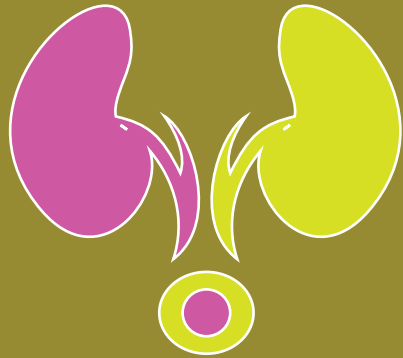


Lisboa, Hotel Sana Metropolitan, 26 e 27 de Março de 2015



15^{as} JORNADAS

NACIONAIS DE UROLOGIA EM MEDICINA FAMILIAR

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE EM UROLOGIA

Manuel Mendes Silva - Médico Urologista

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental, social e ecológico, e não apenas a ausência de doença ou deformidade. Apesar de discutível e muito discutida, esta definição encara a saúde em diversos dos seus aspectos pela positiva e não pela negativa, transmitindo desde logo essa importante mensagem que há alguns anos foi revolucionária.

A educação para a saúde consiste na transmissão e aquisição de conhecimentos, condições, atitudes, práticas e hábitos relacionados com a (boa) saúde. Essa transmissão deve ser efectuada por pessoa ou instituição qualificada (a internet pode ser muito útil mas também muito perigosa...), deve ser baseada em critérios científicos comprovados, independentemente de tradições, preconceitos, modas, avanços não suficientemente testados que possam originar falsas expectativas, e deve ser isenta de quaisquer interesses individuais ou colectivos que não sejam a honesta e sensata divulgação e promoção da (boa) saúde e do combate à doença e aos seus efeitos, com uma forma de comunicação adaptada aos receptores das mensagens. Os aspectos da educação para a saúde relacionados com a Urologia que iremos analisar incluem as seguintes vertentes: 1) Educação miccional; 2) Educação sexual; 3) Cuidados com os genitais externos; 4) Educação alimentar e de ingestão líquida; 5) Educação intestinal; 6) Educação postural e de exercício físico; 7) Educação mental e social; 8) Educação cultural urológica (Principais problemas e doenças urológicas com impacto público: conhecimentos, atitudes, práticas e hábitos, na prevenção, na doença, nos seus diagnóstico precoce e principais tratamentos, na sua reabilitação, assim como na quantidade e qualidade de vida).

Educação miccional

Há muito tempo vimos defendendo o termo “educação miccional” por analogia aos mais conhecidos termos de “educação sexual” e “educação alimentar”. A micção é um acto reflexo, embora condicionado e modulado pela vontade, adequando-se às situações sociais. Há, pois, que adaptar o reflexo miccional e o seu controlo voluntário, para evitar comportamentos de risco que possam promover ou provocar disfunções miccionais como a retenção ou incontinência urinária, infecções, ou outras patologias. Por isso, há que estabelecer um padrão e um comportamento miccional, com esvaziamento vesical frequente — não reter, e com esvaziamento vesical completo — não interromper. Não é nada saudável “ficar apertadinho(a)”, “até à última”... e não terminar a micção de forma adequada, interrompendo-a ou não deixando que saiam as últimas gotas... Os maus hábitos miccionais começam frequentemente na infância e sobretudo no sexo feminino, em que, por razões de higiene sanitária “fora de casa”, as meninas são aconselhadas a reter... e, porque estão “na brincadeira” e se querem despachar, além de reter, interrompem... No sexo feminino, após a micção, deve haver uma limpeza com papel absorvente macio da frente para trás, e na idade adulta deve ser aconselhada e encorajada a micção após coito. Os cuidados com a higiene genital serão adiante referidos. No sexo masculino, sobretudo quando o prepúcio cobre e excede a glande, deve haver cuidados para não acumulação de “restos” de urina, através da retração do prepúcio, embora parcial, aquando da micção, para libertar o meato uretral, e de, após a micção, “sacudir” o pénis convenientemente com eventual limpeza com papel absorvente macio. Em ambos os sexos, deve ser efectuada a micção antes de períodos prolongados de difícil ou impossível esvaziamento vesical, como viagens, aulas, reuniões, espectáculos, refeições prolongadas, antes de deitar, etc. São também importantes os hábitos de adequada ingestão líquida (cerca de 1,5 a 2 litros diários, mais quantidade com o calor ou com o esforço) e dieta apropriada. O evitar a congestão pélvica (hábitos miccionais, intestinais e sexuais, dieta, sedentarismo, aspectos posicionais, etc.- Ver Caixa) é muito importante, sobretudo em adultos com profissões de risco (motoristas, escritório e outras em que existem grandes períodos de imobilidade sentado) e com o envelhecimento. A higiene genital e perineal feminina deve ser adequada e não exagerada, diária, com produtos neutros não demasiado activos (destroem a flora vaginal) e não alergizantes, e deve ser

realizada da frente para trás. A higiene genital masculina deve ser realizada diariamente com a retração do prepúcio (nos não circuncidados) e lavagem com água e sabão neutro removendo as secreções acumuladas, a que se deve seguir a secagem com toalha antes da recolocação do prepúcio na sua posição. O vestuário deve ser de produtos não sintéticos e não demasiadamente apertado, o que por vezes contraria a moda... .

Esta educação deverá ser ministrada (e os conceitos apreendidos) a nível individual, mas também na família, na escola, no trabalho, na sociedade em geral.

Existem situações especiais que põem problemas específicos, como a infância, a juventude, a actividade sexual, a gravidez, o puerpério, o envelhecimento masculino e feminino, as doenças neurológicas e outras situações específicas menos frequentes.

Uma destas situações é a enurese nocturna. Como atrás dissemos a micção é um acto reflexo sob controlo voluntário, incluindo durante o sono, em que, normalmente, acordamos se existe forte estímulo miccional por repleção vesical. Este sistema tem de maturar na infância pré-escolar, fazendo-se essa maturação habitualmente entre os três e os seis anos, em que a criança adquire o controlo voluntário da micção diurna e depois nocturna. A educação e o comportamento miccionais devem ser conforme as regras atrás definidas. Mas, por vezes, por maturação tardia do sistema, por bexiga hiperactiva (com contrações não inibidas), por alterações do sono, ou por outras razões ou doenças, mantém-se o não controle durante a noite, em que a criança “molha a cama”. Esta situação pode ter forte impacto na psicologia e desenvolvimento equilibrado da criança, assim como na sua família e ambiente social, incluindo a escola. Excluídas as situações de doenças que devem ser tratadas, a enurese nocturna pura deve ser desdramatizada pois na grande maioria dos casos acaba por se resolver embora mais tardiamente, devendo ser estimulada a auto confiança e implementada uma educação miccional promovendo o controlo voluntário, devendo também ser incluída uma restrição de líquidos vespertinos e uma tentativa de alteração do comportamento no sono nocturno. Cabe ao médico instituir terapêutica apropriada se e quando necessário, e promover, com outras entidades, a educação da criança, da família, da escola, da sociedade.

Outra situação particular é a gravidez e o puerpério. No sexo feminino a actividade sexual de coito só deve ser exercida com lubrificação adequada (se for caso disso com lubrificante artificial), e, como atrás se disse, deve ser estimulada a micção após o coito. Na gravidez, para além dos conselhos miccionais gerais deve ser recomendada uma maior ingestão líquida e um comportamento miccional mais rigoroso, com micções mais frequentes. Devem ser evitadas as situações promotoras de congestão pélvica (ver caixa). O comportamento intestinal deve ser regular, preferivelmente diário, evitando a dureza das fezes. Um aspecto muito importante diz respeito à educação e reeducação do pavimento pélvico na grávida e sobretudo na puérpera; devem ser aconselhados exercícios de Kegel (ver caixa) e deve ser evitada a compressão abdominal (cintas apertadas!) e o exercício abdominal (ginástica para evitar a “barriguinha”!) sem a prévia recuperação e a compensação do pavimento pélvico, pois este está comprometido e com o aumento da pressão abdominal tenderá a ceder, sendo factor predisponente para ulteriores prolapso e incontinência urinária. Esta educação referente à gravidez e puerpério deve incluir a grávida, mas também a família (marido, mãe, outros), no ambiente doméstico, no trabalho e na sociedade.

No envelhecimento, masculino e feminino, existem condições especiais em que a educação miccional deve ser enfatizada, para além de eventuais tratamentos adequados, pois existem alterações próprias que há que levar em devida conta e que poderão explicar certos factos e algumas queixas, havendo também que prevenir disfunções miccionais, retenção e incontinência, e infecções urinárias. Assim, existe muito frequentemente em ambos os sexos hipertrofia e fibrose do detrusor (músculo) vesical, com diminuição da capacidade vesical, por vezes com contrações não inibidas do detrusor (bexiga hiperactiva) que levam a noctúria (aumento da frequência nocturna), frequência, urgência e incontinência, requerendo (re)educação miccional. Em outras ocasiões existe hipotonia do detrusor com diminuição da complacência (“compliance”) e diminuição da contractilidade (bexiga hipoactiva), eventualmente com resíduo pós-miccional e retenção urinária. Nestes casos deve ser recomendada a micção frequente e completa, auxiliada com a compressão abdominal, às vezes com micções em dois ou três tempos para completar o esvazia-

mento vesical, para além do eventual tratamento médico ou cirúrgico da situação. Nas mulheres pós-menopausa existe frequentemente atrofia vaginal e uretral e em alguns casos fibrose, que levam a diminuição da pressão de encerramento uretral com incontinência, sobretudo ao esforço, e predisposição a infecção urinária (também pela “secura” e falta de lubrificação aquando do coito). Há que reconhecer e tratar essas situações. Por outro lado, podem existir alterações estato-dinâmicas do pavimento pélvico, sobretudo em mulheres que tiveram partos vaginais, com diminuição do suporte uretral posterior e posição anómala da uretra e colo vesical que também predis põem a incontinência relacionada com o esforço, e que podem beneficiar, como as situações anteriores, com os exercícios de Kegel (ver caixa), antes de eventuais cirurgias que hoje são “simples” e com bons resultados. Nos homens, por patologias da próstata e da uretra, pode haver aumento da resistência uretral com consequências anatómicas e fisiológicas a nível do colo vesical e da bexiga, com disfunção miccional de armazenamento e de esvaziamento (ver adiante), retenção e predisposição a infecção. Um diagnóstico precoce e um tratamento adequado desses sintomas e dessa obstrução devem ser efectuados. Por outro lado, em ambos os sexos, existem alterações no ritmo circadiano hormonal (hormona antidiurética) que podem levar a inversão do ritmo diurético com poliúria (aumento do volume urinário) nocturna, assim como, também, existe maior prevalência de certas doenças, como alterações do sono, diabetes, cardiopatias, AVCs (Acidentes Vasculares Cerebrais), doenças de Parkinson e Alzheimer, que levam a noctúria, poliúria nocturna e diurna, aumento de frequência e urgência, por vezes incontinência, e outros sintomas miccionais por bexiga neurogénica. Um tratamento adequado destas situações é muitas vezes necessário, mas deve ser complementado com uma informação e (re)educação miccional adequada, e condições adequadas de vestuário (permitindo fácil exposição da uretra) e localização e acesso de sanitários, incluindo eventual uso de bacias, facilitando a tarefa miccional quando já existem algumas limitações (motoras, sensoriais, cognitivas, de equilíbrio, etc.), eventualmente até evitando quedas e fracturas. Para todos estes aspectos há que chamar a atenção e educar os idosos, mas também os seus familiares e cuidadores, em ambiente doméstico e/ou institucional.

Educação sexual

Na actualidade, nos países desenvolvidos, felizmente, tem havido uma enorme evolução positiva na educação sexual, quer nas crianças e jovens, quer em adultos e idosos, em ambos os sexos. Mas a sexualidade foi um tema (e ainda é nalguns locais, infelizmente) que, ou era tabu, ou era eivado de preconceitos, falsos conceitos, atitudes e hábitos errados e perniciosos. Temos de reconhecer que, para além de alguns eventuais exageros, a comunicação social muito tem contribuído para o desvendar da sexualidade e para a educação sexual, visto que a sexualidade é um “tema quente”, que desperta interesse e é vendável. Mas há que insistir nesta correcta educação a nível individual, na família, na escola, no trabalho, na diversão, na sociedade, incluindo, e sobretudo, os profissionais de saúde.

Há que transmitir (e fazer com que sejam apreendidos) conceitos correctos sobre a anatomia e a fisiologia sexuais em ambos os sexos e em todas as idades, sobre as hormonas sexuais, sobre a sexualidade no contexto amor/paixão e psico-social, e no contexto da fertilidade, sobre os comportamentos sexuais de risco. Há que promover uma paternidade e maternidade responsável e explicar a fertilidade e as diferentes formas de contracepção, feminina e masculina (incluindo a vasectomia), com os seus “prós e contras”. Há que referir que sexualidade e genitalidade não são a mesma coisa e que a primeira é muito mais ampla. Há que desfazer tabus e preconceitos e admitir diferentes orientações sexuais. Há que explicar, na função sexual, as fases de desejo, excitação (erecção/lubrificação), orgasmo (e ejaculação), terminando na resolução, e também as disfunções sexuais, do desejo (libido), da lubrificação feminina, da erecção (disfunção erétil), da ejaculação (disfunção ejaculatória, ejaculação prematura, ejaculação retrógrada, etc.), do orgasmo, e as dores, se e quando existem.

Em relação à sexualidade no envelhecimento e nos idosos, há que também quebrar tabus, pois a sexualidade

não tem idades, embora deva ser adaptada à idade e às circunstâncias. As cirurgias pélvicas, quer femininas quer masculinas, e a menopausa (e a “andropausa”), não impedem a genitalidade e muito menos a sexualidade no seu contexto amor/paixão, embora por vezes tenha de haver alguma ajuda terapêutica na libido e na erecção masculina e na lubrificação feminina. Ao idoso(a) deve também, pois, ser ministrada educação sexual, incluindo sobre as doenças de transmissão sexual.

Assim, em todas as idades a partir da puberdade, há que insistir na existência de doenças sexualmente transmissíveis (DST), descrevê-las sumariamente e explicar a sua prevenção. Há que salientar, na sua prevenção, a importância de evitar a promiscuidade sexual, de uma correcta mas não exagerada higiene dos órgãos sexuais externos masculinos e femininos, nomeadamente após as relações sexuais, e sobretudo enfatizar o papel importantíssimo do preservativo, como barreira, nessa prevenção das DST. Poder-se-á também discutir o papel eventual (mas discutível) da circuncisão masculina na prevenção das DST.

Cuidados com os genitais externos

Como atrás se disse há que aconselhar uma correcta e não exagerada higiene do pénis e da sua glândula, assim como da vulva e vagina, com lavagem diária (e eventualmente se e quando necessário, nomeadamente após relações sexuais), com água e sabão neutro, nos rapazes retraíndo o prepúcio sem causar dor (referimo-nos após o uso de fraldas). Nas meninas, para além da higiene diária, deve haver uma limpeza com papel absorvente macio da frente para trás após a micção.

Aos pais da criança do sexo masculino, e a ela própria quando entender, há que informar sobre a pele que recobre a glândula, o prepúcio, a sua forma e função. Nas crianças pequenas é normal que o prepúcio não retraia totalmente sobre a glândula devido a aderências que mais tarde descolarão. Não deve ser forçada essa retração que causa dor, embora se aconselhe a retração possível sem causar dor aquando da higiene no banho. Habitualmente o anel prepucial elástico vai-se adaptando com essa “ginástica” diária e as aderências vão descolando. Raramente, o anel demasiado apertado ou a existência de fibrose por infecção não permitem, ou dificultam muito, a retração. Essa situação é designada de fimose, sendo a parafimose a situação em que o anel prepucial apertado e fibrótico retraiu mas não volta à posição normal, causando isquemia, sendo uma urgência a redução prepucial ou a incisão do anel. Nas situações de fimose, nas crianças, mas sobretudo nos jovens e nos adultos, e até em idosos, por motivo da deficiente higiene intraprepucial com acumulação de secreções, são frequentes as infecções, sobretudo em diabéticos, causando mais fibrose e mais aperto do anel prepucial. Também as situações de fimose predis põem ao cancro do pénis, pelo que, por estes motivos médicos, está indicada a circuncisão, naquelas situações de fimose estabelecida, às crianças em idade escolar (excepcionalmente mais cedo), aos jovens, adultos e até a idosos. A circuncisão é às vezes efectuada por motivos religiosos e culturais, ou para facilitar a função copulatória, sobretudo em casos de prepúcios muito desenvolvidos, ou por eventuais motivos higiénicos ou de ajuda à prevenção das DST, mas nestes casos deve ser explicada e discutida a situação, pois a circuncisão tem as suas complicações e efeitos indesejáveis, embora pouco frequentes. O prepúcio e a circuncisão estão associados a alguns “mitos”, antigos mas também de hoje, que devem ser desmistificados e correctamente explicados.

Há que explicar também a existência do freio do pénis, que por vezes é curto e espesso não permitindo uma normal função copulatória, pelo que pode estar recomendada a sua secção.

O meato uretral pode também ser sede de estenose (aperto), quer congénita quer adquirida, inflamatória ou traumática, pelo que nas dificuldades miccionais deve ser excluída essa situação, assim como a de fimose cerrada. Por vezes a próstata e a uretra têm “costas largas” em relação às dificuldades miccionais masculinas...

O pénis pode ser sede de malformações congénitas que poderão ter indicação cirúrgica: pénis curvo, hipospádias (não encerramento parcial ou total da uretra peniana ventralmente), epispádias (idem dorsalmente), micropénis. Uma queixa frequente de mães de meninos e de jovens adultos ansiosos relaciona-se com o tamanho do pénis. Há que explicar que existe grande variabilidade de tamanho sem que tal interfira no prazer sexual dado ou recebido

(como existem pessoas mais baixas e mais altas, independentemente da inteligência. . .). O tamanho do pênis pode também estar “camuflado” pelo tecido adiposo prepúbico nos indivíduos “gordinhos”. Todavia, para referência, em valores médios, o pênis de um bebê em erecção tem cerca de 3cm, sendo o tamanho do pênis adulto em flacidez cerca de 7,5 cm, e em erecção cerca de 15 cm. Mas só se considera um pênis pequeno verdadeiramente anormal se for menor que 4cm em flacidez e menor que 7,5cm em erecção.

Duas situações de doença no pênis, embora pouco frequentes, devem recorrer à urgência médico-cirúrgica. Uma delas já foi referida atrás, a parafimose, exige a redução urgente ou a secção do anel prepucial garrotante. A outra, o priapismo, isto é a erecção prolongada e mantida para além de seis horas, não desejada e dolorosa, por vezes relacionada com drogas de abuso ou “recreativas”, necessita de avaliação e tratamento urgente sob pena de ulterior disfunção sexual erétil permanente.

Em relação ao escroto e testículos, há que conhecer também algumas noções básicas.

Chamamos criptorquidia à ausência do testículo na bolsa escrotal, estando o testículo situado no trajecto normal da sua descida (se não existe testículo é uma anorquidia). Se o testículo não está na bolsa e está fora do seu trajecto de descida, trata-se de ectopia testicular. Situação diferente é o testículo retráctil, “em elevador”, em que o testículo vai normalmente à bolsa, mas frequentemente não se encontra nela por exagero do reflexo cremasteriano. Todas estas situações podem ser uni ou bilaterais. Cerca de 1% dos bebés masculinos nascem sem os testículos nas bolsas, situação que normaliza na maior parte dos casos até aos 3-6 meses. A criptorquidia para lá dessa idade pode ter efeitos deletérios futuros em relação a fertilidade, assim como aumenta o risco de malignização e de torção testicular. Por isso há que ser diagnosticada e tratada entre o ano e ano e meio, o mais tardar 2 anos de idade.

O aumento de volume, não agudo, do conteúdo escrotal (para além da hérnia inguinal), pode ser devido a varicocele, hidrocele, quisto(s) paratesticular(es) e tumor/neoplasia do testículo. O varicocele, varizes no cordão espermático, mais frequentemente unilateral à esquerda, é raro em crianças e aumenta de frequência na adolescência e na puberdade, podendo comprometer a fertilidade e causar atrofia testicular, para além do incómodo causado, que até pode ser mínimo. Deve ser aconselhado o uso de cuecas justas mas não apertadas, fazendo “soutien”. Na infância e adolescência está indicado o tratamento cirúrgico do varicocele se existe atrofia testicular, e no adulto se existe compromisso no espermograma ou infertilidade, para além da indicação relativa da comodidade ou estética. O hidrocele, liquido entre as camadas da vaginal do testículo, que origina aumento de volume do escroto, por vezes de dimensões apreciáveis ou sob tensão, pode ser comunicante com a cavidade peritoneal e coexistir com hérnia inguinal, habitualmente na infância, ou não comunicante. Se está sob tensão, há que fazer o diagnóstico diferencial com o tumor testicular e com quisto paratesticular (e também com hérnia inguinal encarcerada). Os hidrocelos comunicantes, sobretudo se com hérnia inguinal associada, têm indicação cirúrgica a partir dos 2 anos, pois em muitos casos resolvem espontaneamente até essa idade; os não comunicantes terão indicação para cirurgia consoante o volume, a tensão e o incómodo causado.

O tumor maligno do testículo não é muito frequente mas aparece sobretudo no adulto jovem, nas 2ª e 3ª década de vida. É quase 100% curável se existir um diagnóstico precoce, e por isso é altamente recomendável, com esse objectivo, a auto palpação testicular periódica em todos os jovens e adultos masculinos, sobretudo em situações de história familiar de cancro testicular ou de criptorquidia. No tumor do testículo palpa-se um nódulo duro intratesticular, situação diferente do quisto paratesticular e da epididimite. Se a palpação e/ou a ecografia são suspeitas, exige-se uma exploração cirúrgica o mais breve possível por via inguinal, após colheita de sangue para marcadores tumorais, a que se seguirão outras atitudes diagnósticas e terapêuticas.

As situações de escroto agudo, com dor, inflamação e aumento de volume, são uma emergência urológica, visto que, sobretudo na infância, adolescência, puberdade e jovens adultos, podem ser causadas por torção testicular, que, para não ter efeitos futuros, tem de se resolver no prazo de 6 horas. O diagnóstico diferencial faz-se com o traumatismo (mais ou menos óbvio) e sobretudo com a infecção (orquepididimite). Na dúvida

(atenção a todos os médicos que fazem serviço de urgência!), é preferível fazer uma exploração cirúrgica com um diagnóstico errado do que deixar passar uma torção testicular, que não deixa sequelas se for atempadamente tratada mas que evolui para necrose, atrofia e perda testicular se o não for.

Outras doenças genitais e sexuais serão abaixo descritas. Como em outras situações, os cuidados a ter com os genitais externos na 1ª e 2ª infância, na adolescência, na puberdade, na idade adulta e até no idoso passam por uma educação dos pais dos bebés e depois por uma educação individual, mas também na família, na escola, na sociedade em geral. A educação dos profissionais de saúde, a diferentes níveis, é fundamental, para que eles a possam transmitir à população e aos utentes/doentes.

Educação alimentar e de ingesta líquida

A educação alimentar está hoje também muito na moda e na comunicação social, nem sempre pelos melhores motivos e nem sempre transmitindo conceitos correctos. Embora hoje haja, associado à beleza, o “culto” da magreza, com os seus excessos “negativos”, o facto é que nunca houve como agora, nas sociedades desenvolvidas “da abundância”, tantos excessos e erros alimentares condicionando doenças metabólicas, nomeadamente obesidade e diabetes, e também arterioesclerose, doenças cardio e cerebrovasculares, nefroangioesclerose e hipertensão arterial, e eventualmente cancros. Esses excessos e erros alimentares podem ser importantes em vários problemas e doenças urológicas, como a litíase urinária, certas neoplasias (próstata), a congestão pélvica, as infecções urinárias, estando também a disfunção sexual e a disfunção miccional associadas ao síndrome metabólico e à arterioesclerose. Recomenda-se, pois, uma alimentação variada, sem excessos, não demasiadamente condimentada, de confecção saudável (preferência dos cozidos e grelhados em relação aos fritos). A nossa tradicional dieta mediterrânica (assim como a dieta oriental) é considerada uma boa dieta, pelo que há que implementá-la, combatendo o “fast food” e a “dieta da abundância”. Há que promover o consumo de fibra (fruta, vegetais, . . .) e evitar excessos de sal, açúcar, farináceos, lácteos, gorduras animais, peixes gordos (embora alguns possam ser aconselhados pelos ácidos gordos ómega-3), carnes vermelhas, ovos, vísceras, mariscos, entre outros. Há que dar preferência à gordura vegetal (óleos, azeite). Os condimentos, os picantes, as especiarias, os avinagrados, os citrinos, o chocolate, assim como o café, o chá preto e o álcool, devem ser consumidos com moderação, e há que evitar o tabaco e as drogas de adição. Os suplementos alimentares, antioxidantes, oligoelementos, vitaminas, minerais estão apenas indicados em situações especiais, podendo o seu uso indevido ser prejudicial.

A ingesta líquida deve ser adequada em quantidade, distribuição horária e qualidade, para uma diurese de 1,5 a 2 litros. Recomenda-se o consumo desse volume diário de líquidos, no nosso clima, em condições normais (mais quantidade de ingesta líquida, podendo chegar a vários litros, se houver calor ambiente, exposição solar e exercício físico). A ingesta líquida deve ser preferivelmente de água, podendo ser acompanhada de infusões, tisanas e chás ou de sopa. Na nossa sociedade a “água da torneira” está convenientemente tratada, mas há quem prefira o consumo de água mineral engarrafada, mais “leve” e de consumo mais “fácil” conforme as preferências. Os refrigerantes, sobretudo se gaseificados e/ou açucarados, deverão ser condicionados, e a cerveja e o vinho consumidos com moderação.

Estes conceitos deverão ser transmitidos e assimilados de uma forma individual, mas também na família, na escola, no local de trabalho e na sociedade em geral.

Educação intestinal

O bom funcionamento intestinal e a adequada consistência das fezes são importantes para evitar a congestão pélvica, combatendo as disfunções miccionais e as infecções urinárias. Sobretudo nos idosos não é rara a disfunção miccional causada pelo impacto fecal endurecido e volumoso, o “fecaloma”. Assim, há que promover o consumo de fibra, fruta e vegetais verdes, combater o sedentarismo e educar o intestino a um regular e horário funcionamento, evitando e eventualmente tratando a obstipação e outras disfunções e doenças intestinais e ano-rectais.

Educação postural e de exercício físico

Uma postura correcta no trabalho e no lazer evita cargas e esforços a nível osteoarticular e muscular, sobretudo a nível da coluna vertebral, que podem gerar dor e contractura muscular, muitas vezes erradamente percebidas como “dores nos rins”.

Por outro lado, há que evitar posições que provoquem congestão pélvica, como o estar muito tempo sentado, o que acontece em alguns trabalhos e profissões, em viagens, e em alguns lazeres, como no sofá a ler ou “em frente da televisão”, ou sentado “em frente do computador”. Nessas situações aconselha-se o levantar e a deambulação periódicos (mais ou menos hora a hora, ou 90 em 90 minutos), ainda que por pouco tempo.

Importante nos dias de hoje nas “sociedades do consumo e da abundância” é a prevenção, com exercício físico, do síndrome metabólico, do stress oxidativo, de mediadores inflamatórios. Há que prevenir, através de dieta apropriada (como atrás referido), de descontinuação de álcool e tabaco, e de combate ao “stress” e ao sedentarismo, com exercício físico, esse síndrome metabólico, que cursa com obesidade, dislipidemia, intolerância à glucose, hipertensão, arterioesclerose e que pode condicionar também, na vertente urológica, HBP, carcinogénese prostática, disfunção miccional, disfunção sexual e “andropausa” precoce.

Educação mental e social

Este tipo de educação para a saúde passa em primeiro lugar por estimular, inteligentemente, a visão positiva dos factos e acontecimentos, sobretudo os relacionados com a saúde (e até com a doença), promovendo atitudes e comportamentos positivos, combatendo as emoções negativas, a ansiedade e a depressão. Pugnar por ver a “garrafa meia-cheia...”, em vez da “garrafa meio-vazia...”!

Por outro lado, há que compreender, mas também informar e orientar, a curiosidade, às vezes mórbida, os fantasmas, os medos, em assuntos e temas relacionados com saúde e doença. Há que promover a solidariedade humana, a compreensão, o apoio aos utentes dos sistemas de saúde e aos doentes por parte dos profissionais de saúde, quaisquer que eles sejam, e também por parte dos familiares, amigos e cuidadores. A fragilidade humana na doença (e também em situações especiais como infância, velhice, deficiência) tem que ser reconhecida, a “visão do outro lado” estimulada e o humanismo salvaguardado.

Por outro lado ainda, há que combater (ou estimular) tradições socioculturais, segundo a ciência actual e a ética. Exemplos dessas situações, conforme os tempos e os locais, são a tradição de circuncisão, de excisão, de mitos e tabus sexuais, e também de (maus) comportamentos miccionais, sexuais, assim como alguns hábitos dietéticos, de “stress”, de sedentarismo, de tabagismo e de adições. Inversamente existem tradições locais positivas que há que estimular, de ingestão líquida, dieta, exercício físico, mentalidade e religiosidade positiva...

Também há que realçar e estimular o papel dos governos e da sociedade civil na melhoria do ambiente, da economia, na acção social, na cultura, nas instituições, etc., enfim, na promoção da saúde a todos os níveis.

Educação cultural urológica.

Principais problemas e doenças urológicas com impacto público

Faz parte também deste trabalho fornecer breves e sintéticas noções sobre os principais problemas e doenças urológicas com impacto público, chamando a atenção para aspectos que podem ser relevantes do ponto de vista educacional.

As principais **malformações congénitas** genitais masculinas já foram referidas no capítulo dos cuidados a ter com os genitais externos. Em relação às malformações urinárias, elas são múltiplas a nível renal, de número, forma, posição, e há quatro mais relevantes a nível do aparelho excretor urinário, condicionando uropatia obstrutiva ou refluxiva: o síndrome da junção pielo-ureteral, com dilatação do bacinete e cálices –

hidronefrose, o megauréter por estenose da junção uretero-vesical, o refluxo vesico-ureteral, por anomalia da junção uretero-vesical, e as válvulas da uretra posterior, com eventual megabexiga, megauréter e hidronefrose bilateral. Estas anomalias são hoje diagnosticadas muito mais precocemente, muitas vezes ainda “in-útero”, com a realização rotineira de ecografias, só raramente sendo diagnosticadas na idade adulta pelos problemas causados, como antigamente. São abordadas e tratadas na urologia pediátrica.

Os **traumatismos do aparelho urinário**, do rim, bacinete e ureter, bexiga e uretra, devem ser prevenidos evitando traumas, sobretudo na região lombar, abdominal inferior e perineal, quedas e acidentes, e situações que os predisponham. Manifestam-se a maioria das vezes por hematúria (sangue na urina), dor, e eventualmente outros sintomas, como retenção urinária. Hoje existem muitas situações traumáticas iatrogénicas por algaliação, endoscopia e cirurgia, nomeadamente na uretra, bexiga e ureter, em alguns casos podendo provocar fístulas, noutros, a maioria, lesões cuja cicatrização e fibrose subsequente podem trazer estenoses (apertos) e outras consequências a distância. Os traumatismos genitais masculinos, do pénis, escroto e testículos, por acidentes ou na actividade sexual, devem também ser evitados prevenindo e prevenindo as situações que os provocam. Todas estas situações traumáticas devem ser abordadas na urgência médico-cirúrgica.

No que respeita à **infecção urinária**, a maioria dos microrganismos que a originam existem “normalmente” na uretra distal e flora vaginal e são de origem intestinal. Com excepção da uretra distal não existem micróbios no aparelho urinário, pelo que, se existe invasão por via ascendente e se se quebra o equilíbrio invasor/hospedeiro (com as suas defesas), estabelece-se a infecção urinária com inflamação e sintomas — relacionados com a micção, urgência, frequência, ardor, urina turva e por vezes hematúria, e também, eventualmente, febre e/ou outros sintomas. A infecção pode atingir a bexiga, cistite, ou o alto aparelho urinário e rim, pielonefrite (neste caso, frequentemente, com febre alta e dor lombar). Pode haver bacteriúria assintomática que pode ou não ter significado clínico conforme o sexo, a idade, e certas condições - gravidez, doenças acompanhantes (diabetes, obstrução urinária, bexiga neurogénica, etc.). Pode também haver sintomas que semelham os da infecção urinária, mas não o sendo, quer em vaginites, quer em outras cistites e cistopatias, quer em patologias pélvicas que por proximidade provoquem “irritabilidade” da bexiga.

A infecção urinária pode ser complicada, ameaçando o rim ou até a vida, se existem factores de risco (alterações anatómicas ou funcionais, congénitas ou adquiridas, do aparelho urinário - refluxo, uropatia obstrutiva -, maior susceptibilidade do hospedeiro - diabetes, imunodeficiência, abuso de analgésicos -, ou maior agressividade do agente bacteriano - bactérias desdobradoras de ureia, Proteus, Pseudomona, bactérias “hospitalares”), ou ser não complicada. Pode também ser 1. esporádica ou 2. persistente, por falha terapêutica, ou 3. recidivante/recorrente, quando 3a. recidiva a breve prazo com o mesmo microrganismo, em casos de patologia urinária que não permite a erradicação total dos microrganismos embora com melhoria — recaída, ou 3b. recidiva a mais longo prazo por outro microrganismo diferente, embora muitas vezes da mesma família (E. Coli) — reinfecção. Cerca de 2/3 das mulheres têm uma infecção urinária ao longo da sua vida (colonização vaginal, uretra curta, entre outros factores, favorecem o seu aparecimento) sendo 85% cistites agudas, não complicadas, e 15% pielonefrites agudas. Cerca de 60% das cistites na mulher são cistites recidivantes; 90 a 95% por reinfecção; 5 a 10% por recaída ou persistência da infecção urinária. As infecções urinárias na mulher, embora tenham como factor predisponente a actividade sexual, não são doenças sexualmente transmissíveis. Também não se adquirem nas casas de banho, com eventuais excepções em paupérrimas condições higiénicas. A infecção urinária nos homens é mais rara pelo maior comprimento da uretra e pela existência da próstata, mas quando acontece, a próstata está quase sempre comprometida (prostatite), havendo, nas situações agudas, muito frequentemente, febre alta com arrepios. Nas crianças, pela eventual possível existência de malformações congénitas urinárias, sobretudo obstrutivas ou refluxivas, e pelo fácil comprometimento do rim em crescimento; nos idosos, pela sua fragilidade e doenças acompanhantes; e nas grávidas, pela maior frequência de pielonefrites e pelo condicionamento terapêutico devido a eventual prejuízo fetal, as infecções urinárias têm características peculiares, assim como aliás em outros grupos (hospitalizados, diabetes,

imunodeficiência, bexigas neurogénicas, algaliados crónicos, etc.), pelo que estas situações devem ser abordadas de forma especial. Em anexo (ver caixa) encontram-se recomendações de atitudes, hábitos e comportamentos relativos às infecções urinárias inespecíficas.

Em Portugal, a tuberculose urogenital (infecção específica), outrora frequente, é agora rara, mas com a exclusão social, a pobreza, a imigração e a maior prevalência de doenças causadoras de imunodeficiência, terá tendência a aumentar, sendo frequentemente multiresistente aos antibióticos. Também a bilharziose, agora rara, poderá vir a aumentar com a imigração africana.

Relativamente à **litíase urinária**, convém saber que existem vários tipos de litíase (cálculos, “pedras”). A mais frequente, hoje, nas sociedades ocidentais é a litíase renal cálcica (oxalato, por vezes fosfato, com vários tipos de cristalização). A litíase úrica pura associada à diátese úrica (ácido úrico, urato) é hoje menos frequente, aparecendo agora algumas vezes em combinação com a litíase cálcica. A litíase fosfo-amónio-magnésiana, associada à infecção urinária por microrganismos desdobradores de ureia com alcalinização urinária, é também hoje menos frequente, facto favorável devido à sua potencial gravidade. A litíase cistínica, rara, está associada a doença genética (cistinúria). Existem outras formas de litíase renal mas são muito raras. A litíase vesical, hoje, é sempre secundária a obstrução ou infecção urinária.

A principal forma de manifestação da litíase urinária é a cólica renal, por obstrução súbita dos canais urinários. Os casos de obstrução bilateral ou em rim único podem provocar anúria obstrutiva (obstrução supravescical, ausência de urina com bexiga vazia). Apesar das recomendações indicadas (ver caixa), mais de metade dos casos recidivam num prazo de cinco a dez anos. Se há história familiar de litíase frequente e se, cumprindo as recomendações, o prazo de recidiva é curto, menor que um- dois anos, impõe-se, para além do estudo imagiológico do aparelho urinário, um estudo metabólico no sangue e na urina, e se diagnosticada alguma alteração, a respectiva terapêutica e controlo.

No que respeita às **disfunções da micção**, estas manifestam-se pelos chamados “sintomas do baixo aparelho urinário” (sigla LUTS — low urinary tract symptoms, em língua inglesa), constituídos por disúria (dificuldade na micção), polaquiúria (aumento de frequência), noctúria (idem nocturna), urgência, incontinência urinária, jacto fraco, lento e/ou interrompido, esforço miccional, retenção urinária. Esses sintomas são classificados como de armazenamento - “irritativos”, ou de esvaziamento — “obstrutivos”. Têm múltiplas causas, entre elas a hiperactividade vesical da denominada bexiga hiperactiva, esta também com múltiplas causas, assim como a hiper ou hipo contractilidade ou reflexividade da bexiga neurogénica, que também pode ter múltiplas etiologias, bem como a barragem infravesical, por Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP) ou por estenose (aperto) da uretra, ou a bexiga hipoactiva sem barragem. Muitas vezes as diferentes causas e os diversos sintomas interrelacionam-se e interpenetram-se. Estes sintomas, nomeadamente os de esvaziamento e a incontinência urinária, afectam sobremaneira a qualidade de vida, pelo que é mandatório um diagnóstico e uma terapêutica adequada, podendo todavia a (re)educação miccional também ajudar.

A **incontinência urinária** é muito prevalente na mulher, na idade adulta e sobretudo na pós-menopausa, podendo ser por hiper mobilidade uretral ou por deficiência esfíncteriana (incontinência ao esforço), por bexiga hiperactiva ou hiper-reflexa neurogénica (incontinência por imperiosidade ou urgência), mista, ou por outras situações mais raras. No homem a incontinência ao esforço por deficiência esfíncteriana é sempre iatrogénica, mas a incontinência de urgência/imperiosidade tem uma prevalência significativa nos idosos masculinos, seja por bexiga hiperactiva (às vezes, mas não só, relacionada com a obstrução prostática), seja por bexiga neurogénica associada a doenças neurológicas ou cerebrovasculares. Uma causa pouco frequente de incontinência urinária é a incontinência por extravasão, paradoxal, com a bexiga cheia e dilatada, em retenção crónica e/ou atónica, situação que pode conduzir a grave dilatação do aparelho urinário superior e a insuficiência renal. Para além de tratamentos mais específicos, medicamentosos, cirúrgicos ou tecnológicos, está muitas vezes indicada em muitas destas situações a (re)educação miccional e/ou os exercícios de Kegel.

As **doenças da próstata**, para além da infecção, são muito frequentes no envelhecimento masculino. Quer o cancro (carcinoma) da próstata quer a HBP (Hiperplasia Benigna da Próstata, aumento benigno da próstata) têm factores de risco genéticos e familiares, raciais, dietéticos e ambientais. A HBP não se “transforma” em carcinoma, embora possam coexistir. A HBP predomina na “zona peri-uretral e central” da próstata, junto à uretra prostática e colo vesical, preferindo o cancro a “zona periférica”. Por esta razão a HBP provoca disfunção miccional mais precocemente na sua história natural (embora esta seja independente do volume da próstata, pois há próstatas muito aumentadas que não dão obstrução e sintomas, e há próstatas de pequeno volume que os dão), e o cancro só dá sintomas numa fase tardia, já não curável embora tratável.

A HBP, na sua história natural, pode causar, ou não, obstrução e sintomas, nem sempre simultâneos. A obstrução, sobretudo se significativa, com retenção urinária crónica, pode ser comprometedora do aparelho urinário, e os sintomas da disfunção miccional provocada (ver atrás) são frequentemente afectadores da qualidade de vida. Se isso acontece, impõe-se um diagnóstico e uma terapêutica adequados, esta medicamentosa ou eventualmente cirúrgica ou através de novas tecnologias. Em qualquer caso há sempre que evitar a congestão pélvica (ver caixa), a fim de evitar um recrudescimento dos sintomas e da obstrução, eventualmente com retenção urinária aguda.

O cancro da próstata tem uma alta incidência histológica (microscópica) com o aumento da idade. Mas, se o risco de um homem de mais de 50 anos vir a ter cancro da próstata (histológico) é de cerca de 40 %, o risco de ter evidência clínica (sintomas) é só de 10 % e o risco de mortalidade por cancro é de “apenas” 3 %. É uma situação de “iceberg”, devido à evolução lenta de muitos cancros da próstata e ao facto de muitos deles aparecerem em idades avançadas, pelo que muitos doentes mais idosos não virão a morrer “de” cancro da próstata, mas de outras causas, “com” cancro da próstata. Apesar disso, com células menos ou mais agressivas, progredindo e evoluindo mais ou menos lentamente, o cancro da próstata mata, é actualmente o segundo cancro causando mortalidade masculina, e, para além disso, tem morbilidade, isto é, causa sintomas e complicações em estádios mais evoluídos. Por essas razões recomenda-se fazer um controlo anual para um diagnóstico precoce dos 50 anos (mais cedo se houver factores de risco familiares ou raciais) aos 75 anos (o recomendado é até à idade de mais 10 anos de sobrevida esperada), para uma terapêutica curativa, embora esta possa ter complicações a nível urinário (incontinência) e sexual (impotência), as quais, quando acontecem, são todavia passíveis de tratamento eficaz em bastantes casos. Esse diagnóstico precoce, visto que os sintomas são tardios e inespecíficos, passa pela realização de uma análise sanguínea, o PSA (“prostate specific antigen”, em língua inglesa, “antigénio específico da próstata”, específico da próstata e não de cancro na próstata), entre outros eventuais exames, sendo o primeiro deles o “toque rectal”, o exame digital da próstata. Mas, há que realçar, o valor aumentado do PSA não é diagnóstico de cancro, apenas de problema ou doença na próstata. Pode até haver cancros com valores de PSA considerados normais. O diagnóstico de carcinoma da próstata só se pode confirmar através duma biópsia, a qual será realizada, com a ajuda da ecografia (e mais recentemente da ressonância magnética em casos seleccionados), se existir suspeita consistente. Para além dos tratamentos com objectivo curativo nos cancros localizados, cirúrgicos ou por tecnologias de destruição celular, radioterapia, braquiterapia ou outros, os casos mais avançados de cancro da próstata têm terapêuticas com apreciáveis resultados com hormonoterapia e com radio, quimio e imunoterapia, hoje com avanços significativos. Em termos de prevenção do cancro da próstata começam a abrir-se algumas janelas (dieta, medicamentos), mas de momento o diagnóstico precoce, nas circunstâncias atrás indicadas, pesando as indicações, os benefícios e os inconvenientes, é ainda o recomendável.

A existência de sangue na urina, **hematúria**, tem múltiplas causas, devendo ser considerada um sinal e não uma doença. Sobretudo se não há história de tratamentos prévios (algaliação, cirurgia recente, radioterapia) e se também não há outros sintomas acompanhantes, como em casos de traumatismo, infecção e muitas situações de litíase, pode indiciar situação não benigna, como “pólipo” ou cancro da bexiga (ou do restante urotélio), e cancro do rim. O cancro da bexiga/urotélio é sempre de suspeitar nos grandes fumadores (e também, embora menos frequente, em exposição a certos químicos, como corantes). Há que sempre investigar, com a possível brevidade, as situações de hematúria,

sobretudo macroscópica mas também microscópica, nomeadamente com exames imagiológicos e/ou endoscópicos do aparelho urinário, apesar de muitas hematurias microscópicas assintomáticas não terem significado clínico relevante. A existência frequente no rim de quistos simples, líquidos puros, não provoca hematuria e a maioria deles não tem significado clínico (ao contrário dos “quistos complicados” que têm sempre de ser avaliados), a não ser que atinjam grandes dimensões ou que condicionem, por compressão, obstrução urinária.

O **síndrome doloroso pélvico crónico** é uma entidade complexa, multifactorial, por vezes com componente psicossomático importante. Cursa com dor pélvica, perineal ou genital, por vezes inflamação, e com sintomas variáveis de disfunção miccional e de disfunção sexual, às vezes também sintomas colo-ano-rectais e ginecológicos. Pode ter causas e também manifestações a nível urológico, vesical (cistite intersticial, outras cistopatias), prostático (prostatite crónica abacteriana), uretral, testicular/escrotal e peniano, e também ginecológico, intestinal, musculoesquelético, vascular, neurológico, sexológico e psicológico. Sendo o tratamento multifactorial, são sempre importantes as recomendações para evitar a congestão pélvica (ver anexo) e por vezes os exercícios de Kegel (ver anexo).

As **doenças genitais e sexuais** já atrás foram referidas nos capítulos da educação sexual e dos cuidados a ter com os genitais externos. É útil uma descrição sumária dos sintomas realçando a importância do diagnóstico precoce das doenças sexualmente transmissíveis, DST, sobretudo, no sexo masculino, de corrimento uretral, de ulcerações genitais, de “borbulhas”, de “verrugas”, ou de outras alterações na glande e prepúcio. As principais DST são, hoje, a SIDA (síndrome de imunodeficiência adquirida), uretrites (gonorreia/bleorragia, Chlamydia, Myco e Ureaplasma), HPV (Human Papilloma Vírus) e condilomas, herpes, sífilis (“úlceras duras”), granuloma inguinal (“úlceras moles”), Trichomonas e Candida, estas duas últimas nem sempre de transmissão sexual. A estenose uretral inflamatória, consequência de uretrites crónicas quase sempre sexualmente transmitidas, é hoje rara nas nossas sociedades desenvolvidas, embora fosse muito frequente no passado e ainda o seja em sociedades do “terceiro mundo”. Noutro patamar das doenças genitais, pode ser referida a existência de nódulos e/ou encurvamento peniano por cavernite plástica (Doença de La Peyronie), situação de causa ainda não totalmente esclarecida mas não maligna, que nem sempre requer tratamento a não ser em caso de dor ou encurvamento acentuado. Uma outra situação a referenciar é a hemospermia, existência de sangue no esperma, de cor viva ou já escurecida, que, embora seja uma condição a ser estudada, muito raramente tem um significado maligno (ao contrário da hematuria), mas antes inflamatório ou por outra situação benigna. Noutro patamar ainda, a infertilidade masculina tem múltiplas causas, algumas delas com prevenção, a nível da criptorquidia, varicocele, traumatismos (incluindo cirurgias), infecções genitais, exposição ao calor, exposição a radiações, exposição a químicos e hormonas, incluindo na dieta, hábitos (fumo, adições, “stress”), falta de controlo de doenças médicas sistémicas e efeitos de algumas medicações.

A **disfunção sexual** pode estar relacionada com o desejo e a libido, ou ser disfunção erétil, ou disfunção ejaculatória. A primeira pode ser causada por situação psicológica (“stress”, ansiedade, depressão), e/ou por causa física, cansaço, vários tipos de doenças, certas medicações, e “andropausa” (ver abaixo). A disfunção erétil, anteriormente referida como impotência, pode ter também causa psicogénica, orgânica ou mais frequentemente mista. Causas psicológicas incluem a ansiedade, a depressão, o “stress” e a desarmonia conjugal. Causas orgânicas de disfunção erétil poderão ser hormonais, vasculares, neurológicas, metabólicas (diabetes), traumáticas, iatrogénicas e cavernosas, com alteração do próprio tecido peniano. As novas terapêuticas tipo “Viagra” vieram revolucionar este problema, mas há que promover a prevenção das referidas causas psicológicas e orgânicas da disfunção erétil. A disfunção ejaculatória mais frequente é a ejaculação prematura, problema em que houve recentemente avanços no conhecimento das suas causas e também na sua terapêutica. A ejaculação retrógrada (ejaculação existente mas não visível na ocasião do orgasmo, pois, por abertura do colo vesical, o ejaculado vai para trás, para a bexiga, saindo depois misturado com a urina) pode

acontecer em certas terapêuticas médicas ou cirúrgicas para a HBP.

A **“andropausa”**, ou síndrome de deficiência androgénica, é um síndrome clínico e bioquímico associado ao envelhecimento e caracterizado por um conjunto de sintomas e por uma baixa considerada significativa dos níveis séricos da hormona masculina testosterona. Caracteriza-se por sintomas sexuais, nomeadamente diminuição da libido, da ejaculação, do orgasmo e disfunção erétil, e por outros sintomas como diminuição da força e massa muscular, osteoporose, alterações da distribuição pilosa e do tecido adiposo — maior gordura abdominal, distúrbios do sono e do humor, com diminuição da capacidade intelectual, ansiedade e depressão. Este síndrome tem contudo uma grande variabilidade individual e pode confundir-se com manifestações do envelhecimento fisiológico. Por vezes está associado ao síndrome metabólico. Para além da prevenção e tratamento do síndrome metabólico, só se justifica a investigação e o tratamento da “andropausa” quando as queixas alteram a qualidade de vida, pois, como referido, até certo ponto, estas alterações fazem parte do normal envelhecimento masculino.

O **envelhecimento génito-urinário** inclui afecções “fisiológicas” e patológicas muitas delas comuns no idoso masculino e feminino como sejam: a diminuição da massa de nefrónios, nefroangiosclerose, hipertensão arterial, insuficiência renal com poliúria diurna e nocturna; a cistopatia e a uropatia fibromuscular, neurogénica e vasculogénica; a disfunção miccional com LUTS especialmente noctúria, frequência, urgência e incontinência urinária ou, ao contrário, retenção urinária; a HBP e a estenose da uretra masculina, hoje muitas vezes iatrogénica por manipulação uretral ou algaliação; o cancro urológico (próstata, bexiga e rim); a infecção urinária, sintomática ou assintomática; a litíase urinária; a afecção cavernosa levando a disfunção erétil; a afecção hipotálamo-hipofiso-gonadal levando a deficiência androgénica e disfunção sexual — “andropausa”; na mulher, a menopausa e as suas consequências genitais e uretro-vesicais. Por outro lado, há que considerar as consequências sobre o aparelho génito-urinário de doenças ou afecções comuns no envelhecimento, como a diabetes, o síndrome metabólico, as doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, as doenças neurológicas, e outras doenças, assim como as iatrogenias, medicamentosas, cirúrgicas, ou de outra natureza. Há que conhecer estas afecções do envelhecimento, tanto quanto possível evitá-las, e tratá-las e controlá-las adequadamente.

Finalmente, a **insuficiência renal**, é o estágio terminal de algumas doenças do foro sistémico ou nefrológico e também, apesar do esforço com diagnósticos e terapêuticas precoces, de algumas situações urológicas que comprometem o alto aparelho urinário e o parênquima renal, nomeadamente obstrutivas ou refluxivas. Essas situações de insuficiência renal são manejadas pela nefrologia e podem incluir, nos casos avançados e extremos, a diálise peritoneal ou a hemodiálise, e, se para tal houver indicação ou disponibilidade, o transplante renal, de cadáver ou de dador vivo.

Rotinas de observação médica em Urologia

É de toda a conveniência, na sociedade desenvolvida em que vivemos, estabelecer rotinas de observação médica em Urologia, com vista à educação e transmissão de conceitos a nível individual, nomeadamente no que respeita à saúde do homem (que a Urologia deve consubstanciar), e à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado das doenças do foro urológico em ambos os sexos.

Assim, com esses objectivos, recomenda-se, como rotina:

- A observação génito-urinária em neonatologia e consultas periódicas de pediatria em ambos os sexos; nestas consultas se fará o despiste das malformações congénitas génito-urinárias e se darão as informações, recomendações e conselhos atrás referidos, nomeadamente respeitantes à educação miccional, alimentar e intestinal, à postura, aos cuidados com os genitais externos e, se for caso disso, aos conselhos com a enurese; e, se necessário, se aconselhará eventual observação em urologia pediátrica;

- Uma 1ª consulta de rotina de urologia na puberdade masculina; nessa consulta se fará um exame urológico, génito-urinário, despistando eventuais situações anómalas deste foro, e se darão as informações, recomendações e conselhos consubstanciados neste artigo, nomeadamente na educação miccional, sexual, cuidados com os genitais,

conselhos alimentares, intestinais, e de postura e actividade física;

- Consultas de rotina anuais dos 45-50 anos até 70-75 anos, eventualmente até mais tarde, no sexo masculino; se existirem factores de risco familiares ou raciais, pode ser aconselhada uma consulta aos 40 anos para estabelecimento de uma “linha de base” prostática; estas consultas servirão de veículo às informações e conselhos atrás referidos, darão informação sobre as principais doenças masculinas do foro urológico, e nelas se fará o seu despiste e diagnóstico precoce, sustentando a “saúde do homem”, sobretudo no envelhecimento masculino;

- Colaboração com a ginecologia, nas suas consultas de rotina, na educação urológica no sexo feminino, na idade adulta, na gravidez e puerpério, na menopausa e no envelhecimento feminino, assim como na difusão da mensagem da existência e do âmbito da “urologia feminina”.

Educação em estágio terminal – fim de vida

Uma palavra final sobre educação “para a saúde” em fim de vida, que parece um paradoxo mas não é, pois é muito importante a educação dos doentes, dos familiares, dos cuidadores, dos profissionais de saúde e da sociedade em geral, para as particularidades e especificidades desta fase final da vida, avaliando também o contexto particular das doenças que a provocam.

Há que insistir na qualidade de vida, na dignidade na vida e na morte, evitando, nesta “medicina paliativa”, os cuidados desproporcionados, fúteis ou inúteis, segundo os preceitos da ética, da lei e da “leges artis”. O “testamento vital” já existe legalmente em Portugal e deverá ser implementado.

Nesta fase de fim de vida é sobretudo importante, com bom senso e humanismo, aliviar sintomas, nomeadamente a dor, e acompanhar, compreender, confortar, quer o doente terminal, quer os seus cuidadores, familiares e amigos.

Bibliografia complementar recomendada

- Sítio na internet da Associação Portuguesa de Urologia, APU
- Sítio na internet da Sociedade Brasileira de Urologia, SBU
- Sítio na internet da European Association of Urology, EAU
- Sítio na internet da American Urologic Association, AUA
- M. Mendes Silva. “Árvores de decisão em clínica urológica”, Ed. Ass. Port. Urologia, 2005.
- J. Santos Dias. “Urologia fundamental”. Ed. Lidel, 2009.
- M. Mendes Silva, Ana Duarte, José Galo, Nuno Domingues. “Enfermagem em Urologia”. Ed. Lidel, 2012.
- M. Mendes Silva, J. Santos Dias. “Casos Clínicos em Urologia”. Ed. Lidel, 2013.

Adaptado de “Educação para a saúde em Urologia”, publicado na revista “Patient Care” 19, 206, 39-59, Set. 2014.

Anexos:

1: Recomendações para evitar a congestão pélvica.

2: Recomendações nas infecções urinárias. 3: Recomendações na litíase urinária.

4: Exercícios de Kegel.

MEDIDAS GERAIS PARA EVITAR A CONGESTÃO PÉLVICA

(Doenças da próstata, infecções urinárias, cistopatias, afecções ginecológicas, hemorroidas e afecções do recto e ânus,...)

- Não esteja muito tempo sentado(a), sobretudo em sofás e poltronas fundas. Levante-se periodicamente (hora a hora) e deambule um pouco. Nas viagens grandes de automóvel, autocarro, etc., faça paragens periódicas e deambule, urinando com mais frequência e evacuando se o não fez antes. No avião, em grandes viagens, passeie quando para tal houver condições, e esvazie regularmente a bexiga e o intestino. À noite, a ver televisão, no computador, a ler ou a conversar, evite os sofás mais fundos, e levante-se a intervalos. Nos espectáculos, levante-se e deambule nos intervalos. Nas reuniões faça (ou peça que façam) intervalos para deambular. Se tem um trabalho sedentário, estando muito sentado(a) à secretária, e/ou se conduz ou se viaja muito, procure defender-se seguindo estes conselhos, e não tendo a bexiga e o intestino cheios. Se anda de moto, procure seguir também estes conselhos. Em relação à bicicleta, não se põe a questão da congestão pélvica mas do traumatismo perineal, pelo que se aconselha o não abuso ou a interrupção periódica. A equitação deverá também não ser exagerada.

- Não retenha a urina. Não “prenda” e evite “ficar apertadinho(a)”. Urine antes de períodos prolongados de difícil ou impossível esvaziamento vesical, como viagens, espectáculos, aulas, reuniões, refeições prolongadas, antes de deitar. Em alguns exames médicos em que deve ter a bexiga cheia não exagere e urine um pouco se está a ficar incomodado(a). Urine até ao fim, despejando toda a bexiga, não interrompendo, e eventualmente, se for caso disso, facilitando o seu esvaziamento através da posição “de cócoras” ou com nova micção a seguir.

- Evacue regularmente. Evite a obstipação. As fezes não devem ser duras, mas moldadas. Se tem tendência para obstipação, faça uma dieta apropriada com fruta e vegetais verdes, fibra e farelo, evite o sedentarismo, eduque o intestino “à mesma hora e às mesmas circunstâncias”, diariamente.

- Faça uma vida sexual saudável, regular e sem excessos. Urine depois das relações sexuais. No sexo feminino, deve ter uma boa lubrificação genital e uma boa troficidade vaginal, se não, há que corrigir essas situações.

- Tenha uma alimentação saudável e variada, sem excessos, e com boa ingestão líquida (cerca de 1,5 a 2 litros diários, no inverno, mais no verão ou com o exercício físico...). Evite excessos de condimentos, picantes, especiarias, aperitivos, salgados, avinagrados, “petiscos”, bebidas alcoólicas, com excepção de um a dois copos de vinho tinto, acompanhando as refeições. Evite excessos de café e chá preto. Refrigerantes, sobretudo se gaseificados, devem ser condicionados.

- Evidentemente que tem de tratar e/ou controlar as doenças dos aparelhos urinário, genital e digestivo, consultando o médico se for caso disso, e tendo os hábitos e fazendo os tratamentos adequados.

EXERCÍCIOS PARA FORTALECIMENTO DO PAVIMENTO PÉLVICO-EXERCÍCIOS DE KEGEL

Nas situações em que o pavimento pélvico está enfraquecido como, no sexo feminino, no puerpério, na multiparidade, na menopausa, no prolapso genital e na incontinência urinária, sobretudo na hiper mobilidade uretral e na deficiência esfinteriana (esta também possível no sexo masculino após algumas cirurgias ou terapias da próstata), recomendam-se exercícios de fortalecimento do pavimento pélvico, habitualmente chamados Exercícios de Kegel. O objectivo principal destes exercícios é treinar e desenvolver a musculatura pélvica no seu tónus, na contractilidade sustentada e também na contractilidade rápida, assim como, em objectivo secundário, tentar condicionar reflexivamente o treino vesical (na bexiga hiperactiva ou na bexiga neurogénica).

Um exemplo prático destes exercícios é abaixo descrito. A sua realização, completa, deve ser diária (em certos casos, por indicação médica, duas vezes por dia), embora no início, numa fase de adaptação e treino, possam ser realizados de forma incompleta mas progressivamente crescente, e numa fase de manutenção, possam ser efectuados apenas duas ou três vezes por semana.

Os músculos do pavimento pélvico a contrair são os que habitualmente contraímos voluntariamente quando

impedimos a saída de um gás intestinal ou retemos a evacuação, ou quando “apertamos” para impedir ou interromper a micção. Não são os músculos abdominais ou os adutores das coxas, os quais devem estar relaxados aquando destes exercícios, sendo contraídos apenas os músculos do pavimento pélvico, em qualquer posição do corpo, de pé, sentado(a) ou deitado(a).

A contração deve ser realizada durante cerca de 10 segundos (contar até 10...), seguindo-se relaxamento durante 20 segundos (contar até 20, ou até 10 mais lentamente...), a que se segue nova contração durante o mesmo tempo, e novo relaxamento durante o mesmo tempo, até um total de 10 vezes. No final da série descansar cerca de 1 minuto. Segue-se nova série igual e novo período de repouso de 1 minuto, a que se segue nova série de exercícios, num total de três séries. Descansando mais 1 ou 2 minutos, repetem-se mais três séries de exercícios, mas, em vez de ser com contração durante 10 segundos e relaxamento durante 20, é com contração durante 2 segundos (contar até 2...) e com relaxamento durante 4 segundos (contar até 4, ou até 2 mais lentamente...). No total, e em resumo, serão 3 séries de 10 exercícios a contar até 10 (com os períodos de relaxamento cerca do dobro dos períodos de contração), a que se seguem 3 séries de 10 exercícios a contar até 2 (idem).

RECOMENDAÇÕES NAS INFECÇÕES URINÁRIAS

- Beba muitos líquidos, nomeadamente água, distribuídos por todo o dia (cerca de 1,5 a 2 litros diários, no inverno; mais no verão, conforme o calor, se fizer exercício físico, se transpirar, ou por outra eventual razão que proporcione diminuição da diurese). Pode ser água da torneira ou mineral, sem ser muito ácida ou alcalina. Pode ser água “chhalada” ou infusões. Refrigerantes, sobretudo gaseificados, devem ser condicionados.

- Tenha uma alimentação saudável e variada, sem excessos. Evite excessos de condimentos, picantes, especiarias, aperitivos, salgados, avinagrados, “petiscos”, citrinos, bebidas alcoólicas, com excepção de um a dois copos de vinho finto, acompanhando as refeições. Café e chá preto devem ser de consumo moderado. Outros chás, tisanas ou infusões são de consumo à vontade, alguns chás e sumos poderão ser eventualmente benéficos (chá de barbas de milho, sumo de arando). Alimentos, frutos, sumos, ou produtos/medicamentos muito ácidos ou alcalinos são de evitar.

- Evite a congestão pélvica. Não esteja muito tempo sentado(a), sobretudo em sofás e poltronas fundas. Levante-se periodicamente (hora a hora) e deambule um pouco. Nas viagens grandes de automóvel, autocarro, moto, etc., faça paragens periódicas e deambule, urinando com mais frequência e evacuando se o não fez antes. No avião, em grandes viagens, passeie quando para tal houver condições, e esvazie regularmente a bexiga e o intestino. À noite, a ver televisão, no computador, a ler ou a conversar, evite os sofás mais fundos, e levante-se a intervalos. Nos espectáculos, levante-se e deambule nos intervalos. Nas reuniões faça (ou peça que façam) intervalos para deambular. Se tem um trabalho sedentário, estando muito sentado(a) à secretária, e/ou se conduz ou se viaja muito, procure defender-se seguindo estes conselhos, e não tendo a bexiga e o intestino cheios.

- Não retenha a urina. Urine “antes de” nas situações em que dificilmente pode urinar (viagens, aulas, reuniões, espectáculos, refeições prolongadas, antes de deitar...). Urine com a frequência necessária, não “prenda”. Urine até ao fim, despejando toda a bexiga, não interrompendo, e eventualmente, se for caso disso, facilitando o seu esvaziamento através da posição “de cócoras” ou com nova micção a seguir. Aguarde ou promova o esvaziamento da uretra. Contrariamente ao que muitos pensam, as infecções urinárias não se apanham nas casas de banho, embora uma grande falta de higiene possa ser factor predisponente.

- Faça uma vida sexual saudável, regular e sem excessos. Urine depois das relações sexuais. É importante, no sexo feminino, que tenha uma boa lubrificação genital e uma boa troficidade vaginal, se não, há que corrigir essas situações. Não tenha sexo vaginal a seguir a sexo anal. Certas posições exageradas de prática

coital são desaconselháveis, por poderem facilitar a entrada de micróbios vaginais na uretra. As infecções urinárias não são doenças sexualmente transmissíveis, embora o coito possa ser factor predisponente. Limpe-se da frente para trás. Tenha uma higiene genital sem abusos e sem utilizar produtos que podem, em certos casos, por alterações da flora vaginal, ou por alergia, ser irritantes (quanto menos “químicos”, melhor). Não tenha roupa demasiado apertada e evite sintéticos.

- Evacue regularmente. Evite a obstipação. As fezes não devem ser duras, mas moldadas. Se tem tendência para obstipação, faça uma dieta apropriada com fruta e vegetais verdes, fibra e farelo, evite o sedentarismo, eduque o intestino “à mesma hora e às mesmas circunstâncias”, diariamente.

- Para além destas medidas e destes hábitos, poderão ser usadas, em alguns casos, vacinas e probióticos. Evidentemente que tem de tratar e/ou controlar as doenças dos aparelhos urinário, genital e digestivo, consultando o médico e, se for caso disso, resolver situações que actuem como factores predisponentes ou de manutenção das infecções urinárias, podendo ter que fazer tratamentos, eventualmente prolongados ou crónicos.

RECOMENDAÇÕES NA LITÍASE (PEDRA) URINÁRIA

- Beba muitos líquidos, nomeadamente água, distribuídos por todo o dia (pelo menos cerca de 1,5 a 2 litros diários, preferivelmente cerca de 2,5 litros, no inverno; no verão, mais, conforme o calor, e também mais se fizer exercício físico, se transpirar, ou por outra eventual razão que proporcione diminuição da diurese...). Acompanhando as refeições pode, se gosta, beber um a dois copos de vinho, ou cerveja, ou sumo, ou refrigerante não gaseificado nem açucarado em quantidade moderada, mas beba água antes e depois. Pode beber café ou chá preto moderadamente (ou com eles “temperar” a água), e outros chás, tisanas ou infusões em quantidade. A água pode ser da torneira ou mineral (esta bebe-se às vezes melhor por normalmente ser mais “leve” e “fácil de beber”). O tipo de água mineral é habitualmente pouco importante, excepto em alguns casos especiais de tipo da litíase ou de tipo e características da água (nesses casos especiais, muito ácida ou alcalina ou com certos solutos, por exemplo).

- Tenha uma alimentação saudável e variada, sem excessos. Coma fibra, consuma moderadamente sal e açúcar. Evite excessos (mas consuma moderadamente) de cálcio (leite - um, dois copos por dia -, iogurte, queijo, natas), oxalato (cacau, chocolate, tomate), purinas (“petiscos”, fígado, rim, miolos, tripas, enchidos, caça, carnes vermelhas, peixes gordos—sardinha, atum, salmão-, ovas, mariscos). Evite abuso de alimentos, sumos ou águas demasiado ácidos ou alcalinos, embora em alguns casos específicos, a determinar pelo médico, possa estar indicada a acidificação ou alcalinização urinária.

- Alguns hábitos ou profissões que facilitam a desidratação (exposição solar, exercício físico, profissões de trabalho junto a fontes de calor, ou em regiões de clima quente) devem também ser evitados ou compensados com maior ingestão líquida.

- Alguns medicamentos, assim como algumas doenças gerais, endócrinas, intestinais e urinárias, e algumas intervenções cirúrgicas intestinais e urinárias, podem favorecer a litíase. Avise o seu médico de todas as doenças, medicamentos e intervenções conhecidas. Se a litíase é recidivante e frequente, há que fazer uma série de análises metabólicas ao sangue e urina, e outros exames, que o médico solicitará.

- Evidentemente que tem de tratar e/ou controlar as doenças que sabe que tem e que podem estar relacionadas com a sua litíase do aparelho urinário, consultando o(s) médico(s) regularmente, se for caso disso, e seguindo as suas recomendações e tratamentos.