antigamente tidas como pequenas são hoje tão vastas que ninguém consegue abarcar todo o conhecimento das diferentes vertentes da Ginecologia e Obstetrícia. Vou ser politicamente incorreto e dizer que discordo que, na Europa e em Portugal, o internato de Ginecologia e Obstetrícia seja conjunto. Em meu entender, os especialistas deviam ser obrigados a ter as duas especialidades, mas realizar

internatos de especialidade separados. Por várias razões, das quais saliento duas. A primeira porque a Ginecologia tem um componente cirúrgico muito importante, que deveria ser mais explorado e que se entrecruza com a cirurgia geral, área em que deveria haver maior preparação e que pouco tem a ver com a Obstetrícia. Em segundo porque, pela importância do Serviço de Urgência, a Obstetrícia ocupa uma dimensão e um espaço no internato que esgota dois terços do tempo em detrimento da Ginecologia. Em contrapartida, a Ginecologia tem tido enorme evolução, com progressos que necessitam de disponibilidade para serem acompanhados e devidamente adquiridos como capacidades e conhecimentos.

JN – Como avalia a formação que é dada em Portugal aos internos?

JLSC – A formação que é dada em Portugal aos internos é das melhores da Europa. Vários estudos que tivemos oportunidade de avaliar e comparar, que são também tidos em conta em organismos internacionais, mostram que o internato em Portugal é dos melhores da Europa. Cito um pequeno exemplo: na Holanda, a cirurgia endoscópica de Ginecologia não faz parte do currículo do internato enquanto em Portugal tem uma dimensão muito significativa.

JN – Na sua opinião, como está, o formato do Internato serve os interesses dos mais novos?

JLSC – O formato do internato para os mais novos é o mais adequado. Embora tenhamos tentado, por diversas vezes, elaborar programas de internato para o reduzir de seis para cinco anos e colocá-lo em acordo com o que se passa em alguns países europeus. No entanto, depois de várias tentativas e de várias propostas apresentadas pelos membros da Direção do Colégio, discutimos largamente o assunto e, até agora, todos os formatos que conseguimos idealizar eram piores que o atual.

JN – Recorda-se em que momento da sua vida pensou em seguir Medicina?

JLSC – Decidi pela Medicina no liceu, quando optei pela área de Ciências. Escolhi ser médico por características pessoais que se enquadram na profissão, entre as



“A Ginecologia tem um componente cirúrgico muito

quais a principal é, talvez, a de ter sempre vontade de ajudar a resolver problemas. E a saúde é dos mais importantes. É uma mania que tenho, às vezes, até me meto em coisas que não devia. No fundo porque, como disse a uma pessoa minha amiga, gosto de gostar dos outros e gosto que os outros gostem de mim. Lidar com a natureza intrínseca das pessoas e com o fundo dos seus problemas, alegrias e desesperos, realizações e frustrações. É o respeito que o Humanismo impõe e de que a Medicina é um dos pilares fundamentais.

JN – O seu pai, que era ginecologista, tendo, aliás, sido presidente da SPG, teve influência na sua escolha?

JLSC – O contexto familiar foi determinante. A convivência com um pouco daquilo que era a vida do meu pai – os assuntos de que falava, o não ter fins de semana livres, trabalhar noite e dia e estar sempre ocupado pela profissão, fosse pela parte clínica ou universitária – tudo isso me cativou bastante. À escolha pela Ginecologia não é alheio o fascínio que as

Ginecologia/Obstetrícia é das melhores da Europa”



João Luís Mendonça da Silva Carvalho

mulheres sempre exerceram sobre mim. Para além do forte argumento da beleza, devo dizer que acho que as mulheres têm uma inteligência prática muito superior à dos homens. E na hierarquia das relações humanas são elas que verdadeiramente detêm o poder, pela influência e pelo encantamento (conseguem sempre o que querem) e detêm a capacidade última de dizer sim ou não.

JN – Dos três mandatos como presidente do Colégio da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da OM, o que destaca?

JLSC – A elaboração da nova tabela dos códigos de nomenclatura de atos médicos; visitas de idoneidade realizadas a todos os hospitais do País e avaliação das capacidades formativas; avaliação da formação e dos currículos dos internos que terminaram a especialidade; cursos para internos de intervenção básica no parto e emergência obstétrica; criação de duas subespecialidades (Medicina da Reprodução e Ginecologia Oncológica) e de duas competências (Ecografia e Uroginecolo-

gia). Dignificação da especialidade e luta para preservação de competências específicas, por vezes, postas em causa pelo poder político e outros grupos profissionais. Defesa intransigente do direito de todas as mulheres terem um parto nas melhores condições, com adequada assistência médica e técnica no SNS.

JN – Neste momento, do ponto de vista profissional, que atividades mantém?

JLSC – Mantenho todas aquelas a que sempre me dediquei: faço clínica e cirurgia ginecológica, clínica de infertilidade e dirijo o Centro de Estudo e Tratamento de Infertilidade - CETI, sou diretor do Departamento de Ginecologia/Obstetrícia do Hospital Cuf Porto e professor da Faculdade de Medicina do Porto.

JN – E resta-lhe algum tempo livre para hobbies?

JLSC – No âmbito extra-profissional, por muito feliz “inspiração”, descobri há cerca de três anos o encanto e a enorme felicidade que é a arte de dançar. Hoje,

dançar faz parte da minha identidade, do meu ADN. Tal como em muitas doenças, era um gene que estava silenciado e que ganhou expressão em determinado momento da vida com enorme intensidade. Dedico muitas noites ao tratamento dessa “doença” e, felizmente, descobri uma escola fantástica, com professores espetaculares, que é a Escola Sabor Latino, no Porto. Não sei se fico triste ou feliz por ter este enamoramento tão tardio. É que a minha carreira médica não teria sido a mesma!

JN – Como espera que seja o seu futuro?

JLSC – Igual ao que é hoje, mas com mais amigos e mais desafios.

JN – E à atual Direção da SPG, que entretanto deixa as suas funções, quer aproveitar para deixar uma mensagem?

JLSC – À atual Direção agradeço ter preservado as memórias da história e a vocação da SPG enquanto a foi engrandecendo e disseminando pelo território nacional.

Três décadas de dedicação à Ginecologia

João Luís Mendonça da Silva Carvalho nasceu no Porto. Licenciou-se em 1976 pela Faculdade de Medicina do Porto, sendo especialista em Ginecologia desde 1985 e em Obstetrícia desde 1989. Doutorou-se em 1996. É professor na Faculdade de Medicina do Porto.

Entre outros êxitos profissionais, de destacar que foi João Luís Silva Carvalho quem introduziu, em 1982, no Serviço de Ginecologia do Hospital de São João, a técnica de crioterapia em 1991, a histeroscopia, após cursos realizados no Spaarne Hospital (Haarlem, Holanda) e no Instituto Dexeus (Barcelona), tendo realizado as primeiras intervenções cirúrgicas histeroscópicas e ressetoscópicas. Em 1994, criou e foi o responsável pela Unidade de Endoscopia do Departamento e pela Cirurgia Laparoscópica.

Ainda em 1991, colaborou na criação e liderou o Grupo de Medicina da Reprodução e pelo iniciar das Técnicas de Reprodução Medicamente Assistida, tendo sido responsável pela 1.ª gravidez obtida por Fecundação *in Vitro* no HSJ, de que nasceu uma criança do sexo feminino.

Tem sido orientador, coordenador, membro do júri ou arguente em múltiplas teses de Mestrado e Doutoramento em Medicina, Biologia e Bioética.

Criou e é Regente da Disciplina Opcional “Medicina da Reprodução, Procriação Medicamente Assistida e Cirurgia Minimamente Invasiva”, da Faculdade de Medicina do Porto.

Contam-se por centenas as intervenções científicas nacionais e internacionais, sob a forma de edições de livros, capítulos em livros, *abstracts* e artigos científicos, conferências, palestras, participação em *workshops*, mesas-redondas, organização e comissões científicas de congressos e reuniões, tutorização de cursos, autor/co-relator de *Guidelines* e consensos, comunicações

livres e *posters* nas áreas da Ginecologia/Obstetrícia, do Ensino médico e da Bioética.

Foi por diversas vezes premiado na qualidade de autor ou coautor pela melhor comunicação livre ou poster apresentado em Congressos e recebeu os Prémios Nacional de Ginecologia 1990, 2005, 2006 e 2008, da Sociedade Portuguesa da Medicina da Reprodução 2008 e 2010, e o “Grant for Fertility Innovation” na ESHRE/Estocolmo, 2010.

Entre os diversos cargos e funções salienta-se: secretário-geral da SPG (12 anos); presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (seis anos); membro do *Advisory Committee* da *European Society of Human Reproduction and Embryology* (ESHRE) (três anos); membro do *Conferences Committee* da *European Society for Gynaecological Endoscopy* – ESGE (2 anos); membro do *General Board* da *European Society for Gynaecological Endoscopy* - ESGE (4 anos); presidente do X Congresso Europeu da *European Society for Gynaecological Endoscopy*; membro da Direção da Subespecialidade de Medicina da Reprodução da OM; presidente da Direção do Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia da OM (8 anos).

É membro de várias sociedades científicas e do corpo editorial de revistas nacionais e internacionais.

Em 1998, fundou o Centro de Estudo e Tratamento da Infertilidade – CETI – de que é diretor.

Coordena o Serviço de Ginecologia/Obstetrícia do Hospital Cuf Porto.

Casado e pai de três filhos, é apaixonado pelo Rugby, desporto que jogou durante seis anos no Centro Desportivo Universitário do Porto. É também adepto “ferrenho” da Cidade do Porto e sócio do Futebol Clube do Porto. Desde há três anos que é aluno da Escola de Dança Sabor Latino, no Porto.

“A especialidade de Ginecologia desenvolveu-se mais em três áreas: a Medicina da Reprodução, a Cirurgia Minimamente Invasiva e a Prevenção e Terapêutica do Cancro.”

Formação em laparoscopia na Ginecologia Oncológica



Bruno Roberto Braga Azevedo

Médico do Departamento de Cirurgia Oncológica do H. São Vicente. Instituto de Hemato-Oncologia de Curitiba



Audrey Tiekko Tsunoda

Médica do Departamento de Ginecologia Oncológica do H. Erasto Gaertner. Instituto de Oncologia do Paraná. Professora adjunta da Universidade Positivo. Diretora de cursos em Ginecologia - IRCAD Latin America - Barretos/Brasil

As técnicas de cirurgia minimamente invasiva (CMI) trazem inúmeros benefícios comprovados às pacientes com neoplasias ginecológicas. Em centros com equipes treinadas, procedimentos complexos através de CMI tornaram-se padrão de avaliação diagnóstica e tratamento.

No tratamento do câncer de endométrio, por exemplo, onde frequentemente temos pacientes obesas e com comorbidades, é perfeitamente possível a realização de histerectomia total com anexectomia bilateral, associada à abordagem linfonodal (seja através da pesquisa de linfonodo sentinela ou mesmo o estadiamento linfonodal sistemático), com menor chance de complicações cirúrgicas e pós operatórias.

Esses dados, na prática, representam menos complicações agudas e crônicas da ferida cirúrgica; menor tempo de internação; retorno mais precoce às atividades habituais e menor tempo para início de tratamento adjuvante, caso seja necessário.

Ao desenvolver CMI em um serviço de Ginecologia Oncológica, além dos ganhos diretos aos pacientes no que concerne especificamente ao tratamento, em relação à instituição, é possível agregar tecnologia e oportunidade de desenvolvimento de pesquisa e novas frentes de treinamento multidisciplinar. A demanda por materiais especiais torna imperativo o

aprimoramento do controle de processos da instituição. Toda a estrutura envolvida, desde checagem de equipamentos até mesmo avançadas técnicas anestésicas, torna-se mais precisa e segura, evoluindo a níveis bem mais avançados.

Os arquivos de vídeos cirúrgicos podem, e devem, ser utilizados para revisão e aprimoramento de toda equipe, desde residentes e especializando até a chefia do staff. Os protocolos de *fast track surgery* se tornam realidade, com efetiva redução de custos e aprimoramento institucional. Nos Estados Unidos, serviços que oferecem CMI em câncer são reco-

Para cirurgiões que desejam desenvolver técnicas de CMI após o término da sua formação oficial, há opções de cursos de pós-graduação.

nhecidos como centros mais avançados de tratamento.

Frete às evidências, torna-se necessário estabelecer um currículo de formação em CMI para a especialidade de Ginecologia Oncológica. De modo geral, os programas de treinamento possuem 2 a 3 anos de duração e carga horária de 60 horas presenciais semanais. São incluídos treinamento em simuladores, modelos animais e execução de cirurgias sob tutela de preceptor capacitado no campo operatório. A complexidade das cirurgias é progressiva.

Numa primeira etapa, abordam-se as indicações, a anatomia cirúrgica, as descrições técnicas, o preparo e o posicionamento da paciente, manipulação uterina, montagem de campo cirúrgico, conceitos de fontes de energia, equipamentos e instrumentos. Nesse período, o especializando deve treinar e dominar as funções de primeiro e segundo auxiliares, desenvolvendo estereotaxia, coordenação bimanual e mão-olho.

Numa segunda etapa, aprende-se a execução de cirurgias de menor complexidade como salpingooforectomia e histerectomia simples. Na terceira etapa, o desenvolvimento de espaços pélvicos e retroperitoneal, além de casos simples e padronizados de linfadenectomia pélvica e retroperitoneal. Na última parte do treinamento, histerectomia radical e linfadenectomia retroperitoneal.

Cirurgias mais complexas, como linfadenectomia de linfonodos grosseiramente comprometidos (doença bulky), ou exenterações pélvicas, demandam um ano adicional. De acordo com a casuística observada na literatura, o volume adequado de cirurgias varia de 8 a 10 casos/mês. Avaliações teóricas e práticas são importantes, bem como a análise crítica de vídeos.

Para cirurgiões que desejam desenvolver técnicas de CMI após o término da sua formação oficial, há opções de cursos de pós-graduação. Ainda, cursos de curta duração e participação em congressos são recursos importantes para aprimorar indicações e desenvolver técnicas diferenciadas. As sociedades médicas como IGCS (International Gynecologic Cancer Society) possuem programas onde

designam-se tutores para cirurgiões que desejam desenvolver técnicas cirúrgicas específicas.

Para os cirurgiões que estão iniciando sua prática com a CMI em Ginecologia Oncológica, manter os preceitos oncológicos, respeitar o emprego das fontes de energia e permanecer aderente às técnicas amplamente padronizadas na literatura são estratégias úteis que reduzem tempo da curva de aprendizado e evitam complicações desnecessárias.

Realizar um procedimento por CMI não exige a necessidade de se conhecer fundamentos e se respeitar as normas técnicas e oncológicas.

A cirurgia robô assistida é um diferencial na carreira profissional e na história de uma instituição. Marca o interesse do profissional em oferecer um procedimento diferenciado e a demanda em democratizar o acesso a CMI. A formação inclui um conteúdo teórico na internet, treinamento em simulador, cirurgia em modelo animal, assistir 2 a 4 casos e receber um preceptor para os primeiros casos cirúrgicos.

Realizar um procedimento por CMI não exige a necessidade de se conhecer fundamentos e se respeitar as normas técnicas e oncológicas. Um programa de treinamento bem estruturado pode oferecer um diferencial profissional importante. Cursos, congressos e cirurgias demonstrativas são ferramentas de uma dedicação contínua a um objetivo único, acelerar o aprimoramento técnico. Na atualidade, o cirurgião capacitado em CMI possui maior satisfação profissional e menores complicações cirúrgicas.

Consenso sobre



Maria Fátima Faustino

Consultora de Ginecologia e Obstetrícia. Coord. do Centro de Tratamento da Endometriose do H. Lusíadas Lisboa. Vice-presid. da SPG

Hemorragia uterina anormal (HUA) é a designação proposta pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) para os casos de hemorragia de origem uterina anormal em duração, volume, frequência e/ou regularidade, na ausência de gravidez. A hemorragia que ocorre fora da idade reprodutiva da mulher também é incluída nesta definição.

A hemorragia uterina anormal atinge cerca de 30% das mulheres e pode-se apresentar em qualquer idade.

Atinge cerca de 30% das mulheres e pode-se apresentar em qualquer idade, sendo mais frequente nos extremos da vida reprodutiva. Apresenta consequências sociais, sexuais, profissionais e psicológicas, associadas ao temor da infertilidade ou do aparecimento de neoplasias malignas, sendo causa frequente de diminuição da qualidade de vida e da produtividade.

Em 2007, a FIGO adotou novos critérios para definir a HUA, considerando que, na idade reprodutiva da mulher, esta situação se caracterizava por uma hemorragia uterina anormal, menstrual



Sobre hemorragia uterina anormal

ou não menstrual. A HUA podia ser aguda ou crónica e na sua etiologia podia intervir uma multiplicidade de fatores, isolada ou simultaneamente.

Termos utilizados anteriormente para classificar padrões de HUA, como menorragia/hipermenorreia, metrorragia e hemorragia uterina disfuncional, foram abandonados.

Foi nosso objetivo a elaboração de um documento sistematizado e atualizado, de fácil consulta e que permita uma orientação diagnóstica e terapêutica na HUA.

Posteriormente, em 2010, a FIGO promoveu uma segunda sistematização dos critérios de classificação das HUA, desta vez, relacionados com as potenciais causas da hemorragia, que redundou na classificação de "PALM-COEIN": Polipo (P), Adeniose (A), Leiomioma (L), Malignidade e hiperplasia (M), Coagulopatia (C), Disfunção Ovulatória (O), Endometrial (E), Iatrogénica (I) e Não classificada (N).

Tendo em conta estes novos critérios e procurando fazer uma atualização do anterior Consenso sobre HUA, realizado em 2001, a Sociedade Portuguesa de Ginecologia decidiu avançar com uma revisão temática exaustiva e abrangente, no qual participaram, de forma ativa, 37 médicos ginecologistas, em representação de 29 hospitais, localizados em Portugal Continental, Madeira e Açores. A cada um dos grupos criados foi pedido que elaborasse uma proposta para discussão em reuniões de grupo e, posteriormente, em reunião plenária realizada nos dias 23 e 24 de fevereiro de 2018, em Penela.

Este Consenso engloba seis capítulos, iniciando-se o primeiro pelos conceitos, classificação e avaliação, sendo os capítulos seguintes dedicados à HUA nas diferentes fases da vida da mulher, des-

taçando-se o segundo capítulo dedicado à HUA aguda, abordada em capítulo próprio, pela sua complexidade, exigência terapêutica e eventuais repercussões que

podem pôr em risco a vida da mulher.

O último capítulo é dedicado ao tratamento da anemia ferropénica, habitualmente associada a situações de HUA,

e muitas vezes incorretamente corrigida, com o consequente risco de isquemia e lesões orgânicas.

Como em todos os consensos, foi

nosso objetivo a elaboração de um documento sistematizado e atualizado, de fácil consulta e que permita uma orientação diagnóstica e terapêutica na HUA.



Classificação de imagens histeroscópicas



Margarida Martinho

Assist. hosp. graduada de Ginecologia. Responsável da Unidade de Endoscopia do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do CH de S. João. Presid. da Secção Portuguesa de Endoscopia Ginecológica da SPG

A histeroscopia é considerada o método com maior acuidade diagnóstica para a patologia intrauterina assim como o tratamento de eleição para a maioria destas patologias. (Karageyim et al., 2010, Nagele et al., 1996, Di Spiezo et al., 2013).

Os poucos estudos que avaliam a concordância interobservador e a confiabilidade da avaliação da imagem histeroscópica revelam dados discrepantes, variando de pobre a subs-

tancial (Smit JG. et al., 2013, 2015, Dueholm et al., 2002, 2005, Bourdel et al., 2016)

Dos fatores que podem influenciar a avaliação das imagens histeroscópicas, a experiência do histeroscopista foi avaliada por Bourdel et al., 2016, Kasius et al., 2011, sem se constatar associação significativa, sendo que no estudo de Kasius a falta de consenso na definição de achados anormais foi considerado um fator importante. O efeito da informação clínica foi avaliado recentemente por Martinho et al., 2017, demonstrando um efeito positivo na concordância global da avaliação das imagens sem influenciar a concordância na decisão de realizar biópsia, que foi sempre excelente.

O impacto da utilização de um sistema/terminologia para a classificação das

imagens histeroscópicas na concordância da avaliação destas é ainda menos estudado, até porque no caso da histeroscopia, ao contrário do que acontece com outros exames de imagem em Ginecologia (coloscopia/vulvosopia e ultrassonografia), não há um sistema ou terminologia universalmente utilizada para a interpretação e classificação das imagens histeroscópicas, nem normas bem definidas para o registo e comunicação dos achados histeroscópicos.

É neste contexto que surge esta reflexão, assim como a proposta para o registo dos achados histeroscópicos, sob a forma de um relatório de histeroscopia, e para um sistema de classificação dos mesmos achados, considerando as suas características histeroscópicas (quadro 2).

Quadro 1. Descrição dos achados histeroscópicos

Histeroscopia	
Limitada e inconclusiva	Adequada e conclusiva
<p>Por:</p> <p>a. Presença de sangue</p> <p>b. Estenose cervical</p> <p>c. Impossibilidade de visualizar toda a cavidade</p> <p>d. Má distensão da cavidade</p> <p>Descrever o que se visualizou</p>	<p>Avaliação do canal cervical, OCI</p> <p>Visualização de toda a cavidade (morfologia, dimensões e amplitude, forma)</p> <p>Avaliação do endométrio (espessura, vascularização e orifício glandulares)</p> <p>Descrição das lesões (forma, tamanho, superfície, friabilidade, consistência, local, vascularização)</p> <p>Classificação do exame em normal/anormal (diag. provável)</p>

Quadro 2. Classificação dos achados histeroscópicos anormais

Alterações sugestivas de benignidade
<p>Proliferativas - Zonas de proliferação da parede com projeção na cavidade uterina</p> <p>1.1. formação polipóide com origem no endométrio, consistência variável, vascularização superficial (vasos de calibre fino, trajeto linear e não interrompido) – sugestivos de pólipos endometriais.</p> <p>1.2. formação nodular com origem no miométrio, consistência mais endurecida e vascularização superficial (vasos de maior calibre, trajeto linear não interrompido) – sugestivo de mioma submucoso¹</p>
<p>¹A histeroscopia permite a avaliação indireta do componente intracavitário e a sua classificação de acordo com a ESGE</p>
Alterações estruturais (alterações à morfologia da cavidade uterina)
<p>1.1. congénitas (malformações uterinas)</p> <p>1.2. adquiridas - sinequias (pontes de tecido endometrial ou tecido fibroso que ligam zonas mais ou menos extensas da cavidade uterina)</p>
Alterações "funcionais"
<p>1.1. hipertrofia endometrial sem características suspeitas</p> <p>a. aumento da espessura e da vascularização endometrial</p> <p>b. aumento da densidade de orifícios glandular</p> <p>c. dilatação glandular mais exuberante</p> <p>1.2. atrofia endometrial (endométrio fino hipotrófico e regular)</p>
Outras
<p>endometrite, adenomiose, restos ovulares...</p>
Alterações sugestivas de malignidade
<p>Lesões difusas ou focais com características suspeitas</p> <p>endométrio irregular/formações polipóides de superfície irregular, aspeto papilar, presença de necrose, vascularização atípica (exuberante, desordenada, com vasos de calibre irregular e trajeto sinuoso e interrompido)</p>

Treino em histeroscopia cirúrgica



Alberto Fradique

Especialista em Ginecologia e Obstetrícia, Hospital dos Lusíadas, Lisboa

Como para qualquer outra técnica cirúrgica, o treino em histeroscopia cirúrgica é fundamental para todos os ginecologistas que queiram realizar esta técnica. Como acontece com outras técnicas endoscópicas, o treino deve ser iniciado em "endotrainers", onde se adquirem as capacidades básicas, e só posteriormente continuado em pacientes, sob tutela de um ginecologista experiente na técnica.

Para a fase inicial de formação, existem múltiplos modelos inanimados que permitem uma aquisição adequada das várias técnicas envolvidas: mecânicas (tesouras e pinças), uso de energia bipolar em consultório (Versapoint ou semelhante, mini-ressetoscópios, mini-morceletes) e ressetoscópios com diferentes

diâmetros para uso no bloco operatório (5 a 10 mm, habitualmente).

Diferentes modelos são utilizados neste treino: desde simples pimentos a modelos mais realistas, usando bexigas, batatas previamente preparadas, úteros de silicone no interior dos quais se colocam pedaços de carne, de corações de galinha, para simular pólipos e miomas, até simuladores de realidade virtual que permitem recriar diferentes procedimentos cirúrgicos.

Em Portugal, quer as bexigas, quer as batatas previamente preparadas, revelaram ser modelos muito eficazes e proporcionar um excelente treino. Contudo, a sua preparação é morosa e a conservação dos modelos após preparados requer condições especiais, uma vez que necessitam de ser mantidos congelados até à sua utilização. Os modelos usando como base úteros de silicone são muito mais fáceis de preparar e permitem grande realidade cirúrgica, o que os torna mais vantajosos e fáceis de usar.



Os simuladores de realidade virtual aplicados à histeroscopia têm a vantagem de ser realistas e permitem uma avaliação muito precisa da correção da técnica usada (inspeção correta, duração do procedimento, precisão dos movimentos, erros de execução...). Permitem a simulação de diferentes patologias e níveis de dificuldade variáveis. A principal desvantagem é o seu elevado custo.

As vantagens do treino em modelos são muito evidentes: aquisição facilitada da técnica cirúrgica e diminuição da curva de aprendizagem, sem pôr em risco os doentes.

Naturalmente, este tipo de treino não dispensa o treino tutelado no doente, mas torna esta segunda fase do treino cirúrgico muito mais segura e diminui o número de procedimentos necessários para a formação do cirurgião.

Em conclusão, o treino em histeroscopia cirúrgica deve sempre iniciar-se em "trainers" com modelos inanimados e só após um treino adequado se deve iniciar a formação tutelada em doentes.

Valor médico legal das normas de orientação clínica



André Gonçalo Dias Pereira

Diretor do Centro de Direito Biomédico. Prof. da Fac. de Direito da Univ. de Coimbra. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

Em 1999, o Institute of Medicine publicou o Relatório "To err is Human", no qual se afirma que entre 44.000 e 98.000 americanos morreriam a cada ano em função de erros relacionados com a assistência à saúde.

Entre outras razões, a qualidade em saúde, a medicina baseada na evidência e a necessidade de racionalização dos cuidados de saúde tem levado a que,

nos países desenvolvidos, se criem *guidelines* e normas de consenso. Noutros países, como Portugal, tem-se vindo a criar Normas de Orientação Clínica, no âmbito da DGS (cf. <http://noes.pt/>).

Em Portugal, tem-se vindo a criar Normas de Orientação Clínica, no âmbito da DGS.

Estas normas serão cruciais para definir as "legis artis" no âmbito da (i)licitude da intervenção médica em causa, como resulta do artigo 4.º da Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina.

Levanta-se a questão de saber qual a eficácia jurídica das mesmas. Serão vinculativos ou meramente indicativos? Haverá ainda espaço para a independência médica?

A conferência "Valor médico-legal das normas de orientação clínica" tentou dar elementos para uma resposta a estas complexas questões, considerando casos de responsabilidade disciplinar, civil e penal nacionais e estrangeiros.

Cirurgia robótica em Ginecologia



Henrique Nabais

Diretor da Unidade Multidisciplinar de Ginecologia do Centro Clínico Champalimaud

A cirurgia robótica é um sonho que já se persegue pelo menos há 35 anos, datando de 1983 a primeira cirurgia com uma plataforma robotizada, o *Artrobot*.

Em 1997 é realizada a primeira cirurgia robótica ginecológica e em 2005 a FDA aprova a utilização da plataforma da Vinci para a cirurgia ginecológica. Hoje, a Ginecologia, em termos mundiais, é a segunda área com maior número de procedimentos cirúrgicos efetuados.

O conceito e as plataformas robóticas evoluíram e continuarão a evoluir, sendo as perspetivas futuras absolutamente fascinantes, não só na redução dos custos, mas também na possibilidade de personalizar a plataforma ao cirurgião e ao doente, e ainda na utilização de materiais cada vez mais adaptados aos tecidos humanos.

A cirurgia robótica, como sabemos, teve uma enorme aceitação clínica, o que se traduz pelo número elevado de unidades a funcionar. No final de 2014 existiam cerca de 3266 unidades, das quais 2223 estariam nos EUA. O sucesso desta abordagem terá certamente a ver com as suas características muito próprias, em particular a visão tridimensional, a visão ampliada e mais precisa, a estabilidade da câmara, a redução do tremor do cirurgião, a maior precisão e liberdade dos movimentos de cada instrumento (mimetizando os movimentos da articulação do punho), a elevada resistência à fadiga dos materiais da plataforma e a maior ergonomia (quanto menor o cansaço do cirurgião melhor a qualidade da cirurgia).

No entanto, temos algumas desvantagens, em particular o custo económico e a ausência da sensação tátil, que pode condicionar o aparecimento de complicações específicas deste tipo de cirurgia, como sejam as lesões por arrancamento.

O sucesso aconselha, não obstante, a que se tenha em conta as mais elementares regras de sensatez. A adoção desta nova abordagem cirúrgica deve ter em conta um equilíbrio vital entre três vertentes: os benefícios clínicos para os doentes, os custos económicos e o desejo de inovar dos médicos. É da avaliação cuidadosa e rigorosa deste balanço que deve resultar a nossa decisão de realizar, ou não, uma cirurgia robótica.

Acredito que este tipo de intervenção inovadora, com a plataforma da Vinci ou

outras, será o futuro da cirurgia minimamente invasiva em muitos dos procedimentos cirúrgicos ginecológicos, particularmente naqueles com maior grau de

complexidade técnica. Esta convicção advém de dois factos, por um lado, estar assegurada a segurança clínica deste tipo de cirurgia, e, por outro, a inevitabilidade da

redução dos custos, não só os inerentes à plataforma robótica, mas também aqueles que estão associados à curva de aprendizagem do cirurgião e da sua equipa.

O futuro é já aqui, mas não podemos esquecer os ensinamentos do passado, para que o futuro possa ser melhor que o presente.



LASER nos tratamentos do trato genital inferior

Desde há várias décadas que o LASER CO2 tem sido utilizado como tratamento destrutivo e/ou excisional de lesões do colo do útero, vagina e vulva. Ultimamente, também tem sido utilizado no tratamento da atrofia vulvovaginal.

Tem existido alguma controvérsia quanto às vantagens da utilização do LASER em relação a outras técnicas de tratamen-

to do trato genital inferior, nomeadamente a criocirurgia e a eletrocirurgia.

Os tratamentos LASER são sempre feitos sob controlo colposcópico, através de um micromanipulador que lhe está aco- plado. Isto traduz-se, de imediato, numa enorme vantagem em relação às outras técnicas, pois, permite uma precisão de aplicação de acordo com a extensão da

lesão, com destruição localizada e mínima alteração do tecido adjacente. Digamos que, com o LASER, podemos efetuar um tratamento personalizado da lesão, não ficando reféns de tamanhos de ansas diatérmicas.

É um método com mínimas complicações intra e pós-operatórias, e que se realiza na grande maioria das vezes em

ambulatório, no local onde se fazem as colposcopias. A cura das lesões é excelente e rápida. Preserva a integridade reprodutiva e tem alto índice de eficácia.

Contudo, não são só vantagens, pois, trata-se de aparelhos de elevado custo e em que a curva de aprendizagem é lenta e requer experiência.

As vaporizações LASER são métodos



Virgínia Monteiro

Coord. da Unidade de Colposcopia-Laser do Hospital da Luz.
 Presid. da Secção Portuguesa de Colposcopia e Patologia do Trato Genital Inferior (SPCPTGI) da SPG

destrutivos do colo, vagina e vulva. Este tipo de tratamento implica um diagnóstico prévio e seguro, ou seja, exclusão histológica de lesão de alto grau ou invasiva, garantia de controlo da doente e, no caso do colo do útero, ausência de extensão endocervical da lesão.

As indicações para vaporização laser incluem:

- CIN I /II
 - VAIN I/ II
 - VIN
 - PIN
 - Condilomas vulvares, perineais e perianais
 - Lesões a HPV
 - Himenectomias
 - Pólipos do colo
 - Correção de septos vaginais
 - Excisão de quistos de glândula de Bartholin
 - Excisão de quistos sebáceos
- Tratamentos de complicações pós-tratamentos do colo (permeabilização de colo estenosados, libertação de aderências aos FSP, etc.)

As excisões das zonas de transformação (conizações), quando efetuadas com LASER, têm vantagem em relação às feitas com ansa diatérmica e agulha, pois, após o procedimento, permitem também a vaporização do colo restante, assim como a eversão do endocolo para controlo no *follow-up*.

Em relação aos tratamentos de lesões de alto grau da vagina, o tratamento LASER apresenta-se como sendo a única técnica de tratamento cirúrgico eficaz e com menor sequelas, nomeadamente fibroses e estenoses.

O tratamento da atrofia vulvovaginal com LASER CO2 microablativo fracionado está indicado na menopausa fisiológica ou cirúrgica e também em mulheres que têm contraindicação para tratamento c/ estrogénios. Apesar de ainda não estar aprovado pela FDA, vários estudos publicados no último ano indicam a sua utilidade no tratamento da atrofia vulvovaginal com ou sem incontinência urinária.

PUBLICIDADE

Diabetes na mulher pós-menopausa



Fernanda Geraldês

Assistente hospitalar graduada de Ginecologia, Serviço de Ginecologia B do CHUC. Presidente da Secção Portuguesa de Menopausa da SPG

A diabetes é uma doença que tem uma maior prevalência na mulher, sendo que a diabetes tipo II é a doença crónica mais comum na pós-menopausa. A redução de estrogénios circulantes leva a uma redução do metabolismo basal, tendo como consequência o aumento de peso, de risco cardiovascular e da insulinoresistência

Na mulher com diabetes conhecida deve ser avaliado o risco-benefício antes de se optar pela terapêutica hormonal. Os parâmetros a ter conta são: a idade, a duração e evolução da doença, a presença ou ausência de doença vascular (nefropatia, retinopatia ou neuropatia) e de outros fatores de risco pré-existent (cardiovasculares, trombóticos ou neoplásicos).

Após a avaliação do risco cardiovascular, e quando os benefícios superam os riscos, para além da formulação terapêutica mais adequada a cada caso (TH estroprogestativa ou estrogenoterapia isolada), outros parâmetros, como a dose de estrogénios, a via de administração e o tipo de progestativo, devem ser tidos em conta.

A maioria dos progestativos sintéticos causa insulinoresistência e hiperinsulinismo, mas, de acordo com os

estudos clínicos HOLTON e PEPI e, mais recentemente, o KEEPS, verificou-se que, com a utilização da progesterona natural, não houve qualquer alteração no metabolismo dos hidratos de carbono.

Os estrogénios transdérmicos promovem a redução da resistência à insulina, confirmada pelos resultados dos ensaios clínicos mais recentes realizados em doentes com diabetes, pelo que o benefício do tratamento transdérmico com estroprogestativo ou estrogénio associado a progesterona natural pode ser maior do que com a via oral.

A prevalência da diabetes tipo II nos países desenvolvidos tem tido um aumento substancial na última década.

Existem poucos estudos sobre o risco/benefício da TH na diabetes tipo 1. Num estudo epidemiológico latino-americano, os autores não encontraram diferenças na prevalência de hipertensão, IMC ou sintomas da menopausa, assumindo o mesmo risco/benefício que na população em geral e na diabetes tipo 2.

Há poucos estudos sobre a utilização da tibolona em mulheres com diabetes. Em casuísticas reduzidas, não demonstrou alterações no controlo glicémico de doentes diabéticas

O TSEC foi estudado através dos ensaios clínicos SMART, que demonstraram uma melhoria do perfil lipídico, não tendo sido encontrado qualquer efeito do bazedoxifeno no metabolismo da glicose.

É da nossa responsabilidade proporcionar à mulher diabética pós-menopáusicas com sintomas vasomotores uma melhoria na qualidade de vida, optando pela

Na presença de contraindicações, a terapêutica não hormonal deverá ser a opção.

terapêutica hormonal e preferencialmente pela via transdérmica. Na presença de contraindicações, a terapêutica não hormonal deverá ser a opção. O tratamento da síndrome geniturinária da menopausa, preferencialmente com estrogénios locais, deverá ser obrigatório mesmo nas mulheres sob TH sistémica.

I	A TH pode ser considerada para alívio da sintomatologia vasomotora na mulher diabética, tipo 1 ou 2, sem outros fatores de risco cardiovasculares	A
II	As formulações de eleição para a mulher diabética são a TH estrogénica transdérmica após histerectomia e a TH combinada com progesterona natural na mulher com útero	B

PUBLICIDADE

Quinta-feira, 07 de junho Thursday, 07th June

13:30h	Abertura do Secretariado / <i>Secretariat Opening</i>
14:30-16:00h	Sessão 1 / Session 1 INOVAÇÃO EM DIAGNÓSTICO / INNOVATION IN DIAGNOSIS Centro de Congressos Moderadores / Chairpersons: João Bernardes e Liana Negrão Localização – Pré-cirurgia dos miomas uterinos / <i>Pre-surgical location of uterine myomas</i> Nicolas Bourdel Valor da colonoscopia virtual para estudo da endometriose / <i>Value of virtual colonoscopy on endometriosis</i> Sandra Sousa Caracterização ecográfica dos tumores do ovário / <i>Ultrasound characterization of ovarian tumours</i> Lil Valentin
16:00-16:30h	Conferência 1 / Keynote lecture 1 VALOR MÉDICO-LEGAL DAS NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA / MEDICO LEGAL VALUE OF CLINICAL GUIDELINES Centro de Congressos Presidente / President: Miguel Guimarães Palestrante / Speaker: André Dias Pereira
16:30-17:00h	Coffee-break
17:00-18:00h	Simpósio 1 / Symposium 1 Centro de Congressos ACETATO DE ULIPRISTAL (UPA): DADOS DE SEGURANÇA Presidente / Chairwoman: Fernanda Águas UPA – Novas recomendações de segurança Daniel Pereira da Silva Dados nacionais sobre segurança Fernanda Águas <i>Current and new perspectives on the management of uterine fibroids</i> Olivier Donnez Discussão e esclarecimento de perguntas
18:00-19:00h	Sessão 2 / Session 2 CONSENSO SOBRE HEMORRAGIAS UTERINAS ANORMAIS (HUA) / CONSENSUS ON ABNORMAL UTERINE BLEEDING Centro de Congressos Moderadoras / Chairpersons: Eunice Capela, Fátima Faustino, Fernanda Gerales e Margarida Martinho Conceitos, classificação e diagnóstico / <i>Concepts, classification and diagnosis</i> Maria Geraldina Castro HUA: Orientação por faixa etária / <i>AUB: Management by age group</i> Puberdade e idade reprodutora / <i>Adolescence and reproductive age</i> José Lourenço Reis Peri e pós-menopausa / <i>Peri and postmenopause</i> Maria João Carvalho HUA aguda / <i>Acute AUB</i> Nuno Nogueira Martins
19:00-20:00h	Cerimónia de Abertura e Saudação ao Presidente de Honra / Opening Ceremony and Greetings to the President of Honour Centro de Congressos João Luís Silva Carvalho
20:00h	Cocktail de Boas Vindas / Welcome Cocktail

Sexta-feira, 08 de junho Friday, 08th June

07:15h	Abertura do Secretariado / <i>Secretariat Opening</i>
08:15-09:00h	Pequeno almoço com o especialista / Breakfast with the expert FORMAÇÃO EM LAPAROSCOPIA NA GINECOLOGIA ONCOLÓGICA / TRAINING IN LAPAROSCOPY IN GYNECOLOGIC ONCOLOGY Audrey Tsunoda
09:00-10:30h	Sessão 3 / Session 3 CIRURGIA DO CANCRO GINECOLÓGICO: ESTADO DA ARTE / GYNAECOLOGICAL CANCER SURGERY: STATE OF THE ART Centro de Congressos Moderadoras / Chairpersons: Ana Francisca Jorge e Cristina Frutuoso Linfadenectomia para-aórtica – 10 passos / <i>Para-aortic lymphadenectomy in 10 steps</i> Nicolas Bourdel Gânglio sentinela nos cânceros do colo e do endométrio / <i>Sentinel lymph node in cervical and endometrial cancers</i> Mónica Pires Cirurgia do abdómen alto no cancro do ovário / <i>Upper abdominal surgery in ovarian cancer</i> Miguel Fernandes
09:00-11:00h	Comunicações Orais / Oral Communications Sala A CO 01 a CO 12 Pág. 22 Moderadoras / Chairpersons: Eunice Capela e Sofia Alegre
10:30-11:00h	Conferência 2 / Keynote lecture 2 CIRURGIA ROBÓTICA: O FUTURO EM GINECOLOGIA ONCOLÓGICA / ROBOTIC SURGERY: THE FUTURE IN GYNAECOLOGIC ONCOLOGY Centro de Congressos Presidente / President: Daniel Pereira da Silva Palestrante / Speaker: Audrey Tsunoda
11:30-12:00h	Conferência 3 / Keynote lecture 3 PASSADO E FUTURO DA HISTEROSCOPIA / PAST AND FUTURE OF HYSTEROSCOPY Centro de Congressos Presidente / President: Alberto Fradique Palestrante / Speaker: Stefano Bettocchi
12:00-13:00h	Simpósio 2 / Symposium 2 Centro de Congressos KEEPING UP WITH WOMEN'S NEEDS Moderadora / Chairwoman: Fernanda Águas TANCO – Think about needs in contraception Teresa Bombas <i>Meeting women's needs in contraception</i> Joaquim Neves <i>Meet the expert</i> Kristina Gemzell-Danielsson Q&A
13:00-14:00h	Almoço / Lunch
14:00-15:00h	Simpósio 3 / Symposium 3 Centro de Congressos VACINAÇÃO CONTRA O HPV: EXPERIÊNCIAS, DESAFIOS E PERSPETIVAS Moderadora / Chairwoman: Amália Pacheco Casos Clínicos Paula Ambrósio e Cristina Nogueira da Silva Consenso Nacional sobre Vacinas Contra HPV Virgínia Monteiro
15:00-16:30h	Comunicações Orais / Oral Communications Sala A CO 13 a CO 22 Pág. 30 Moderadores / Chairpersons: Ana Casquilho e Cláudio Rebelo

15:00-16:30h	Sessão 4 / Session 4 ENDOSCOPIA GINECOLÓGICA – NOVOS PARADIGMAS / GYNAECOLOGICAL ENDOSCOPY – NEW PARADIGMS Centro de Congressos Moderadores / Chairpersons: Fátima Faustino e João Luís Silva Carvalho Prevenção de aderências em cirurgia ginecológica: Que evidência / <i>Adhesion prevention in gynaecological surgery: What evidence</i> Rudy Léon de Wilde O ureter em cirurgias complexas – Como evitar lesões / <i>Ureter in complex surgeries: How to prevent injuries</i> Filipa Osório Definir uma classificação de imagens histeroscópicas: Que importância / <i>Image classification in hysteroscopy: What importance</i> Margarida Martinho
16:30-17:00h	Coffee-break
17:00-20:00h	Workshops & Hands-on-training W1 LASER / LASER Sala B TRATAMENTOS DO TRATO GENITAL INFERIOR (TGI) / LOWER GENITAL TRACT TREATMENT (LGT) Coordenadoras / Coordinators: Virgínia Monteiro e Teresa Fraga 17:00-17:20h Propriedades físicas do LASER / <i>LASER physical properties</i> Javier Rodriguez 17:20-17:40h Tratamentos LASER do colo / <i>Cervix LASER treatments</i> Virgínia Monteiro 17:40-18:00h Tratamentos LASER da vagina / <i>Vaginal LASER treatments</i> Adelaide Vitorino 18:00-18:20h Discussão / <i>Discussion</i> 18:20-19:00h Coffee-break 19:00-19:20h Tratamentos LASER da Vulva / <i>Vulva LASER treatments</i> Teresa Fraga 19:20-19:40h Tratamentos LASER da atrofia vulvovaginal (AVV) / <i>Vulvovaginal atrophy (VVA) LASER treatments</i> Stefano Salvatore 19:40-20:00h Tratamentos LASER da síndrome génitourinária da menopausa (SGUM) / <i>Genitourinary syndrome of menopause (GSM) LASER treatments</i> Stefano Salvatore 20:00-20:30h Discussão – Encerramento do Workshop / <i>Discussion – Workshop Closing</i> Patrocínio:
17:00-18:00h	W2 ROBÓTICA / ROBOTICS Sala A INTRODUÇÃO À CIRURGIA ROBÓTICA EM GINECOLOGIA / INTRODUCTION TO ROBOTIC SURGERY IN GYNECOLOGY Coordenadores / Coordinators: António Setúbal, Audrey Tsunoda e Pere Brescó 17:00-18:00h Introdução à cirurgia robótica / <i>Introduction to robotic surgery</i> O robot e os seus instrumentos / <i>The robot and its instruments</i> Filipa Osório A sala de operações em cirurgia robótica / <i>The operating room in robotic surgery</i> Pluvio Coronado Estado da arte em cirurgia robótica em Portugal e no Mundo / <i>State of the art in robotic surgery in Portugal and in the World</i> Henrique Nabais 18:00-18:30h Como desenvolver um programa de formação em cirurgia robótica / <i>How to develop a training program in robotic surgery</i> Treino e curva de aprendizagem / <i>Training and learning curve</i> Pluvio Coronado Construir uma equipa em cirurgia robótica / <i>To build a team in robotic surgery</i> Bruno Azevedo
18:30-19:00h	Coffee-break
19:00-20:00h	Cirurgia robótica em Ginecologia / Robotic surgery in Gynecology Principais aplicações em Ginecologia / <i>Main applications in Gynecology</i> Audrey Tsunoda Vantagens da cirurgia robótica sobre a cirurgia laparoscópica convencional / <i>Advantages of robotic surgery over conventional laparoscopic surgery</i> Henrique Nabais Vídeos comentados de cirurgias ginecológicas / <i>Commented videos of gynecological surgeries</i>
17:00-17:15h	Hands-on-training 2 LAPAROSCOPIA / LAPAROSCOPY Sala C Coordenadores / Coordinators: António Lanhoso, Luis Ferreira Vicente e Margarida Martinho
17:15-17:30h	Energias em laparoscopia / Energies in laparoscopy António Lanhoso
17:30-20:00h	Treino prático em simulador / Practical training in simulator Exercícios de coordenação motora / <i>Motor coordination exercises</i> Treino de sutura laparoscópica / <i>Laparoscopic suture training</i> Dez simuladores / <i>Ten workstations</i> Um monitor por simulador / <i>One monitor per workstation</i> Monitores / <i>Monitors</i> : Ana Casquilho, Ana Sofia Fernandes, Anabela Melo, Andrea Quintas, Andreia Leitão Marques, António Lanhoso, Cláudia Andrade, Eunice Capela, Fátima Faustino, Herminia Afonso, Hugo Gaspar, Irina Ramilo, João Cavaco Gomes, José Lourenço Reis, Luis Ferreira Vicente, Margarida Martinho, Nuno Oliveira, Paula Norinho, Pedro Oliveira, Renata Verissimo, Rita Mesquita Pinto, Sandra Soares, Sara Campos e Sónia Barata Patrocínio:
07:15h	Abertura do Secretariado / <i>Secretariat Opening</i>
08:15-09:00h	Pequeno almoço com o especialista / Breakfast with the expert CRIAÇÃO DE UMA UNIDADE DE HISTEROSCOPIA DE CONSULTÓRIO / SETTING AN OFFICE HYSTEROSCOPY UNIT Centro de Congressos Stefano Bettocchi
09:00-10:30h	Sessão 5 / Session 5 TRATAMENTOS EM PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR / TREATMENTS IN LOWER GENITAL TRACT PATHOLOGY Centro de Congressos Moderadores / Chairpersons: José Fonseca Moutinho e Virgínia Monteiro Técnicas de excisão da zona de transformação / <i>Transformation zone excision techniques</i> Montserrat Cararach Tratamento da neoplasia vulvar intraepitelial (VIN) / <i>Vulvar intraepithelial neoplasia (VIN) treatment</i> Mário Preti Regeneração vaginal / <i>Vaginal regeneration</i> Stefano Salvatore
09:00-11:00h	Comunicação Oral e Vídeos / Oral Communication and Videos Sala A CO 41 & V 01 a V 11 Pág. 50 Moderadores / Chairpersons: Margarida Martinho e Luis Ferreira Vicente

Sábado, 09 de junho Saturday, 09th June

07:15h	Abertura do Secretariado / <i>Secretariat Opening</i>
08:15-09:00h	Pequeno almoço com o especialista / Breakfast with the expert Centro de Congressos CRIAÇÃO DE UMA UNIDADE DE HISTEROSCOPIA DE CONSULTÓRIO / SETTING AN OFFICE HYSTEROSCOPY UNIT Stefano Bettocchi
09:00-10:30h	Sessão 5 / Session 5 TRATAMENTOS EM PATOLOGIA DO TRATO GENITAL INFERIOR / TREATMENTS IN LOWER GENITAL TRACT PATHOLOGY Centro de Congressos Moderadores / Chairpersons: José Fonseca Moutinho e Virgínia Monteiro Técnicas de excisão da zona de transformação / <i>Transformation zone excision techniques</i> Montserrat Cararach Tratamento da neoplasia vulvar intraepitelial (VIN) / <i>Vulvar intraepithelial neoplasia (VIN) treatment</i> Mário Preti Regeneração vaginal / <i>Vaginal regeneration</i> Stefano Salvatore
09:00-11:00h	Comunicação Oral e Vídeos / Oral Communication and Videos Sala A CO 41 & V 01 a V 11 Pág. 50 Moderadores / Chairpersons: Margarida Martinho e Luis Ferreira Vicente

10:30-11:00h	Conferência 4 / Keynote lecture 4 TERAPÊUTICA HORMONAL SUBSTITUTIVA: AINDA É ÉTICO? / HORMONE REPLACEMENT THERAPY: IS IT STILL ETHICAL? Centro de Congressos Presidente / President: José Martinez de Oliveira Palestrante / Speaker: Gilbert Donders
11:00-11:30h	Coffee-break
11:30-12:30h	Comunicações Orais / Oral Communications Sala A CO 23 a CO 28 Pág. 37 Moderadores / Chairpersons: Cristina Frutuoso e Paulo Aldinhas
11:30-12:30h	Sessão 6 / Session 6 A MULHER DIABÉTICA NA PÓS-MENOPAUSA / THE POST MENOPAUSAL DIABETIC WOMAN Centro de Congressos Moderadores / Chairpersons: Carlos Oliveira e Fernanda Gerales Todas as mulheres diabéticas beneficiam com terapêutica hormonal? / <i>All diabetic women benefit from hormone replacement therapy?</i> Maria João Carvalho TH na mulher diabética, um problema para o internista / <i>Hormone replacement therapy in diabetic woman, a problem for the internist</i> Pedro Marques da Silva
12:30-13:00h	Sessão Patrocinada / Sponsored Session Centro de Congressos PATIENT BLOOD MANAGEMENT NUM CONTEXTO DE HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL Moderadora / Chairwoman: Fernanda Águas Gestão de sangue do doente / <i>Patient blood management</i> João Maires Consenso sobre hemorragias uterinas anormais – Tratamento da anemia ferropénica / <i>Consensus on abnormal uterine bleeding – Treatment of ferropenic anemia</i> Fernanda Águas
13:00-14:00h	Almoço / Lunch
14:00-16:00h	Simpósio 4 / Symposium 4 Centro de Congressos LENZETTO®, NOVA TERAPÊUTICA TRANSDÉRMICA EM SPRAY PARA A MENOPAUSA Presidentes / Chairmans: Fernanda Águas e Daniel Pereira da Silva <i>International research on western european women's well-being – Results for Portugal</i> Veronika Horváth Apresentação do estudo de percepções e atitudes da mulher portuguesa na menopausa Fernanda Gerales <i>The unique and innovative menopausal hormone therapy with flexible doses in spray</i> John Buster Lenzetto® para que mulheres? Cláudio Rebelo
16:00-16:30h	Conferência 5 / Keynote lecture 5 REIMPLANTAÇÃO DE TECIDO OVÁRIO: UMA NOVA ESTRATÉGIA PARA A MENOPAUSA? / OVARIAN REIMPLANTATION TISSUE: A NEW STRATEGY FOR THE MENOPAUSE? Centro de Congressos Presidente / President: Fernanda Águas Palestrante / Speaker: Claus Yding Andersen
16:00-18:00h	Comunicações Orais / Oral Communications Sala A CO 29 a CO 40 Pág. 41 Moderadoras / Chairpersons: Amélia Pedro e Rita Sousa
16:30-17:00h	Coffee-break
17:00-18:00h	Sessão 7 / Session 7 CIRURGIA RECONSTRUTIVA DO PAVIMENTO PÉLVICO / RECONSTRUCTIVE SURGERY OF THE PELVIC FLOOR Centro de Congressos Moderadoras / Chairpersons: Amália Martins e Teresa Mascarenhas Cirurgia com redes? / <i>Mesh or graft surgery?</i> Renaud de Tayrac Cirurgia com tecidos nativos? / <i>Native tissue repair?</i> Eckard Petri
18:00h	Assembleia Geral Eleitoral / Electoral General Assembly
20:30h	Jantar do Congresso / Congress Dinner

Domingo, 10 de junho Sunday, 10th June

08:00h	Abertura do Secretariado / <i>Secretariat Opening</i>
09:00-11:00h	Sessão 8 / Session 8 PREVENÇÃO EM GINECOLOGIA: FAZ O QUE EU FAÇO / PREVENTION IN GYNAECOLOGY: DO WHAT I DO Corrida – Caminhada / <i>Running – Hiking</i>
11:00-11:30h	Coffee-break
11:30-12:00h	Conferência 6 / Keynote lecture 6 SER GINECOLOGISTA / TO BE A GYNAECOLOGIST Centro de Congressos Presidente / President: Fernanda Águas Palestrante / Speaker: Ricardo Araújo Pereira
12:00-12:30h	Entrega de Prémios e Sessão de Encerramento / Rewards and Closing Session Centro de Congressos

PUBLICIDAD



PUBLICIDADE

