

Homenagem a Linhares Furtado nas comemorações dos 50 anos do primeiro transplante em Portugal

Em Coimbra, a 20 de julho de 1969, esse dia histórico em que o Homem pisou a Lua pela primeira vez, a equipa liderada por Alexandre Linhares Furtado também fez história em Portugal, ao realizar o primeiro transplante de órgãos sólidos (de rim). Volvidos 50 anos, acaba de ser oficializado, com publicação de decreto em *Diário da República*, o Dia Nacional da Doação de Órgãos e da Transplantação, cuja primeira edição vai ser assinalada juntamente com o 11.º Dia do Transplante e os 50 anos desta efeméride. No próximo dia 20 de julho, Coimbra vai acolher várias iniciativas de comemoração deste acontecimento e de homenagem a Linhares Furtado **P.2**



EAU19 | BARCELONA
15-19 March 2019

**Portugal em força no Congresso europeu**

Dezenas de urologistas, internos da especialidade e investigadores portugueses participaram no 34.º Congresso da European Association of Urology (EAU), em Barcelona, entre 15 e 19 de março. Entre esta extensa «comitiva», muitos assumiram os papéis de formadores em cursos, palestrantes ou moderadores de sessões, em áreas tão diversas como a urologia funcional, a uro-oncologia, o transplante renal e a andrologia. Outro motivo de orgulho nacional é que, entre os 14 trabalhos apresentados por portugueses, dois foram selecionados para a lista dos melhores pósteres do Congresso EAU 2019 **P.14-21**

50 anos do primeiro transplante realizado em Portugal

O 11.º Dia do Transplante, assinalado no próximo dia 20 de julho, em Coimbra, será também o 1.º Dia Nacional de Doação de Órgãos e da Transplantação, que acaba de ser instituído, com a publicação do Despacho n.º 5975/2019 em *Diário da República*, no passado dia 28 de junho. Além desta importante novidade, a cerimónia organizada pela Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT), com a colaboração do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST) e do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, vai também comemorar os 50 anos do primeiro transplante de órgãos sólidos em Portugal: um transplante renal levado a cabo no dia 20 de julho de 1969, pela equipa liderada por Alexandre Linhares Furtado, que será homenageado neste evento.

De manhã, após a receção aos participantes no Convento de São Francisco, decorrerá uma caminhada de convívio entre transplantados e profissionais de saúde pelas margens do rio Mondego, à qual se segue o simbólico ato de plantação da «Árvore da Vida». De volta ao ponto de partida, após o almoço volante, terá lugar a sessão solene centrada na homenagem a Linhares Furtado, na qual tomarão a palavra os seus dois sucessores na direção do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC).

O atual diretor, Arnaldo Figueiredo, apresentará a carreira deste pioneiro da transplantação; o ex-diretor, Alfredo Mota, percorrerá a história da transplantação renal no nosso país. Além dos representantes da SPT e do IPST, esta sessão contará também com a presença de Fernando Regateiro (presidente do Conselho de Administração do CHUC), de um representante da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, de um representante do Ministério da Saúde e do bastonário da Ordem dos Médicos, o urologista Miguel Guimarães.

No próximo dia 20 de julho, será também apresentado o selo comemorativo dos 50 anos do primeiro transplante em Portugal, lançado pelos CTT, que terá como base uma pintura da autoria de Linhares Furtado. No CHUC, será ainda descerrada uma placa alusiva a este pioneiro da transplantação, que será novamente homenageado, à noite, no Pátio das Escolas, com um concerto da Orquestra Clássica do Centro, dirigida pelo maestro Martin André, que contará com a participação da soprano Elisabete Matos.

«Além de ser claramente o pioneiro e a figura maior da transplantação em Portugal, o Prof. Linhares Furtado é justamente considerado uma das grandes figuras da Medicina e da cirurgia do século XX no nosso país. Depois do transplante renal, foi precursor na transplantação hepática, intestinal e pancreática,



A equipa liderada por Linhares Furtado após a conclusão do primeiro transplante em Portugal, a 20 de julho de 1969, em ambiente de festejo depois das várias horas de uma cirurgia bem-sucedida, num dia tórrido e sem ar condicionado nem isolamento suficiente no bloco operatório, entre outras limitações técnicas. À frente (da esq. para a dta.): David Gomes e Mário Falcão. Ao centro: Linhares Furtado, Campos Pinheiro e Marcial de Oliveira. Atrás: Vaz Patta, Aquiles Gonçalo, Ornelas Monteiro, Lopes Magro, Pessoa Lopes e Raquel Lopes

assumindo inovações a nível mundial, como a transplantação hepática em dominó ou sequencial», destaca Arnaldo Figueiredo.

Para este sucessor de Linhares Furtado, foi «uma manifestação de grande arrojo do ponto de vista técnico, mas também da motivação e da coragem» avançar para um procedimento cirúrgico totalmente novo num enquadramento legal inexistente em 1969. «Na altura, foram reunidos muitos pareceres jurídicos e correu-se o risco, inclusive, de praticar um ato que, à letra estrita da lei, poderia ser considerado criminoso: extrair um rim a uma pessoa saudável», explica Arnaldo Figueiredo, sublinhando «a marca indelével» deixada por Linhares Furtado no Serviço de Urologia e Transplantação Renal do CHUC.

Corpos Gerentes da APU para o biénio 2017-2019

ASSEMBLEIA-GERAL

Presidente: Arnaldo Figueiredo
Vogal: Francisco Carrasquinho Gomes
Vogal: Eduardo Cardoso de Oliveira
Suplente: José Pedro Cadilhe
Suplente: Miguel Rodrigues

CONSELHO DIRETIVO

Presidente: Luís Abranches Monteiro
Vice-presidente: Miguel Ramos
Tesoureiro: Pedro Nunes
Secretário-geral: Rui Pinto
Vogal: Frederico Furrriel
Vogal: Pedro Monteiro
Vogal: Vanessa Vilas-Boas
Suplente: José Cabrita Carneiro
Suplente: Carlos Guimarães
Suplente: Ricardo Pereira e Silva

CONSELHO FISCAL

Presidente: José Garção Nunes
Vogal: Paulo Rebelo
Vogal: António Morais
Suplente: Nelson Menezes
Suplente: Vítor Oliveira

CONSELHO CONSULTIVO

Presidente: Luís Abranches Monteiro
Vogal: Arnaldo Figueiredo
Vogal: Tomé Lopes
Vogal: Francisco Rolo
Vogal: Manuel Mendes Silva

Ficha Técnica

Propriedade:



Rua Nova do Almada, n.º 95 - 3.º A
 1200-288 LISBOA
 Tel.: (+351) 213 243 590
 Fax: (+351) 213 243 599
 apu@apurologia.pt
 www.apurologia.pt

Editor do jornal: Rui Pinto

Correio do leitor: urologia.actual@gmail.com

Edição:



esfera das ideias
 PRODUÇÃO DE CONTEÚDOS

Rua Eng.º Fernando Vicente Mendes, n.º 3F
 (1.º andar), 1600-880 Lisboa
 Tlf.: (+351) 219 172 815 / (+351) 218 155 107
 geral@esferadasideias.pt
 www.esferadasideias.pt

issuu.com/esferadasideias01

Direção: Madalena Barbosa
 (mbarbosa@esferadasideias.pt)

Marketing e Publicidade: Ricardo Pereira
 (rpereira@esferadasideias.pt)

Coordenação editorial: Luís Garcia
 (lgarcia@esferadasideias.pt)

Textos: Ana Rita Lúcio, Cláudio Guerreiro, Luís Garcia, Pedro Bastos Reis e Rui Alexandre Coelho

Fotografias: João Ferrão, Jorge Correia Luís, Luís Garcia e Rui Santos Jorge

Design e paginação: Susana Vale

Depósito Legal: N.º 338826/12

Publicação isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 6 de junho, artigo 12.º, 1.ª alínea

Patrocinadores desta edição



O desperdício gerado pela prestação de cuidados de saúde

Ainda ouço ecos de um notável comentário editorial sobre a actual tendência endo-urológica que nos vem trazendo mais e melhores equipamentos ditos de uso único: «O desperdício gerado pela prestação de cuidados de saúde é tremendo» (Bodo Knudsen, *Journal of Endourology*, 2018). Detenhamo-nos na realidade fria dos números para concordar, sem apelo nem agravo: são 13 kg de lixo por cada dia de internamento numa cama de hospital, dos quais 14% resultam da actividade cirúrgica. Como lidar com o aumento desse lixo, que se prevê que venha a acontecer? A questão é muito complexa e ainda gira em redor de outras questões que também não estão completamente esclarecidas.

Em primeiro lugar, temos assistido à introdução de equipamentos que, pela sua qualidade, assumem-se como verdadeiras alternativas no mercado dos equipamentos endo-urológicos. Em determinadas circunstâncias, estas novidades de «usar e deitar fora» são economicamente viáveis e até podem ser a escolha certa. Além disso, podem apresentar vantagens cuja amplitude não é tão imediata – quão importante é reduzir o risco de contaminação depois de utilizar material cirúrgico no tratamento de um doente infectado com uma estirpe bacteriana multirresistente? Este exemplo está a transformar-se na regra, já que as bactérias parecem ter um mestrado em bioquímica.

Mas o que acontece depois do dito uso único? Que destino é dado a todo o material a que rapidamente passamos a chamar lixo? Há alguma

utilidade última a dar ao equipamento ou aos seus componentes? É possível reciclar alguns materiais, mas a maioria é sujeita a processos que envolvem alta temperatura e/ou pressão, pelo que reduzem o risco de contaminação, mas deixam as matérias-primas em estado de difícil reutilização num processo industrial.

E reprocessar o equipamento, é possível? Esta questão tem sido levantada mais por vontade de reduzir custos do que por necessidade de reduzir desperdícios. Têm sido desenvolvidos projetos de reprocessamento com resultados interessantes, mas não se aplicam à maioria do armamentário endo-urológico actual e não podemos reprocessar indefinidamente um mesmo dispositivo até que falhe. Além do mais, perde-se a garantia de uma das principais virtudes do equipamento de uso único: a redução do risco de contaminação. Também não nos podemos esquecer do risco associado à exposição química da desinfecção de alto nível.

Aceitemos então o lixo como um mal menor? Talvez, mas façamo-lo de forma consciente, pressionando a indústria a desenvolver modelos que facilitem a desmontagem da parte do equipamento que represente risco menor de contaminação para processar em circuitos de reciclagem mais simples, mais baratos e mais ecológicos. Pensemos também em vantagens a oferecer aos fabricantes que sigam estas recomendações e circuitos de produção com menor impacto ambiental, bem como em formas de obrigar os fabricantes de material descartável a assumirem a sua retoma no fim do uso.



Mudando de tema, entre os conteúdos desta edição do *Urologia Actual*, destaco o balanço do Congresso da EAU 2019 (P.14-21). Ficaremos também a conhecer a fantástica admiração que o nosso colega José Pedro Cadilhe tem vindo a cultivar por essas extraordinárias máquinas de contabilizar o tempo que são os relógios (P.34-35). Ouvi-lo a falar de relógios e de alguns dos seus é testemunhar que há máquinas merecedoras de amor.

Pedro Monteiro
Vogal do Conselho Diretivo da APU

Texto escrito à luz do anterior Acordo Ortográfico.

PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS CONCEDIDOS PELA APU

XIII Jornadas de Urologia para a Medicina Geral e Familiar e VIII Jornadas de Enfermagem Urológica

29 e 30 de março de 2019
Europarque, em Santa Maria da Feira

Organização: Luís Ferraz

4.º Simpósio de Urologia e Cuidados de Saúde Primários

5 e 6 de abril de 2019
Hospital Lusíadas Porto

Organização: Adriano Pimenta

III Curso de Atualização em Patologia Urológica

3,10,17,24 e 25 de maio de 2019

Serviço de Urologia do Hospital Senhora da Oliveira – Guimarães

Organização: Ricardo Ramires

13th International Congress on Ambulatory Surgery (IAAS 2019)

27 a 29 de maio de 2019

Centro de Congressos da Alfândega do Porto

Organização: Carlos Magalhães, presidente da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória

Live Surgery Urogynecology Course, 2nd edition: Pelvic Pain, Prolapse & Neuromodulation

31 de maio e 1 de junho de 2019

Pestana Palace Hotel, em Lisboa

Organização: Luís Campos Pinheiro

3.ªs Jornadas de Urologia e Oncologia do Alentejo

28 e 29 de junho de 2019

Hotel Vila Galé Évora

Organização: Eduardo Cardoso Oliveira

Masterclass with Hands-on Training in Urology Robotics Surgery

4 e 5 de setembro de 2019

Universidade do Minho, em Braga

Organização: Estêvão Lima

III Jornadas de Urologia de Leiria

13 de setembro de 2019

Estádio Municipal de Leiria

Organização: Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Leiria

3rd HUCAD LAP 3D Urology

20 de janeiro e 19 a 21 de fevereiro de 2020

Faculdade de Ciências Médicas da

Nova Medical School, em Lisboa

Organização: Nuno Domingues

JOHANNES ALFRED WITJES



«O cancro da bexiga é um excelente alvo para a imunoterapia»

Nesta entrevista ao *Urologia Actual*, Johannes Alfred Witjes, presidente do painel de *guidelines* de cancro da bexiga músculo-invasivo e metastático da European Association of Urology (EAU), fala sobre os temas que marcam a atualidade nesta área. O urologista no Radboud University Medical Center, em Nijmegen, na Holanda, defende que, nos próximos anos, a imunoterapia vai desempenhar «um papel proeminente» no tratamento do cancro da bexiga e enfatiza a necessidade de continuar a pesquisa de marcadores que permitam prever a evolução da doença e a resposta à terapêutica.

Ana Rita Lúcio e Luís Garcia

Como comenta o estado atual do tratamento do cancro da bexiga, uma das suas áreas de eleição?

No que concerne ao cancro da bexiga não músculo-invasivo, o tratamento com bacilo de Calmette-Guérin [BCG] é o que está indicado para o grupo de doentes de alto risco. No entanto, desde que este fármaco foi introduzido, em meados da década de 1970, não houve avanços substanciais nesta área. Nesse sentido, penso que está na altura de encontrarmos uma nova solução terapêutica, sobretudo tendo em conta que há problemas com a disponibilidade de BCG um pouco por todo o mundo.

Já no âmbito do cancro da bexiga músculo-invasivo, têm vindo a merecer cada vez mais atenção as estratégias de preservação da bexiga. Claro que, como em tudo, há vantagens e desvantagens

a considerar. A principal vantagem é que não há nada melhor para o doente do que manter a sua própria bexiga. Por outro lado, preservando a bexiga, há a possibilidade de surgir um novo tumor, o que constitui, obviamente, uma desvantagem, pelo que se impõe um *follow-up* mais apertado destes doentes ao longo da vida.

Que avanços estão a ser introduzidos pela imunoterapia neste âmbito?

Nos últimos dois anos, têm ganho bastante relevo novos agentes de imunoterapia, nomeadamente os inibidores das vias PD-1 [Programmed cell death protein-1] e PD-L1 [programmed cell death protein ligand-1], como o nivolumab, o pembrolizumab, o atezolizumab ou o durvalumab. Estes fármacos apareceram para o tratamento do melanoma, no qual têm sido usados com bastante

sucesso. Um dos motivos pelos quais os doentes com melanoma respondem bem a estas terapêuticas prende-se com o facto de estes tumores terem elevada carga mutacional, sendo mais facilmente reconhecidos pelo sistema imunitário. O mesmo se aplica ao cancro do pulmão e ao cancro da bexiga, que, como tal, são excelentes alvos para a imunoterapia.

A imunoterapia aplicada ao cancro da bexiga tem sido um campo particularmente fértil para o desenvolvimento de ensaios clínicos?

Há estudos sobre o papel da imunoterapia no tratamento do cancro da bexiga músculo-invasivo em segunda linha e também já em primeira linha. Também existem estudos sobre o papel dos agentes de imunoterapia em regime de neoadjuvância

ou adjuvância à cistectomia radical. Além disso, estão a decorrer ensaios clínicos no âmbito do cancro da bexiga não músculo-invasivo. Eu estive envolvido em vários desses estudos, sendo até investigador principal de alguns deles. O que posso adiantar neste momento é que, nos próximos três anos, teremos resultados que nos vão permitir aferir o potencial destes fármacos promissores para o tratamento do cancro da bexiga não músculo-invasivo.

«Precisamos de tratamentos mais eficazes para o cancro da bexiga e de marcadores ou métodos de imagem que nos permitam perceber quais os doentes que não são bons candidatos para a realização de cistectomia»

O que dizem as *guidelines* da EAU sobre o papel da imunoterapia?

Há dois anos, a imunoterapia não era referida nos *guidelines* da EAU para o tratamento do cancro da bexiga, mas, neste momento, já está contemplada. Para o cancro da bexiga metastático, o tratamento de primeira linha continua a ser a quimioterapia. Caso os doentes não estejam em condições de ser submetidos a este tratamento, podem receber imunoterapia. A este propósito, importa ressaltar que, tipicamente, os doentes com cancro da bexiga têm mais de 70 anos, histórico de tabagismo e más funções renal e pulmonar, pelo que, regra geral, para além da sua doença oncológica, não se encontram em boas condições de saúde. A imunoterapia também está recomendada como tratamento de segunda linha para doentes previamente tratados com quimioterapia.

PORTUGAL NO CORAÇÃO

Johannes Alfred Witjes considera Portugal como «uma segunda casa». Tendo, inclusive, residência própria em Albufeira, é para lá que planeia mudar-se depois da aposentação. Além de confessar a sua «paixão» pelo nosso país, o presidente do painel de *guidelines* de cancro da bexiga músculo-invasivo e metastático da EAU tece largos elogios à Urologia portuguesa, que posiciona «entre as melhores da Europa».

Que novidades poderão surgir a curto prazo?

Ainda é cedo para sabermos se vai ser possível recorrer à imunoterapia para tratar o cancro da bexiga não músculo-invasivo ou se a imunoterapia poderá ser usada em combinação com a terapêutica cirúrgica, pois, neste momento, estão a decorrer estudos para o perceber. A imunoterapia já é o tratamento de primeira linha para doentes que não possam ser submetidos a quimioterapia ou que tenham marcadores indicativos de que são bons candidatos para a imunoterapia. Em suma, estou convicto de que, nos próximos anos, a imunoterapia vai desempenhar um papel proeminente no tratamento do cancro da bexiga.

Quais os desafios mais relevantes que persistem em termos de diagnóstico, aferição de risco e tratamento do cancro da bexiga?

Existem três grandes desafios atualmente, que já se colocavam há 25 anos. Desde logo, em relação ao cancro da bexiga não músculo-invasivo, a principal necessidade por satisfazer é encontrar marcadores que nos permitam identificar os doentes que não vão beneficiar da terapêutica conservadora com BCG, antes de a sua doença progredir. Claro que, em caso de progressão, os doentes podem ser submetidos a cistectomia, mas, nestas circunstâncias, o seu prognóstico já é muito reservado. Nesse sentido, caso soubéssemos mais precocemente que os doentes não iriam responder à terapêutica com BCG, poderíamos avançar logo para a cistectomia.

O segundo desafio é semelhante: o prognóstico dos doentes com cancro da bexiga não se alterou significativamente nas últimas décadas. Mesmo realizando cistectomia, há 50% de probabilidade de o doente falecer no prazo de cinco anos. Isso significa que cerca de metade das cistectomias realizadas são inadequadas. Como tal, precisamos de tratamentos mais eficazes para o cancro da bexiga e de marcadores ou métodos de imagem que nos permitam perceber quais os doentes que não são bons candidatos para a realização de cistectomia. Como terceiro principal desafio aponto o facto de a sobrevivência dos doentes com cancro da bexiga metastático continuar a não ultrapassar os 10%. Portanto, precisamos, também a este nível, de fármacos mais eficazes e de marcadores que nos permitam prever a resposta dos doentes à terapêutica.

«Comparativamente ao cancro da próstata, o cancro da bexiga tem maiores repercussões do ponto de vista económico-financeiro, implica uma carga de tratamento mais elevada, tem pior prognóstico e compromete mais a qualidade de vida. No entanto, o seu impacto continua a ser subvalorizado»

A nível profissional, que missão ainda tem por cumprir?

Antes de me aposentar, gostaria de conseguir sensibilizar mais a comunidade médica e a sociedade civil para a importância do cancro da bexiga. Por exemplo, comparativamente ao cancro da próstata, o cancro da bexiga tem maiores repercussões do ponto de vista económico-financeiro, implica uma carga de tratamento mais elevada, tem pior prognóstico e compromete mais a qualidade de vida. No entanto, o seu impacto continua a ser subvalorizado. ■

O IMPERATIVO DE IDENTIFICAR NOVOS MARCADORES

Segundo Johannes Alfred Witjes, «é fundamental encontrar novos marcadores que possam ajudar a detetar mais precocemente a presença de tumores ou a prever a resposta dos doentes às diferentes terapêuticas». É por isso que esta tem sido uma das suas principais áreas de investigação. «Nos últimos anos, os estudos sobre marcadores sofreram um grande impulso, porque os métodos de que dispomos para os detetar aumentaram exponencialmente, pelo que julgo que poderão surgir novidades importantes neste campo, a breve trecho», avança. Este urologista no Radboud University Medical Center esteve envolvido num estudo que visou identificar marcadores de *follow-up* no âmbito do cancro da bexiga não músculo-invasivo, o qual resultou no desenvolvimento de «um teste de urina com capacidade preditiva negativa de 99%, que poderá ser uma alternativa viável à cistoscopia».



Rigor militar em ambiente de proximidade

EQUIPA (da esq. para a dta.): Inês Prisco (interna do Ano Comum), Joana Loureiro (assistente administrativa), Filipa Gonçalves (enfermeira-chefe), Nuno Barbosa (urologista), Alfredo Soares (diretor do Serviço de Urologia), Márcia Constante (enfermeira), Carlos Lobato (diretor clínico e urologista), José Leitão (urologista) e Patrocínia Silva (assistente operacional)

Um ambiente quase familiar, de grande proximidade com aqueles que servem ou serviram as instituições militares e as forças de segurança, é a imagem de marca do Hospital das Forças Armadas/Polo do Porto. Instalado num edifício carregado de história, o Serviço de Urologia luta por manter os níveis de atividade assistencial com um quadro de profissionais reduzido, ao mesmo tempo que aposta em maior diferenciação.

Luís Garcia

As instituições militares têm a prática de homenagear amiúde as personalidades que se destacam pelo mérito no desempenho das suas funções. O Hospital das Forças Armadas (HFAR)/Polo do Porto não é exceção: no centro do imponente átrio de entrada está uma estátua de D. Pedro V, o «Esperançoso» e «Muito Amado», em cujo reinado foi decidida a construção do hospital militar que haveria de receber o seu nome, abrindo as portas aos primeiros doentes em 1869.

A história marca profundamente as instalações deste hospital, desde os pesados portões de ferro forjado até ao edifício neoclássico, ao qual se juntou, mais recentemente, um edifício de traça moderna onde estão inseridos o bloco operatório, o internamento, a unidade de cuidados intermédios e o serviço de urgência. À entrada do anfiteatro clássico do hospital, um

painel exhibe vários retratos oficiais. «Está a ser feito um levantamento de todos os diretores do hospital desde a sua fundação. É um trabalho mais difícil do que parece: a memória perde-se muito rapidamente se não forem mantidos registos escritos», explica Alfredo Soares, diretor do Serviço de Urologia.

Um dos retratos desta galeria de notáveis volta a aparecer num cartaz à porta do Serviço de Urologia: Victor Gaspar, o coronel médico que fundou este Serviço a 12 de outubro de 1949 e que dirigiu o próprio hospital em 1970-1971. Tendo mantido atividade profissional até ao fim da vida, Victor Gaspar morreu no seu «posto de combate» – quando assistia a uma sessão científica sobre investigação e tratamento de doentes incontinentes, em Guimarães –, como escreveu, na *Acta Urológica Portuguesa*, Avelino Fraga, também

ex-diretor do Serviço de Urologia do HFAR/Polo do Porto e atual diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António.

A Avelino Fraga seguiu-se o tenente-coronel médico Carlos Lobato, a quem sucedeu Alfredo Soares no início deste ano, quando também assumiu as funções de diretor clínico. A ele juntam-se três urologistas de outros hospitais que ali prestam colaboração 10 a 12 horas por semana: Eurico Maia, José Leitão (ambos da Unidade Local de Saúde do Alto Minho/Hospital de Santa Luzia, em Viana do Castelo) e Isaac Braga (do Instituto Português de Oncologia do Porto). Um dia por semana, também aqui realiza atividade de consulta Couto e Castro, urologista já reformado que presta serviço *pro bono*, em virtude do vínculo afetivo que o une ao HFAR.

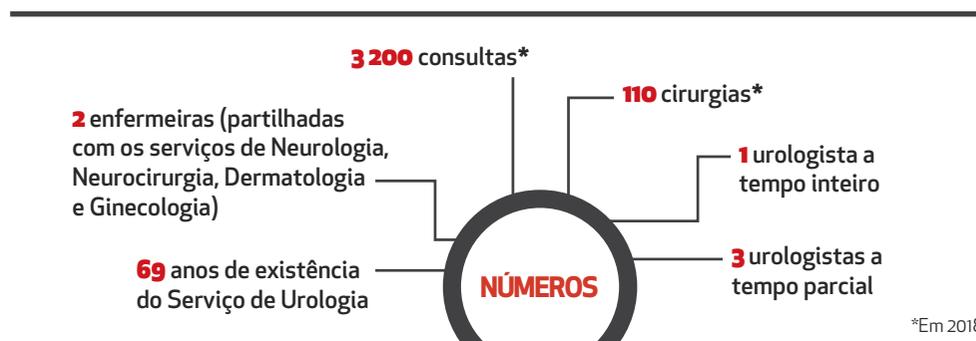
Hospital como «família»

A ligação emocional é, aliás, uma das características diferenciadoras do HFAR. Apesar de a população que é assistida nesta instituição (militares e profissionais das forças de segurança, seus familiares e deficientes das Forças Armadas) dispor hoje de uma oferta privada muito ampla e com preços competitivos, muitos são os doentes que continuam a preferir ser atendidos no seu hospital de sempre. «Aqui, as pessoas sentem-se em casa, pois entendem o hospital como uma família», sublinha Alfredo Soares.

«Família» é também a palavra que Filipa Gonçalves, enfermeira-chefe da Urologia, usa para descrever a relação entre profissionais de saúde e doentes no HFAR/Polo do Porto. E exemplifica: «Há pouco tempo, achei que um doente das Forças Armadas estava com um humor algo depressivo. Perguntei-lhe se já tinha ido à Psiquiatria ou à consulta de stresse pós-traumático. Como respondeu que não, fui com ele marcar a consulta. Isto dificilmente seria possível num hospital público ou privado.»

Segundo Filipa Gonçalves, é comum os doentes telefonarem às enfermeiras para se queixarem de sintomas que nada têm a ver com a Urologia. «Nestes casos, tentamos prestar toda a ajuda possível e encaminhar os doentes para a especialidade correta, se necessário», explica. Além disso, é apanágio do Serviço de Urologia que nenhum doente que se apresente no hospital vá para casa sem ser observado. «Desde que tenhamos médico, um doente que tenha consulta marcada para amanhã e que, por engano, venha hoje é atendido.»

Para José Leitão, o modo de abordar os doentes no HFAR difere pouco do que é seguido no seu local de trabalho principal, em Viana do Castelo. Quanto ao tipo de patologias, «há uma predominância de doentes, sobretudo os que estiveram na Guerra Colonial, com doenças relacionadas com alterações neurológicas, nomeadamente bexiga neurogénica». Outra componente que se



destaca no HFAR/Polo do Porto é a traumatologia urológica, mas, no geral, e sobretudo nas novas gerações, as patologias urológicas são idênticas às que surgem noutros hospitais».

De acordo com Alfredo Soares, a equipa do Serviço de Urologia do HFAR/Polo do Porto faz a grande maioria dos tratamentos, com exceção do transplante renal, de alguns casos de cirurgia mais complexa e de radioterapia urológica. Nestas situações, o Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António, o Centro Hospitalar Universitário de São João e o Instituto Português de Oncologia do Porto são as instituições para as quais os doentes são encaminhados com maior frequência.

Consolidação da equipa é prioridade

Nos últimos anos, a falta de abertura de vagas no quadro do HFAR levou o Serviço de Urologia a atravessar um período de menor volume assistencial. «Já fomos seis urologistas no quadro, mas, atualmente, só estou eu, o que limita bastante a atividade. A cirurgia laparoscópica esteve praticamente parada em 2018, por exemplo, até porque alguns elementos da equipa tiveram problemas de saúde», refere Alfredo Soares. A falta de assistentes graduados seniores impede também o Serviço de Urologia de ter idoneidade formativa, que poderia ser um importante impulso para a atividade assis-

tencial e científica. Ainda assim, o Serviço recebe frequentemente médicos de Urologia e Medicina Geral e Familiar para estágios de duas semanas, bem como internos do Ano Comum.

Neste momento, o principal desafio é, portanto, a consolidação da equipa, de modo a manter a atividade cirúrgica e as consultas. Um contributo para o reforço da equipa poderá ser a integração de Nuno Barbosa, militar e urologista atualmente colocado na Unidade de Apoio do Comando do Pessoal do Quartel da Serra do Pilar, em Vila Nova de Gaia. Este poderá ser um passo importante para também conseguir a tão ambicionada maior diferenciação do Serviço de Urologia. Hoje em dia, além da consulta de Urologia geral, há uma consulta de Andrologia, que conta com o apoio da Endocrinologia e da Psicologia, bem como uma unidade de urodinâmica à qual se tem dedicado, sobretudo, Isaac Braga.

Perspetivando o futuro, Alfredo Soares gostaria de apostar mais na cirurgia da uretra, abrir uma consulta de pavimento pélvico e outra de litíase – neste caso, o Serviço de Urologia até já adquiriu novos ureterorenoscópios flexíveis. «Só estamos à espera da entrada de mais elementos na equipa para avançarmos com estes planos. O hospital militar deve apostar na diferenciação dos profissionais para reforçar a sua projeção», remata o diretor. ■



A maioria das cirurgias é realizada à terça-feira, dia em que Alfredo Soares (à esquerda, na primeira foto) conta com o apoio dos outros colegas, neste caso de José Leitão (à direita, na primeira foto)

Tratamento do cancro da próstata resistente à castração metastizado

O cancro da próstata (CP) é o tumor mais frequentemente diagnosticado nos homens e representa a terceira causa de morte por cancro nos países desenvolvidos. Estima-se que cerca de 20% dos casos diagnosticados surjam em fase avançada e sem possibilidade de tratamento curativo. Na doença metastática, a abordagem clínica depende da resposta ao tratamento hormonal, sendo o desenvolvimento de resistência à castração um marcador de agravamento da doença.

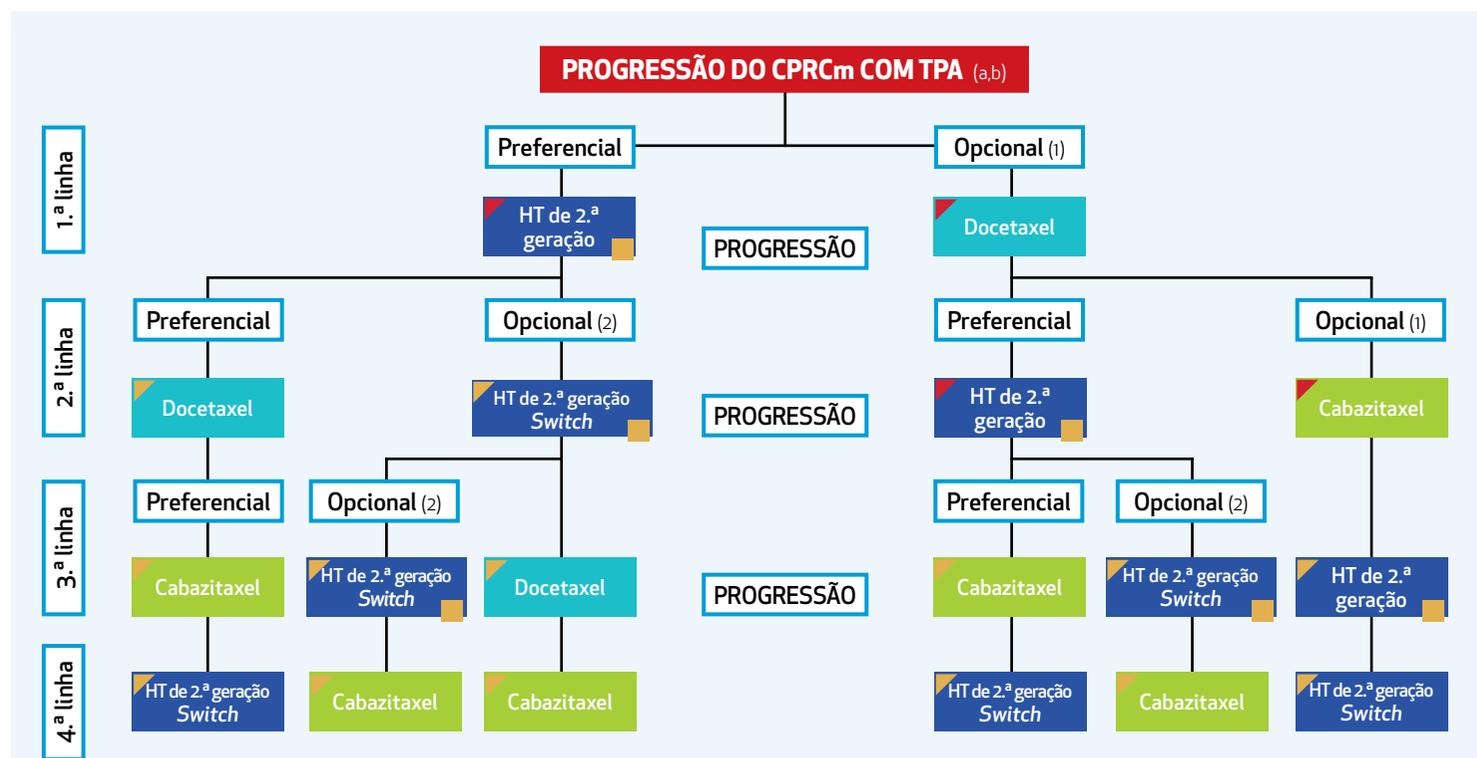
O cancro da próstata resistente à castração (CPRC), previamente designado «cancro da próstata hormono-refratário», corresponde à progressão da doença a nível bioquímico (três elevações consecutivas do PSA sérico, doseados semanalmente, resultando em dois aumentos de 50% acima do nadir com PSA sérico >2,0ng/mL) ou imagiológico (aparecimento de duas ou mais novas lesões

ósseas na cintigrafia ou uma nova lesão de tecidos moles segundo os critérios RECIST – *Response Evaluation Criteria In Solid Tumors*), na presença de níveis séricos de testosterona compatíveis com castração (<50ng/dL). A persistência da elevação dos níveis séricos de PSA demonstra claramente que as vias de sinalização celular ativadas pelo recetor de androgénio (RA) foram reativadas e se mantêm fulcrais para o crescimento e o funcionamento das células tumorais.

O desenvolvimento de CPRC está estreitamente relacionado com a utilização de terapêutica de privação androgénica (TPA). O CP depende maioritariamente da estimulação androgénica para a sua progressão nas fases iniciais. Nos casos de doença localmente avançada ou metastizada, é comum a utilização de TPA para o seu controlo e, embora este seja habitualmente atingido, ocorre progres-



são para CPRC num período médio de 2 a 3 anos. Os mecanismos associados a esta progressão resultam de capacidades adquiridas (ou selecionadas) pelas células tumorais para manterem a sinalização androgénica num ambiente de castração.



CPRC_m: cancro da próstata resistente à castração metastizado; HT: hormonoterapia; QT: quimioterapia; TPA: terapêutica de privação androgénica

a - Participação em ensaio clínico, se elegível, é uma opção em todas as situações do doente. b - Rádio-223 é apropriado em doentes com metástases ósseas sintomáticas e sem doença significativa dos tecidos moles em todos os níveis, incluindo aqueles que não são elegíveis para QT. (1) Opcional em doentes com bom *performance* status e tolerabilidade à QT, com uma ou mais das seguintes características clínicas: resposta prévia à TPA <1 ano, doença sintomática, doença visceral. (2) Opcional em doentes com uma ou mais das seguintes características clínicas: boa resposta à terapia prévia com HT de 2.ª geração, resposta prévia à TPA >1 ano, assintomático ou minimamente sintomático, sem doença visceral. ▴ Baseado em estudos retrospectivos ou opinião clínica. ▾ Baseado em ensaios clínicos de fase III. ■ Monitorização apertada da duração de resposta à HT de 2.ª geração e fazer o *switch* atempado para a QT, se tal se justificar.

O tratamento do cancro da próstata resistente à castração metastizado (CPRCm) tem evoluído nos últimos anos, permitindo transformar o curso desta neoplasia em doença crónica e melhorando a qualidade de vida, a sobrevida global, o controlo da sintomatologia e a prevenção de potenciais complicações. Atualmente, a terapêutica do CPRCm é multimodal, com um vasto leque de opções, incluindo TPA, docetaxel, cabazitaxel, acetato de abiraterona, enzalutamida, rádio-223 e agentes modificadores do metabolismo ósseo.

No entanto, a escolha da terapêutica de primeira linha e a estratégia de sequenciação ideal estão ainda por definir. Os doentes com CPRCm são maioritariamente submetidos a múltiplas linhas de tratamento prévias, sendo que, em geral, a primeira linha é a quimioterapia (QT). No entanto, os agentes dirigidos aos recetores dos androgénios – hormonoterapia (HT) de segunda geração – são cada vez mais utilizados como primeira linha terapêutica, dado o aumento da sobrevida global dos doentes que lhes está associado.

A HT de segunda geração (abiraterona ou enzalutamida) poderá ser utilizada como pri-

meira linha terapêutica nos seguintes doentes com CPRCm: 1- assintomáticos ou com sintomas ligeiros e baixo volume de metástases viscerais; 2- assintomáticos com sintomas ligeiros, sem metástases viscerais e com fatores de bom prognóstico – tempo de duplicação de PSA lento (>55 dias), *Gleason* ≤ 7 , desidrogenase láctica (DHL) e fosfatase alcalina (FA) baixas – ou com longa duração de resposta à HT de primeira geração (>9 meses). Após progressão com HT de segunda geração, pode ser considerada a QT com docetaxel ou rádio-223 (se apenas houver metastização óssea). Não existem dados suficientes sobre o *switch* entre a HT de segunda geração (abiraterona \rightarrow enzalutamida ou enzalutamida \rightarrow abiraterona). Como terceira linha terapêutica, existe ainda a QT com cabazitaxel e o rádio-223 (se apenas houver metastização óssea).

O docetaxel poderá ser utilizado como primeira linha terapêutica nos seguintes doentes com CPRCm: 1- sintomáticos com doença visceral de grande volume e um *performance status* adequado; 2- pouco sintomáticos e sem metástases viscerais, mas com fatores de mau prognóstico – tempo de

duplicação de PSA rápido (<55 dias), *Gleason* >8, DHL e FA elevadas – ou com pouca duração de resposta à HT de primeira geração (<9 meses).

Após progressão com docetaxel, como segunda linha terapêutica podem considerar-se novamente QT, com cabazitaxel, ou a utilização de HT de segunda geração (abiraterona ou enzalutamida), assim como o rádio-223 (se apenas houver metastização óssea). O retratamento com docetaxel continua a ser uma opção válida nos doentes com resposta favorável a este fármaco em primeira linha (<75 anos, bom *performance status*, toxicidade aceitável previamente e pelo menos >3 meses sem progressão). Os agentes modificadores do metabolismo ósseo, como o ácido zoledrónico e o denosumab, podem ser usados em combinação com as opções anteriores, independentemente da linha terapêutica.

O futuro irá trazer uma maior compreensão da biologia dos RA, com consequente melhoria na determinação dos fatores preditivos de resposta, ajudando a encontrar uma melhor sequenciação terapêutica e permitindo o tratamento individualizado dos doentes com CPRCm. ■



A marca portuguesa no Congresso Americano

Entre 3 e 6 de maio, em Chicago, o Congresso da American Urological Association (AUA 2019), que privilegiou os debates interativos em detrimento das palestras tradicionais, foi mais uma oportunidade para os urologistas portugueses ficarem a par do que há de mais recente na área e de contribuírem para essa mesma divulgação. Foi o que aconteceu com a apresentação de pósteres e vídeos nacionais, de que são exemplos os casos resumidos abaixo.

Luis Garcia



Vários portugueses estiveram entre os cerca de 16 000 participantes no Congresso da American Urological Association

Diogo Nunes Carneiro, interno de Urologia no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António, apresentou um vídeo sobre o tratamento da litíase do ureter terminal em crianças por microureteroscopia. «Em doentes de idade pediátrica, importa ter em atenção a dimensão dos instrumentos utilizados. Este dispositivo com 4,8 Fr de diâmetro e 27 cm de comprimento, inicialmente desenvolvido para tratar cálculos por via percutânea, permite tratar eficazmente a litíase do ureter terminal em crianças e mulheres», explica Diogo Nunes Carneiro.



Por sua vez, **Nuno Morais**, interno de Urologia no Hospital de Braga, apresentou dois pósteres que também já tinha levado ao Congresso da European Association of Urology (ver página 19). Um deles resume uma análise retrospectiva de procedimentos endourológicos no tratamento da litíase renal, cuja conclusão é que os cálculos residuais são comuns e têm potencial de morbilidade e complicações, mesmo quando medem menos de 4 mm de diâmetro. O outro póster de Nuno Morais compara a nefrostomia percutânea e a utilização de um cateter ureteral duplo J, associando a primeira técnica a maior probabilidade de expulsão espontânea do cálculo, maior qualidade de vida, menor necessidade de analgésicos e menos sintomas urinários.



Também interno de Urologia no Hospital de Braga, **João Pimentel Torres** apresentou uma comparação entre um método anestésico local convencional na biópsia da próstata (periprostático) e um método no qual se associa a injeção periapical à injeção periprostática. «Os doentes foram divididos e aleatorizados nestes dois métodos. A conclusão foi que, embora a adição de mais uma injeção não contribua para mais complicações, também não confere qualquer vantagem, uma vez que a eficácia anestésica é semelhante.»



Update em uro-oncologia

Neste Congresso, foram apresentadas as novas orientações da AUA para o diagnóstico e o tratamento de diversas patologias urológicas, nomeadamente as infeções do trato urinário recorrentes, o cancro do testículo, a incontinência após cancro da próstata, a hipertrofia benigna da próstata, a bexiga hiperativa e o cancro da próstata resistente à castração. Nas sessões plenárias, as palestras tradicionais foram substituídas por debates interativos, discussão de casos clínicos e apresentação de vídeos cirúrgicos.

O forte pendor tecnológico é uma imagem de marca do Congresso Americano. «A exposição técnica tem hoje uma componente tecnológica muito mais forte do que a farmacológica. A ressonância magnética, a biópsia prostática de fusão e a cirurgia robótica continuam a evoluir – ouve-se agora falar da cirurgia robótica por porta única, porventura até por via perineal», exemplifica Pedro Nunes, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e participante frequente no Congresso da AUA.

Do vasto programa científico, o urologista destaca os temas do âmbito da uro-oncologia, à qual se dedica particularmente. «Há muitas novidades. A imuno-oncologia veio para ficar: foram divulgados os resultados de novos ensaios clínicos e novas indicações da imunoterapia em Oncologia, nomeadamente a nível renal e da bexiga, embora também se comece a falar da sua aplicação em alguns casos de cancro da próstata», refere.

Outra tendência evidenciada no AUA 2019 foi a importância da definição do risco genético e da avaliação molecular no cancro da próstata, com vista à individualização da terapêutica, nomeadamente em tumores que necessitam de quimioterapia específica (carboplatina e cisplatina). «Em doentes com algumas mutações, podem vir a ser utilizados os inibidores da enzima poli (adenosina difosfato-ribose) polimerase [PARP], nomeadamente o oliparib e o niraparib, mas também o pembrolizumab, que poderá ter indicação em alguns casos de cancro da próstata», antecipa Pedro Nunes. ■

Programa eclético no Congresso APU 2019

O Congresso da APU está de volta à Madeira, 28 anos depois. Entre 27 e 29 de setembro, esta reunião decorrerá no Centro de Congressos do Vidamar Hotel, no Funchal, com organização partilhada entre o Serviço de Urologia do Hospital Dr. Nélio Mendonça (HNM) e o Conselho Diretivo da APU. As atividades começam com dois cursos que decorrerão em simultâneo na tarde de dia 26: um será dedicado à ressonância magnética multiparamétrica da próstata e às biópsias de fusão, enquanto no outro será abordada a Urologia da criança ao adulto. Na manhã de dia 27, terá lugar um terceiro curso dedicado à imuno-oncologia prática.

Além das conferências «Superbugs – as infeções do século XXI», a 27 de setembro, e «Abordagens inovadoras na cirurgia da litíase renal», no dia seguinte, o programa científico contemplará sete mesas-redondas. Na manhã do dia 27, será discutido o que há de novo na doença oncológica avançada, com enfoque na próstata, no urotélio e nas células renais. Na tarde do mesmo dia, a uro-oncologia continuará em evidência na mesa-redonda «Diagnóstico molecular na prática clínica», tocando tópicos como as biópsias líquidas no cancro do testículo, mutações germinativas no cancro da próstata e aconselhamento genético no cancro do rim.

«Transplante renal – o papel central do urologista» é o título da mesa-redonda que marca a manhã do dia 28, na qual serão discutidos aspetos como o estudo e a preparação urológica pré-transplante/dador vivo, os desafios cirúrgicos em transplante renal e as estratégias para aumentar



a doação. Já depois do almoço, haverá uma sessão sobre disfunção miccional, com passagem pela bexiga hipoativa, pelos avanços na cirurgia da hiperplasia benigna da próstata e pela disfunção miccional feminina. O dia 28 de setembro fechará com a mesa-redonda dedicada à Andrologia e à Medicina Sexual. As normas de criopreservação e as consequências da extração de gâmetas, a reabilitação peniana após cirurgia radical pélvica e a ejaculação prematura em contexto oncológico serão os tópicos em análise.

A manhã do dia 29 será composta por mais duas mesas-redondas. A primeira, sobre endourologia, abordará três tópicos: laser e litíase, cirurgia laparoscópica na litíase e tratamento conservador

dos carcinomas do urotélio superior. A segunda vai debater os desafios da cirurgia radical, nomeadamente a linfadenectomia no cancro da próstata, a nefrectomia citorredutora e a cistectomia no jovem. O programa científico do Congresso APU 2019 integra ainda um simpósio organizado pela Associação Lusófona de Urologia, uma sessão do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos e outra do Núcleo de Internos da APU, bem como as habituais apresentações de cartazes e vídeos.

Para Ferdinando Pereira, presidente da Comissão Organizadora e diretor do Serviço de Urologia do HNM, o regresso do Congresso da APU à Madeira é «um sonho antigo», mas também «uma oportunidade para discutir vários temas da Urologia contemporânea e trocar experiências, o que é sempre importante para a transmissão de conhecimentos e a divulgação dos avanços diagnósticos e terapêuticos, numa cooperação imprescindível com a indústria farmacêutica». Lembrando que «só médicos felizes podem cuidar dos doentes com qualidade», Ferdinando Pereira deseja que os urologistas que se desloquem à Madeira tenham oportunidade de aproveitar os momentos de descontração a que convidam o clima e a natureza da Região Autónoma. ■

O prazo para submissão de trabalhos para apresentação no Congresso APU 2019 termina a 18 de agosto. Mais informações disponíveis no website da APU (www.apurologia.pt)

CONVOCATÓRIA PARA ASSEMBLEIA GERAL E ELEITORAL

Caro(a) Colega,

Ao abrigo dos artigos 23.º e 24.º dos estatutos da Associação Portuguesa de Urologia, convocam-se todos os associados para a Assembleia Geral e Eleitoral a realizar-se no decorrer do Congresso APU 2019, no dia **28 de setembro de 2019, às 18h15**, no Centro de Congressos do Vidamar Hotel, no Funchal, com a seguinte ordem de trabalhos:

1. Leitura e aprovação da ata da Assembleia anterior;
2. Leitura e aprovação dos relatórios de atividades e contas;
3. Aprovação de novos associados e novos associados institucionais;
4. Outros assuntos;
5. Assembleia Eleitoral – eleição dos Corpos Gerentes para o biénio 2019-2021.

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

Assinatura manuscrita de Arnaldo Figueiredo.

Arnaldo Figueiredo
Presidente da Assembleia-Geral da APU



Envolver a MGF na abordagem urológica

Disfunção erétil, hiperplasia benigna da próstata (HBP) e infeções do trato urinário em idade pediátrica foram alguns dos temas em destaque na 3.ª edição das Jornadas Temáticas Patient Care – Urologia para Medicina Geral e Familiar (MGF). A reunião, coorganizada pelo Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHULN/HSM) e pela revista *Patient Care*, realizou-se nos dias 11 e 12 de abril passado, em Lisboa.

Pedro Bastos Reis

Com um total de 325 participantes e cerca de 60 trabalhos científicos apresentados, a Comissão Organizadora considera que a 3.ª edição das Jornadas «superou as expectativas». «Os participantes estavam extremamente interessados e motivados com a formação. Houve uma grande participação e muita discussão. O balanço é extremamente positivo», congratula-se Tomé Matos Lopes, diretor do Serviço de Urologia do CHULN/HSM.

No que diz respeito a novidades, o também presidente da Comissão Organizadora destaca que o programa deste ano «foi todo baseado na escolha dos participantes das últimas Jornadas» e que houve um aumento do tempo para discussão de trabalhos, o que se refletiu no «número



ALGUNS INTERVENIENTES E ORGANIZADORES: José Palma dos Reis, Tânia Semeano, Pedro Oliveira, Carlos Silva, Carolina Ponte, Afonso Castro, José Dias, Júlio Fonseca, João Almeida, Pedro Vendeira, Paulo Temido, Tomé Matos Lopes, Tito Leitão, Sérgio Pereira, Ricardo Pereira e Silva, Rodrigo Garcia, Tiago Oliveira e Paulo Pé-Leve

impressionante» de trabalhos científicos apresentados, com particular ênfase nas áreas da disfunção sexual masculina, da hematúria e das disfunções miccionais.

Apostando em sessões dedicadas a temas da Urologia com que os médicos de MGF lidam diariamente, os organizadores prepararam um programa científico que fosse ao encontro dos interesses dos participantes. «Temos muitos colegas de MGF que estão motivados para saber mais e para ter formação contínua no âmbito da Urologia, e nós sentimos essa responsabilidade», refere Ricardo Pereira e Silva, urologista no CHULN/HSM.

A tarefa de apresentar um panorama geral relativamente à relação da Urologia com a MGF coube a José Palma dos Reis, presidente da Comissão Científica. «Falei sobre uma série de patologias que são transversais e que cada vez mais têm tratamento farmacológico, como é o caso da HBP, mostrando como, hoje em dia, a esmagadora maioria dos doentes é submetida a tratamento médico e não a tratamento cirúrgico, sobretudo como primeira abordagem», resume o urologista no CHULN/HSM, realçando a importância do diagnóstico da disfunção erétil, algo que, muitas vezes, cabe precisamente ao médico de MGF.

Casos clínicos ganham espaço

Além do aumento do número de trabalhos científicos submetidos, também a apresentação de casos clínicos cresceu substancialmente na 3.ª edição das Jornadas Temáticas Patient Care – Urologia para a MGF. Nestas sessões, a orga-

nização reservou um tempo significativo para a discussão, fomentando a participação através do televoto.

Em destaque nos casos clínicos, salientou o moderador Ricardo Pereira e Silva, esteve o diagnóstico diferencial no quadro da massa escrotal, um exemplo de um caso em que o médico de família «deve treinar o seu raciocínio de diagnóstico e o seu poder discriminativo para aferir se o caso deve ou não ser referenciado de imediato». Também foram discutidos casos de infeção do trato urinário em idade pediátrica (para os quais o médico de família «está na linha da frente para acompanhar a criança e dar o devido apoio aos pais») e de algália crónica (com a qual a MGF contacta diariamente e que «levanta questões complexas em termos da gestão dos doentes»).

O impacto da discussão dos casos clínicos foi tal que a organização já pensa em alterações a implementar na próxima edição. «Para o ano, temos a intenção de introduzir um novo formato. Além daqueles que são apresentados por urologistas, queremos ter mais casos clínicos divulgados pelos colegas de MGF, que serão depois discutidos connosco. Pode ser um formato interessante», adianta José Palma dos Reis. No mesmo sentido, revela Tomé Matos Lopes, a discussão dos trabalhos científicos terá ainda maior destaque. «Os médicos de MGF encontraram nestas Jornadas um palco para apresentarem os seus resultados em Urologia, de tal maneira que, no próximo ano, vamos duplicar o tempo dedicado aos trabalhos enviados.» ■



A sala permanentemente cheia atesta a elevada participação nestas Jornadas

Formação internacional para boas práticas de urodinâmica

O III Curso Pós-Graduado de Atualização «Lisbon BUI Certificate in Urodynamics» realizou-se no passado mês de maio, em Lisboa. Durante três dias, especialistas nacionais e internacionais proporcionaram uma formação de referência na área da urodinâmica a 40 participantes, que adquiriram conhecimentos essenciais nesta área.

Pedro Bastos Reis



DOCENTES E FORMANDOS. Na primeira fila (da esq. para dta.), os diretores do curso, Tomé Matos Lopes, Hashim Hashim e Ricardo Pereira e Silva, ao lado de Marcus Drake, um dos oradores estrangeiros

Pelo terceiro ano consecutivo, internos e especialistas em Urologia reuniram-se no «III Lisbon BUI Certificate in Urodynamics», que decorreu entre 9 e 11 de maio, em Lisboa. Organizado em parceria pelo Centro de Formação Pós-graduada em Urologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e pelo Bristol Urological Institute (BUI), este curso permitiu aos participantes adquirir um certificado em urodinâmica, emitido pelo instituto britânico. «Estabelecemos uma excelente relação com o BUI e temos feito este trabalho em conjunto nos últimos anos. As pessoas têm demonstrado uma excelente aceitação, que se manifestou também este ano com um número recorde de inscrições», congratula-se Ricardo Pereira Silva, membro da direção do curso e urologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHULN/HSM).

No mesmo sentido, Tomé Matos Lopes, diretor do Serviço de Urologia do CHULN/HSM, destaca a afluência cada vez maior de participantes, prova de que a urodinâmica está a ganhar espaço na Urologia nacional. «Em Portugal, há um maior inte-

resse na urodinâmica do que havia antigamente. As pessoas já estão a incluí-la no seu currículo e a querer ter conhecimentos avançados sobre esta área», acrescenta.

Na sessão introdutória deste curso, o diretor da Unidade de Urodinâmica do BUI, Hashim Hashim, frisou a importância de realizar adequadamente os estudos urodinâmicos, seguindo os padrões internacionais. Para tal, «é necessário praticar, ler as *guidelines* e participar em formações». «Este curso fornece as bases para boas práticas de urodinâmica e estamos muito interessados em dissimíná-las por todo o mundo», rematou.

Componente prática em destaque

Também do BUI veio o outro convidado internacional, Marcus Drake, que considera prioritário «garantir que os formandos compreendem totalmente o papel dos testes de diagnóstico para uma avaliação adequada de todos os doentes com problemas do trato urinário inferior». Nesse sentido, este curso acaba por ser «uma boa plataforma para trazer conhecimento e experiências adicionais, transformando-as em prática efetiva».

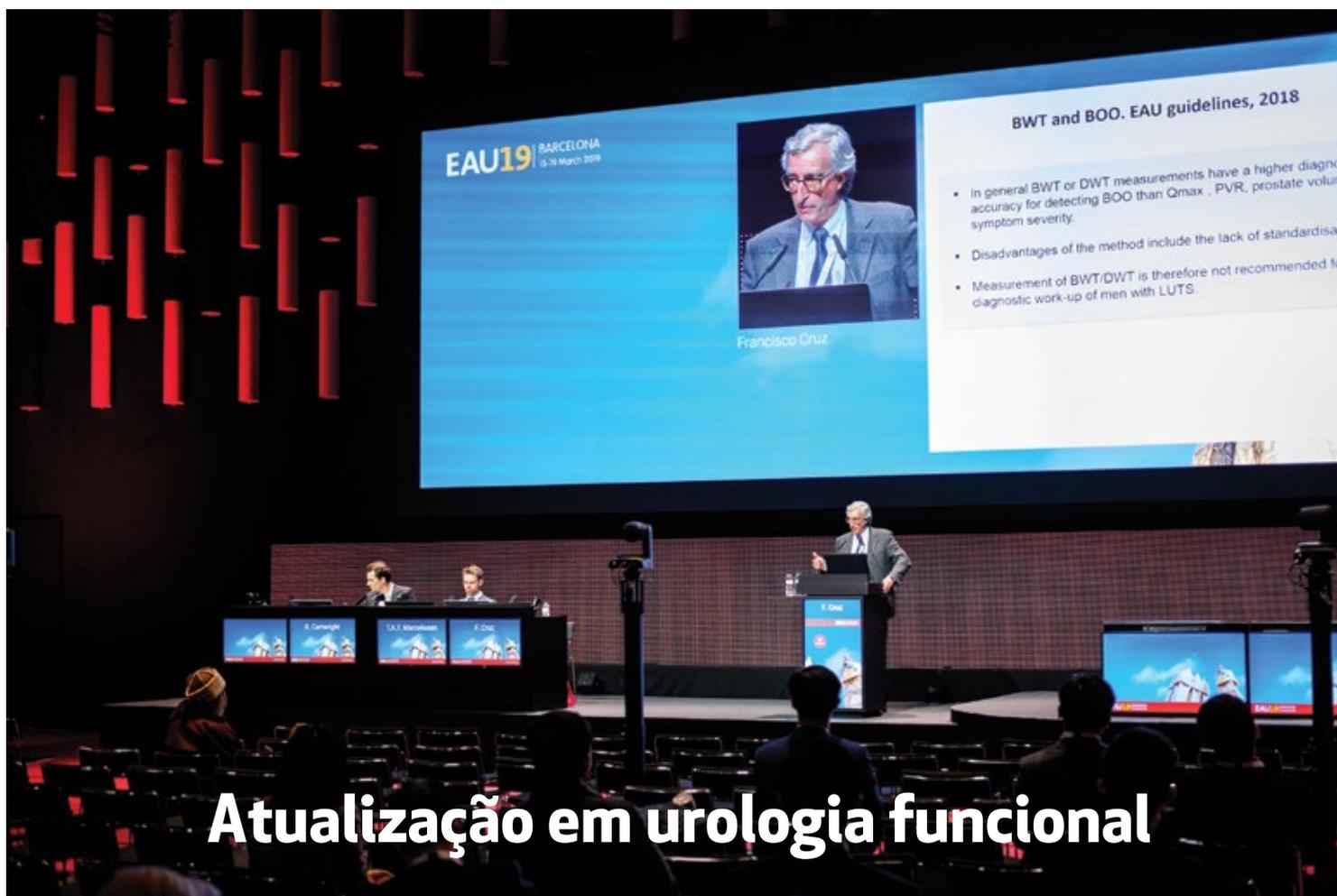
Relativamente aos avanços na urodinâmica, este urologista britânico destacou a publicação, no final de 2018, do estudo UPSTREAM (*Urodynamics for Prostate Surgery Trial; Randomised Evaluation of Assessment Methods*), conduzido pela Universidade de Bristol, «cujo objetivo foi analisar as técnicas de diagnóstico utilizadas nos homens com disfunção miccional: a urodinâmica e a urofluxometria».

Esta 3.ª edição do «Lisbon BUI Certificate in Urodynamics» foi marcada pela componente prática do curso, nomeadamente a análise e a discussão de traçados com recurso a simuladores de estudos urodinâmicos na mulher e no homem. Para Ricardo Pereira e Silva, «a utilização regular de diários da bexiga ou gráficos de frequência-volume, urofluxometria e urodinâmica, de acordo com as boas práticas, é a base para uma Urologia funcional de excelência». Apesar de, segundo o urologista, já se praticar boa urodinâmica em Portugal, ainda há um longo caminho a percorrer para que os exames deste âmbito sejam realizados de forma exemplar, daí a importância de um «curso muito intenso e completo» como o do BUI. ■



URODINÂMICA NA PERSPETIVA DE UM INTERNO

Depois de ter participado, pela primeira vez, nesta formação, Afonso Castro, interno do 3.º ano de Urologia no CHULN/HSM, sublinhou a relevância de realizar este curso nesta fase do seu internato. «Atualmente, a urodinâmica é uma das bases mais importantes da Urologia. Este curso facultou-me as ferramentas para eu começar a praticar urodinâmica e conseguir melhores diagnósticos e tratamentos nos meus doentes», afirma Afonso Castro. Este interno destaca a competência dos profissionais que realizam este tipo de estudo no CHULN/HSM, salientando que «bastantes casos complexos são caracterizados com recurso à urodinâmica, que, desta forma, contribui para melhores decisões e resultados terapêuticos».



Atualização em urologia funcional

Entre 15 e 19 de março, todos os caminhos da Urologia europeia foram dar a Barcelona, cidade que recebeu perto de 15 mil participantes no 34.º Congresso da European Association of Urology (EAU). O evento contou com a participação de vários portugueses, que fizeram comunicações sobre diferentes áreas da especialidade. No âmbito da urologia funcional, destacaram-se as intervenções de Francisco Cruz.

Lúis Garcia (texto e fotografias)

À semelhança de anos anteriores, o urologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto, teve uma participação extensa no Congresso da EAU 2019, proferindo uma palestra, moderando duas sessões e presidindo a um curso, além de ser coautor de alguns trabalhos apresentados. No dia 15 de março, num dos auditórios principais, Francisco Cruz foi o responsável pela *state-of-the-art lecture* que encerrou a sessão de apresentação de pósteres sobre os mecanismos dos sintomas do trato urinário inferior (LUTS, na sigla em inglês), que também moderou. «Pode a imagiologia diferenciar a função da disfunção?» foi a pergunta que o especialista português escolheu para mote da sua preleção.

Segundo Francisco Cruz, nos casos graves de LUTS, a resposta é «um claro sim». No entanto, em situações de hiperatividade ou hipoa

tividade do detrusor, bem como outras formas ligeiras de obstrução infravesical, «a realidade não é tão simples», embora o recurso a meios de imagem ao nível da bexiga e do sistema nervoso central (cérebro e espinal medula) possa vir a desempenhar um papel importante nesse sentido. Outra mensagem-chave deste palestrante foi que «o tamanho e a forma da próstata podem tornar-se importantes parâmetros para prever casos de obstrução infravesical que sejam refratários à terapêutica farmacológica oral, apesar de, neste momento, esta ser uma realidade muito distante da prática clínica».

Além de uma sessão de pósteres, Francisco Cruz presidiu também à reunião da EAU Section of Female and Functional Urology (ESFFU), que dirige atualmente. Esta sessão incidiu sobre algumas das inovações cirúrgicas e a discussão de controvérsias relacionadas com o tratamento

minimamente invasivo da incontinência de esforço feminina.

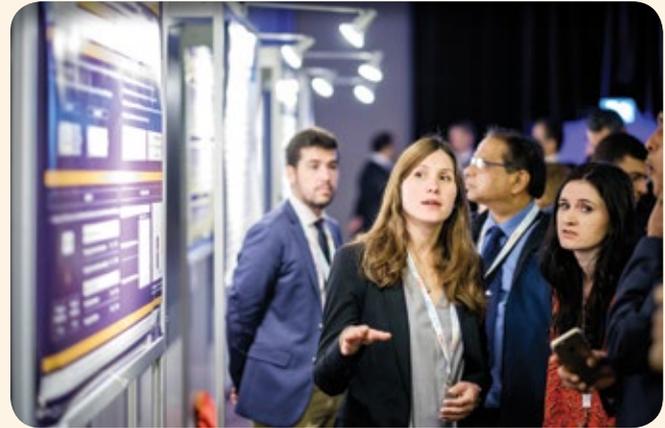
O especialista presidiu também ao Curso de Neuro-urologia Prática, no qual abordou os princípios centrais do tratamento da bexiga neurogénica. Percorrendo as diferentes opções terapêuticas e a evidência que as suporta, Francisco Cruz considerou que «os objetivos centrais devem ser a prevenção da deterioração do trato urinário superior e a melhoria da qualidade de vida dos doentes». Para cumprir o primeiro desiderato, importa «prevenir o esvaziamento incompleto, diminuir os pontos de pressão de perda urinária, suprimir a hiperatividade neurogénica do detrusor, normalizar a capacidade vesical, promover a adesão ao tratamento e prevenir as infeções do trato urinário superior». As metas de qualidade de vida consistem no tratamento da incontinência, da urgência e da frequência. ■

Mais contributos nacionais

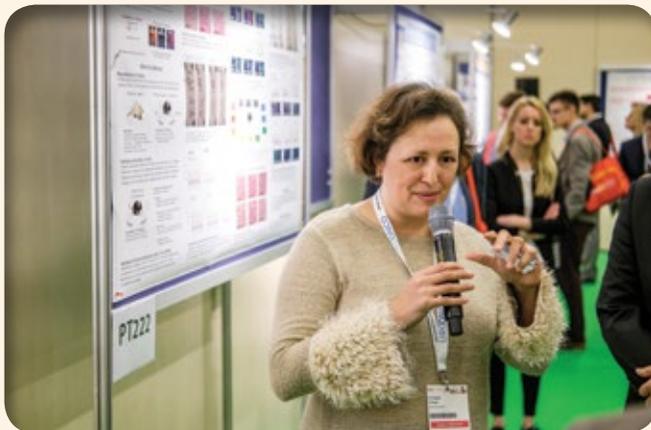
A comprovar a dedicação dos portugueses à área da urologia funcional, foram apresentados os seguintes pósteres no 34.º Congresso da EAU:



«*Time to change microbiological approach to overactive bladder*», apresentado por Tiago Antunes Lopes, urologista no Centro Hospitalar Universitário de São João (CHSJ), no Porto, que também moderou duas sessões de apresentação de pósteres.



«*Intradetrusor botulinum toxin administration under local anaesthesia: a prospective, randomized trial comparing two different anaesthesia protocols*», apresentado por Carolina Ponte, interna de Urologia no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria.



«*Bladder pain induced by chronic stress is mediated by a systemic increase of nerve growth factor involving the activation of adrenoceptors*», apresentado por Ana Charrua, investigadora na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.



«*Efficacy and safety of minislings for the treatment of female stress urinary incontinence in a cohort with a median follow-up of 10 years*», apresentado por Margarida Manso, interna de Urologia no CHSJ.



«*Results of surgical treatment of radiation induced hemorrhagic cystitis*», apresentado por Ana Marinho, interna de Urologia no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.



«*Urothelial ATP is implicated in the appearance of detrusor underactivity (DU) early after bladder outlet obstruction (BOO) and in the recovery of detrusor function after obstruction relief*», apresentado por Luís Vale, interno de Urologia no CHSJ.

Impacto das intervenções urológicas a nível sexual



Pedro Vendeira representou a Andrologia portuguesa em Barcelona, com uma preleção sobre o *timing* da colocação de prótese peniana após a ocorrência de priapismo e outra sobre os efeitos secundários da prostatectomia radical e da radioterapia pélvica a nível sexual.

Lúis Garcia (texto e fotografias)

A primeira palestra do presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução (SPA) inseriu-se na reunião da EAU Section of Andrological Urology (ESAU), no dia 16 de março, e destacou a polémica acerca da utilização de próteses penianas no tratamento precoce ou mais tardio do priapismo isquémico. De acordo com Pedro Vendeira, embora exista maior risco de infeção na fase aguda, a colocação da prótese mais tardiamente também

tem desvantagens, como «maior fibrose, maior risco de iatrogenia cirúrgica e retração peniana considerável».

O urologista português defendeu a importância de falar com o doente o mais cedo possível acerca da sua situação, providenciando-lhe uma explicação detalhada das hipóteses de tratamento equacionadas. «A implantação precoce de próteses penianas nos doentes com priapismo refratário representa atualmente uma mudança de para-

digma, prevenindo o encurtamento e a curvatura do pénis.» Segundo Pedro Vendeira, «em geral, as próteses penianas semirrígidas são a primeira opção», devendo-se recorrer à ressonância magnética e/ou à biópsia para confirmar a necrose do tecido cavernoso. Além disso, «a colocação tardia de próteses penianas pode ser um desafio mesmo para os cirurgiões mais experientes».

A vertente descurada da prostatectomia

A outra intervenção de Pedro Vendeira deu-se no dia 18 de março, inserida na sessão plenária dedicada ao papel do urologista em questões associadas à sexualidade e à fertilidade dos sobreviventes de cancro. O presidente da SPA incidiu sobre alguns efeitos secundários da prostatectomia radical e da radioterapia pélvica a nível sexual que, na sua opinião, «são habitualmente descurados». É o caso da climatúria (incontinência urinária aquando do orgasmo), da anorgasmia, da perceção alterada do orgasmo, da disorgasmia, do encurtamento peniano e da doença de La Peyronie.

De acordo com o urologista do Porto, «um processo completo de reabilitação sexual não deve focar-se apenas na ereção», mas também incluir «todos os efeitos secundários sexuais, tendo em conta o seu impacto psicológico, com elevados níveis de ansiedade, perda da identidade masculina e quebra na autoestima». A(o) parceira(o) deve ser envolvida(o) neste processo, sempre que possível, uma vez que as disfunções sexuais aumentam significativamente nos doentes que foram alvo deste tipo de tratamentos. «É importante que os médicos informem os doentes de que, independentemente da ausência de ejaculação e, por vezes, de ereção, devem manter a atividade sexual e procurar alcançar o orgasmo mesmo após a prostatectomia radical», aconselhou Pedro Vendeira. ■

Recomendações podem sair caras

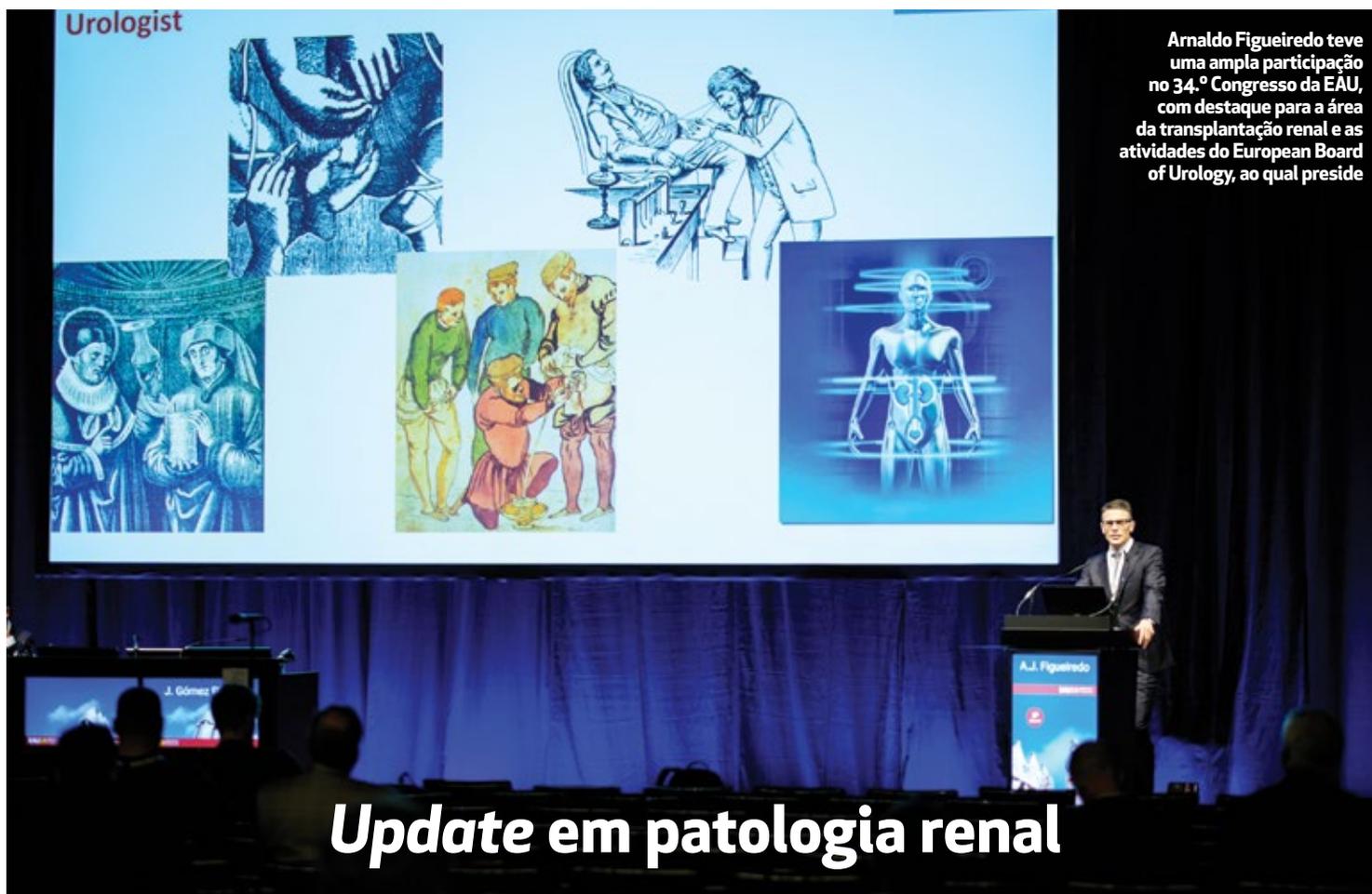
No 34.º Congresso da EAU, o contributo português na área da Andrologia também passou por Afonso Morgado, interno do 6.º ano de Urologia no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto, que apresentou, no dia 18 de março, um trabalho desenvolvido neste hospital em colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Intitulado «*Current step-wise EAU recommendations for hypogonadism screening in erectile dysfunction are not cost-effective*», este foi um dos dois pósteres de autoria portuguesa selecionados como os melhores das respetivas sessões (ver notícia sobre o outro, apresentado por Nuno Morais, na página 18).

O trabalho de Afonso Morgado consistiu na análise da relação custo/benefício das recomendações atuais da EAU para o rastreio do hipogonadismo em doentes com disfunção erétil, através da comparação de dois cenários. Num deles, foram seguidas as orientações da EAU, que preconizam a medição da testosterona total (TT), sendo avaliados os restantes parâmetros hormonais apenas nos doentes que apresentem baixos valores de TT. No outro grupo, foi realizado um estudo hormonal completo à partida (incluindo parâmetros como a hormona luteinizante e a testosterona livre, além da TT).

«Verificámos que as recomendações atuais acabam por sair mais caras. Precisamos de marcar mais consultas e os doentes têm de se deslocar mais vezes ao hospital e fazer mais análises», sintetiza Afonso Morgado. Segundo o interno, os dados deste estudo, que se baseou na estrutura de custos da realidade nacional, «poderão ser úteis para a tomada de decisão dos urologistas portugueses relativamente ao estudo hormonal a pedir nos doentes com disfunção erétil».







Araldo Figueiredo teve uma ampla participação no 34.º Congresso da EAU, com destaque para a área da transplantação renal e as atividades do European Board of Urology, ao qual preside

Update em patologia renal

Dos desafios cirúrgicos da transplantação renal aos resultados de diferentes tipos de derivação urinária no tratamento da litíase, passando pelas recomendações europeias para o tratamento do cancro do rim, foram vários os aspetos relacionados com a saúde renal abordados por especialistas e internos de Urologia portugueses no 34.º Congresso da EAU.

Luís Garcia (texto e fotografias)

No âmbito da transplantação renal, Arnaldo Figueiredo, diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), foi formador num curso que decorreu no dia 16 de março. Além de partilhar algumas dicas da sua

prática clínica para realizar o transplante renal com sucesso, o especialista abordou a seleção e a preparação urológica dos recetores, com enfoque na nefrectomia do dador falecido. Envolvido na organização destes cursos há vários anos, Arnaldo Figueiredo congratula-se com o elevado nível de

participação em 2019. «Contámos com 45 inscritos, mais do que a média dos outros cursos que começaram à mesma hora (8h30), o que mostra que a transplantação renal interessa a muitos urologistas.»

Ainda na área da transplantação renal, Arnaldo Figueiredo moderou uma mesa-redonda inserida na reunião conjunta da EAU Section of Transplantation Urology (ESTU), cuja direção integra, com a EAU Section of Andrological Urology (ESAU), também no dia 16 de março. A gestão da doença renal terminal no período pré-transplantação em doentes com cancro da próstata elegíveis para vigilância ativa e o estado da arte da colocação de esfíncteres urinários artificiais assistida por robô em doentes do sexo feminino foram dois dos temas discutidos nesta mesa-redonda.

«Nesta reunião conjunta da ESTU com a ESAU, abordámos também o impacto que a insuficiência renal e a transplantação podem ter na função erétil e na fertilidade, bem como a necessidade de

Colaboração do EBU no Congresso europeu

Uma parte importante da atividade de Arnaldo Figueiredo no 34.º Congresso da EAU relacionou-se com as funções que exerce como presidente do European Board of Urology (EBU). No dia 16 de março, o português participou na sessão conjunta do EAU Young Urologists Office (YUO) com a European Society of Residents in Urology (ESRU), na qual apresentou aos internos o EBU e aquilo que este órgão lhes pode proporcionar. No mesmo dia, Arnaldo Figueiredo presidiu a sessão organizada pelo EBU, que se focou na avaliação, na acreditação e na certificação de competências em Urologia. «Entre outros tópicos, discutiu-se a oportunidade de criar uma subspecialização em oncurologia, um projeto lançado pelo EBU há cerca de dois anos, que a EAU também abraçou e que está numa fase de definição dos termos e do modo como deverá ser criada esta competência», explica o presidente do EBU.

tratar de forma diferente. Mesmo que não esteja diretamente envolvido no programa de transplantação, o urologista tem de estar ciente das especificidades destes doentes, para poder atuar de forma adequada», sublinha Arnaldo Figueiredo.

Além de moderar uma sessão de apresentação de pósteres sobre cirurgia laparoscópica robótica na transplantação renal, já no dia 17 de março, o também ex-presidente da Associação Portuguesa de Urologia multiplicou-se em reuniões fora do programa científico relacionadas com as suas funções na EAU e no European Board of Urology (EBU). A sua participação neste Congresso também passou pela coautoria de pósteres enquanto diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do CHUC e membro do painel das *guidelines* de transplantação renal da EAU.

Atualização das *guidelines* para o cancro do rim

As mais recentes alterações nas recomendações da EAU para o tratamento do cancro do rim foram apresentadas por **Lorenzo Marconi, urologista no CHUC**, no dia 17 de março, numa sessão organizada pela EAU Patient Information.

O envolvimento dos doentes na produção das orientações clínicas foi um dos aspetos mais enfatizados pelo especialista português, que também integra o painel de *guidelines* da EAU. «Sabemos que a evidência, por si só, não é suficiente para sustentar as decisões clínicas, que devem ser consistentes com as decisões informadas e as preferências dos doentes.

É por isso que os doentes estão a ser cada vez mais envolvidos nas *guidelines* da EAU e são fundamentais para a sua qualidade», defende Lorenzo Marconi.

Centrando a sua intervenção nas principais novidades das diretrizes de 2019 em relação à versão anterior, o urologista começou por explicar o processo de passagem da evidência à recomendação, incluindo a investigação desenvolvida pelo painel que integra, com o intuito de abordar questões que ainda não têm resposta na literatura. «As estratégias terapêuticas para o cancro do rim metastizado estão em rápida mudança, tornando evidente a necessidade de uma translação muito eficiente da evidência para a prática clínica», sustenta.

Em termos clínicos, uma das principais alterações das *guidelines* europeias tem a ver com a assunção dos inibidores dos recetores dos *checkpoints* imunológicos como «o novo pilar do tratamento de primeira linha para o carcinoma

renal de células claras metastizado». Por outro lado, «a nefrectomia citorrredutora imediata já não deve ser considerada *standard of care* para os doentes com carcinoma das células renais metastizado de risco baixo ou intermédio quando é necessária terapêutica sistémica», frisa Lorenzo Marconi.

Trabalho de Braga premiado Nuno Morais, interno do 5.º ano de Urologia no Hospital de Braga,

foi um dos dois portugueses que viram um póster da sua autoria ser selecionado como o melhor da sessão na qual foi apresentado. «*Percutaneous nephrostomy vs ureteral stent for hydronephrosis secondary to ureteric calculi: impact on spontaneous stone passage and health-related quality of life – a prospective study*» é o título deste

trabalho desenvolvido pelo Serviço de Urologia do Hospital de Braga em articulação com a Escola de Medicina da Universidade do Minho, no qual foram comparadas, como técnicas de derivação urinária, a nefrostomia percutânea e a utilização de um cateter ureteral duplo J.

«Em resumo, verificámos que a nefrostomia está associada a uma expulsão espontânea do cálculo muito mais provável (quase sete vezes) após ajuste para o tamanho e a localização do cálculo. E também a uma muito maior qualidade de vida, com menor necessidade de analgésicos e menos sintomas urinários do que o cateter ureteral duplo J», explica Nuno Morais. O autor admite a satisfação por ver o seu trabalho selecionado, que tem

uma componente controversa, uma vez que «a maioria dos urologistas tem uma ideia contrária relativamente ao valor das nefrostomias».

Também sob a forma de póster, Nuno Morais apresentou um estudo retrospectivo realizado no Hospital de Braga, que procurou «avaliar as características dos cálculos residuais após o tratamento da litíase renal com procedimentos endoscópicos, nomeadamente ureterorenoscopia flexível ou nefrolitotomia percutânea». Os autores do estudo concluíram que «os cálculos residuais com mais de 4 mm de diâmetro estão associados a maior probabilidade de complicações e à necessidade de reintervenção do que os fragmentos mais pequenos». No entanto, ressalva o interno, «mesmo cálculos inferiores a 4 mm têm alguma probabilidade de causar complicações».

Nuno Morais apresentou um terceiro trabalho, neste caso na área da hiperplasia benigna da próstata (HBP), cuja equipa integrou, embora o autor principal seja Paulo Mota, urologista no Hospital de Braga. «Este trabalho segue a linha de outros que foram apresentados previamente em congressos internacionais e explora uma nova teoria para a etiopatogenia da HBP, que se relaciona com a concentração de serotonina no tecido prostático», explica o interno. Nesta investigação, foi feito o doseamento da serotonina em amostragens de tecido da zona de transição da HBP em doentes que realizaram biópsia prostática por suspeita de adenocarcinoma prostático. «Chegou-se à conclusão de que os doentes com HBP com maior volume prostático tinham menor concentração de serotonina prostática, o que vai ao encontro dos estudos feitos anteriormente em modelo animal pela nossa equipa, alguns deles até distinguidos com prémios», ressalva Nuno Morais. ■

Prostatectomia radical assistida por robô

A participação de Lorenzo Marconi no 34.º Congresso da EAU não se limitou ao cancro do rim. Também no dia 17 de março, este urologista apresentou um estudo multicêntrico, desenvolvido durante o seu *fellowship* no Guys and St. Thomas NHS Foundation Trust, em Londres, que procurou caracterizar os *outcomes* perioperatórios, oncológicos e funcionais da prostatectomia radical assistida por robô em 82 homens com cancro da próstata recorrente após terapêutica focal. Este estudo, que representa a maior série internacional de prostatectomia radical de salvação após terapêutica focal, demonstrou que este procedimento, quando assistido por robô, é seguro e tem resultados funcionais (continência e função sexual) muito semelhantes aos da prostatectomia radical primária. A sobrevivência livre de progressão foi de 73,9%, 48% e 36,2%, respetivamente aos 12, 24 e 36 meses.



Mais momentos da participação portuguesa

◀ Sérgio Pereira, urologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, e Tiago Oliveira, interno no mesmo hospital, foram tutores de cursos *hands-on* sobre tratamento endoscópico da litíase e laparoscopia básica, respetivamente



▶ António Lopez-Beltran, anatomopatologista no Centro Clínico da Fundação Chantalimaud, em Lisboa, moderou uma sessão sobre as novidades introduzidas pelos inibidores de checkpoints imunológicos



◀ Estêvão Lima, diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Braga, foi um dos moderadores de uma sessão de cirurgias gravadas e ao vivo



◀ José Patena Forte, urologista no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital de São José (CHULC/HSJ), apresentou um vídeo intitulado «NAID: a novel percutaneous navigation system»



◀ Nuno Tomada, urologista e professor na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, foi um dos moderadores da mesa-redonda dedicada ao tratamento da doença de Peyronie no âmbito da sessão da EAU Section of Genito-Urinary Reconstructive Surgeons (ESGURS)



▶ Peter Kronenberg, urologista no Hospital CUF Descobertas, em Lisboa, moderou uma sessão de pósteres sobre tecnologias emergentes



João Carvalho, interno de Urologia no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, apresentou o póster «Too old for a prostate biopsy?»



Francisco Fernandes, interno de Urologia no CHULC/HSJ, apresentou o póster «New biomarkers of bladder cancer in liquid biopsies»



Luís Osório, urologista no Hospital Lusíadas Porto, foi um dos tutores do curso *hands-on* de laparoscopia básica e de exames *European-Basic Laparoscopic Urological Skills* (E-BLUS)

Nos intervalos...



> João Varregoso, José Pedro Cadilhe, Nuno Tomada, Luís Abranches Monteiro, Pedro Vendeira e Ferdinando Pereira



> Pedro Passos, Sónia Ramos e Diogo Carneiro



> INTERNOS PORTUGUESES BEM REPRESENTADOS: Luís Vale, Margarida Manso, Bernardo Teixeira, Catarina Tavares, Gonçalo Mendes, Daniela Pereira, Débora Araújo, João Almeida, Mário Lourenço, Roberto Jarimba, Alexandre Gromicho, Gil Falcão, Thiago Guimarães, João Ascensão, António Modesto, Nuno Morais, Duarte Vieira Brito, Sónia Ramos, Raquel Rodrigues, Alberto Silva, Luísa Jerónimo Alves, Inês Peyroteo e Rita Rodrigues Fonseca

Fotografias: Luís Garcia



Momentos «históricos» no II HUCAD LAP



No Teatro Anatómico da Faculdade de Ciências Médicas da Nova Medical School, os participantes treinaram procedimentos laparoscópicos em cadáver humano

Dedicado ao rim (primeiro e segundo dias) e à próstata (terceiro), o II Human Cadaveric Advanced Laparoscopic 3D Urology Postgraduate Course (HUCAD LAP), que decorreu de 21 a 23 de fevereiro, em Lisboa, foi marcado por dois acontecimentos inéditos em Portugal. Em primeiro lugar, no dia 21, acompanhado por alguns colegas do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António (CHUP/HSA), Vítor Cavadas fez «a primeira abordagem endoscópica em cadáver humano no país», num acontecimento que Nuno Domingues, urologista no Hospital das Forças Armadas/Polo de Lisboa (HFAR/PL) e um dos coordenadores da formação, classifica de «histórico». Já no dia seguinte, Rodrigo Ramos, urologista no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, e Shekhar Biyani, urologista no Hospital Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, no Reino Unido,

conduziram «uma abordagem retroperitoneal por via laparoscópica para cirurgia renal em cadáver».

Nuno Domingues identifica três características diferenciadoras do HUCAD LAP. A primeira é o facto de «o modelo de treino cirúrgico ser o cadáver humano, uma vez que os outros cursos existentes, mesmo a nível internacional, utilizam quase sempre animais». Outra marca distintiva é a técnica de embalsamamento e conservação do cadáver. «A Faculdade de Ciências Médicas da Nova Medical School (FCM-NMS), por intermédio da dedicação de uma vida do Prof. João Goyri O'Neil e do Prof. Diogo Pais, desenvolveu uma técnica que é considerada das melhores a nível mundial: os cadáveres têm um aspeto natural e real.» Por fim, destaque para o facto de o rácio de docentes para alunos ser superior a 1, «o que não é muito vulgar em cursos similares».

Resultado de uma parceria entre a FCM-NMS e os Serviços de Urologia do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital de São José (CHULC/HSJ) e do HFAR/PL, este curso teve um vasto alcance internacional, com mais de 75% dos 18 participantes a serem estrangeiros, num total de 12 nacionalidades. Responsável pela componente de *e-learning*, no âmbito da qual foram disponibilizados vídeos das cirurgias e material bibliográfico, Luís Campos Pinheiro, diretor do CHULC/HSJ, frisa que «as vagas do curso ficaram imediatamente preenchidas». «Esta procura atesta a grande qualidade desta formação à escala global», segundo Luís Campos Pinheiro, e explica-se com «a felicidade de se ter encontrado um corpo docente internacional muito heterogéneo e de elite, que criou um ambiente favorável à aprendizagem».

A terceira edição do HUCAD LAP decorrerá entre 19 e 21 de fevereiro de 2020, no Teatro Anatómico da FCM-NMS, com 15 vagas para participantes já dotados de competências básicas em cirurgia laparoscópica. A componente de *e-learning* decorrerá a 20 de janeiro e as candidaturas encerram a 15 de outubro deste ano. ■ **Rui Alexandre Coelho**

Discutir «armadilhas urológicas» com a MGF

As patologias urológicas mais importantes voltaram a preencher o programa científico da reunião «Urologia ao Centro – a Medicina Geral e Familiar no centro dos cuidados de saúde». Realizada em Coimbra, nos dias 14 e 15 de fevereiro, esta reunião contou com cerca de 200 participantes. A litíase urinária, o carcinoma da próstata, a incontinência urinária e a hiperplasia benigna da próstata foram alguns dos temas abordados num formato que privilegiou a apresentação e a discussão de casos clínicos. «Em vez de termos sobretudo sessões teóricas, baseámo-nos em casos que foram expostos à Medicina Geral e Familiar [MGF], havendo, posteriormente, uma discussão sobre a estratégia diagnóstica, terapêutica e de seguimento», explica o presidente da reunião, Arnaldo Figueiredo, justificando a aposta neste formato com o sucesso da edição de 2018.

Entre as diversas sessões, o diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra realça a «discussão interativa muito interessante» que suscitou a sessão «Armadilhas urológicas». Um dos tópicos abordados consistiu numa revisão das «armadilhas urológicas clássicas» e outro centrou-se no erro em Medicina, focando «as implicações e as estratégias a adotar no sentido de o minimizar». Na certeza de que «a profissão do médico faz com que o erro tenha consequências muito mais

dramáticas do que as falhas que se verificam noutras atividades», Arnaldo Figueiredo lamenta que, em termos mediáticos, os equívocos em Medicina sejam tratados de forma «particularmente destrutiva».

Independentemente dessa realidade, o urologista deixa uma mensagem de exigência para o interior da comunidade médica: «Cabe-nos fazer a reflexão necessária e ter a consciência de que todo o erro deve ser evitado, seja ele qual for, o que pode ser atingido através de pilares fundamentais como estratégias de referenciação e uma boa comunicação entre profissionais de saúde, doentes e suas famílias».

Em balanço, o responsável traduz o essencial desta reunião em «mais uma etapa de aproximação entre a MGF e a Urologia». Já marcada está a edição de 2020: voltará a decorrer em Coimbra, nos dias 13 e 14 de fevereiro. ■ **Rui Alexandre Coelho**



Foco no papel dos cuidados de saúde primários

Mantendo o espírito de aprofundamento do diálogo entre os cuidados de saúde primários e hospitalares, as 19.^{as} Jornadas Nacionais de Urologia em Medicina Familiar (MGF) realizaram-se em Lisboa, nos dias 21 e 22 de março. O homenageado desta edição de 2019 foi Victor Ramos, um dos mentores do atual modelo de Unidades de Saúde Familiar.

Rui Alexandre Coelho

Segundo Júlio Fonseca, coordenador de Urologia nestas jornadas e urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, esta reunião procurou «transmitir informação e normas de conduta para que os médicos de MGF tenham autonomia de abordagem e tratamento de alguns doentes, não sentindo a necessidade de encaminhar para os cuidados secundários os casos que não necessitam». Como novidade temática, Júlio Fonseca destaca a introdução no programa científico de um painel sobre aspetos legais e clínicos da mudança de género. «É um tema atual, com dimensões médicas, mas também políticas, sociais e até religiosas. Estas pessoas têm direito a receber tratamento e informação, vão aparecer nas consultas e, enquanto servidores públicos, temos de estar preparados.»

Na qualidade de coordenadora de MGF da reunião, Catarina Empis destaca temas como as indicações para referenciação em várias patologias urológicas, que foram tratadas na mesa-redonda «Quando e como referenciar em...», e o diagnóstico precoce do cancro da próstata, abordado noutra sessão, como «fundamentais nesta reunião



Bruno Graça (Comissão Organizadora – CO), Júlio Fonseca (coordenador de Urologia), Luís Abranches Monteiro (moderador), Pedro de Moura Reis (secretário-geral), Catarina Empis (coordenadora de MGF), Manuel Mendes Silva (presidente), Victor Ramos (homenageado), Jorge Brandão (preletor da oração de homenagem) e Teresa Ventura (CO)

e na articulação entre as duas especialidades». Também «muito útil» foi a já habitual sessão em que a plateia colocou dúvidas, de forma anónima, sobre problemas do dia-a-dia da Urologia na MGF. «Este formato permite que falem das suas dúvidas urológicas diárias aqueles que se inibem de se expor noutras sessões», explica a especialista em MGF na USF Santo Condestável, em Lisboa, que realça ainda a sessão focada na educação para a saúde em Urologia.

Victor Ramos, um dos «ideólogos» da MGF

A habitual cerimónia de homenagem a um «vulto» da Medicina portuguesa foi dedicada a Victor Ramos, especialista em MGF no Agrupamento de Centros de Saúde de Cascais e professor associado convidado da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. A oração de homenagem foi proferida por Jorge Brandão, especialista de

MGF no Hospital da Luz Lisboa, que referiu ter «vivenciado de perto», ao longo da sua carreira, «a extraordinária influência conceptual e as realizações práticas» de Victor Ramos na criação e no desenvolvimento da especialidade de MGF em Portugal. O homenageado «foi tão-somente cofundador da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar [APMGF] e o seu ideólogo inicial».

Entre os louvores atribuídos, destacam-se a Medalha de Ouro de Serviços Distintos do Ministério da Saúde, em 2006, e o Prémio Miller Guerra de Carreira Médica, em 2017. Sobre essas distinções e esta homenagem, Victor Ramos disse muito em poucas palavras. «Não gosto de homenagens, mas quem me comunicou esta intenção foram colegas por quem tenho muita estima e seria inadequado não a aceitar. Foi uma surpresa agradável, mas, recuando no tempo, direi que apenas fiz o que tinha de fazer.» ■

Manuel Carrageta, Manuel Mendes Silva, Nuno Monteiro Pereira e Ana Gaspar (da Lidel, editora do livro)



APRESENTAÇÃO DO LIVRO O HOMEM DE 70 ANOS

Manuel Carrageta, cardiologista e presidente da Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia (SPGG) apresentou, no primeiro dia das jornadas, o livro *O Homem de 70 Anos*. «Com quase 40 autores e cerca de 200 páginas, este é um livro fácil de ler e contém um volume notável de informações e conselhos muito úteis sobre todos os aspetos relevantes da saúde do homem de 70 anos», sublinhou o autor do prefácio. Já Manuel Mendes Silva, que coordenou a obra, juntamente com os também urologistas Nuno Monteiro Pereira e Pedro Vendeira, admitiu que este livro é mais ambicioso do que os dois anteriores, dedicados aos homens de 50 e 60 anos. «Mantendo o patrocínio da Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução, mas incluindo também os da Associação Portuguesa de Urologia e da SPGG, este livro é uma reflexão, em linguagem acessível, sobre perspetivas médicas, físicas, psicológicas, sociológicas e filosóficas relativas ao septuagenário.»

Cirurgia minimamente invasiva do rim e das glândulas suprarrenais: o presente e o futuro

A cirurgia minimamente invasiva do rim e das glândulas suprarrenais foi o tema de mais uma edição do curso internacional promovido anualmente pelo Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto/ Hospital de Santo António (CHUP/ HSA), que decorreu nos dias 1 e 2 de fevereiro. Tal como é habitual, a edição deste ano foi pautada por uma componente prática, com cirurgias ao vivo pela mão de vários urologistas nacionais e internacionais de renome.

Cláudio Guerreiro

Intitulada «*Minimally Invasive Kidney and Adrenal Surgery Course*», a edição deste ano deu destaque a intervenções como a retroperitoneoscopia e a nefrectomia parcial laparoscópica, mas também percorreu o aconselhamento genético no cancro do rim, a terapêutica focal e o futuro do tratamento do carcinoma de células renais, entre outros. Tal como em edições anteriores, a reunião teve o patrocínio científico da APU e da Société Internationale d'Urologie (SIU), através do programa «*B2B – Bench to Beside*».

O curso dividiu-se entre palestras e uma componente mais prática, com a realização de várias cirurgias ao vivo. Foram também disponibilizados conteúdos na plataforma de *e-learning* da SIU. «Queremos mostrar procedimentos recentes e inovadores que possam ser tendências no futuro desta área, como a cirurgia retroperitoneal, que já está a começar a ser praticada por alguns centros. Há a destacar igualmente o caso da adrenalectomia por porta única e da nefrectomia parcial laparoscópica com marcador fluorescente, que não são efetuadas frequentemente em Portugal», enuncia Miguel Ramos, um dos organizadores do curso e urologista no CHUP/HSA.

O leque de oradores incluiu especialistas de renome internacional, como os espanhóis Pilar Laguna, Antonio Alcaraz e Ferran Algaba, o italiano Paolo Gontero e o alemão Thomas Herrmann, além de vários urologistas de diferentes centros nacionais. «Esta foi uma oportunidade para trazer médicos de reconhecido valor ao nosso país e divulgar na comunidade interna-



A adrenalectomia laparoscópica, realizada por Arnaldo Figueiredo, foi uma das cirurgias transmitidas em direto do bloco operatório do Serviço de Urologia do CHUP/HSA para o auditório

cional a qualidade dos urologistas portugueses», destaca Avelino Fraga, diretor do Serviço de Urologia do CHUP/HSA.

«Quisemos dar um enfoque às indicações terapêuticas, sejam ou não cirúrgicas, nomeadamente da vertente oncológica», acrescenta o responsável. Avelino Fraga salienta igualmente que «os procedimentos demonstrados não são novos na Urologia», mas sim pouco praticados a nível nacional, uma vez que «as próprias indicações para os realizar não são universais». Nesse sentido, «esta acabou por ser uma boa formação para os médicos que nela participaram, já que os casos apresentados e discutidos suscitaram um amplo debate».

Sublinhando o «grande nível» deste curso, o secretário-geral da SIU, Jean de La Rosette, concorda com os benefícios que a formação trouxe para a Urologia portuguesa. «Estamos a criar uma plataforma para os urologistas mostrarem o que se faz de melhor no seu país», enuncia. Segundo o responsável, «quando se juntam médicos focados numa condição específica, eles podem tornar-se melhores especialistas e quem acaba por beneficiar são os próprios doentes».

Em relação ao tema deste ano, Jean de la Rosette salienta a importância de existirem vá-



rios centros especializados em cancro do rim e glândulas suprarrenais, permitindo disponibilizar os melhores tratamentos para os doentes, de acordo com os mais recentes avanços a nível tecnológico, farmacológico e da qualidade dos cuidados médicos. Contudo, o especialista alerta que o elevado grau de diferenciação das equipas que abordam estas patologias «não é o suficiente para que todos os problemas estejam resolvidos, pois há casos nos quais a doença progride de modo menos habitual, tornando o tratamento mais difícil».

Imunoterapia: uma nova era

Um dos momentos altos do curso deste ano ficou a cargo de Pilar Laguna, urologista no Hospital Universitário Medipol, em Istambul (Turquia), que abordou o futuro do tratamento do carcinoma de células renais. «Nos últimos anos, tem-se as-

sistido a tremendos avanços tecnológicos que assumem um papel fundamental na preservação da função renal.» Em primeiro lugar, explicou Pilar Laguna, «é importante determinar se o cancro é ou não agressivo». «Se não for agressivo ou se existirem condições na situação do doente que não favorecem uma cirurgia, o melhor a fazer será manter uma vigilância ativa, que consiste em verificar regularmente se o tumor está a crescer», acrescentou.

A urologista espanhola referiu que os grandes avanços recentes ao nível do tratamento do cancro do rim localizado estão relacionados com a utilização de robôs, da laparoscopia e de outros procedimentos minimamente invasivos. Relativamente ao futuro, Pilar Laguna afirmou que já «começa a ficar claro como se devem distinguir os casos de cancro do rim de acordo com os diferentes subtipos». «Aliando os dados proporcionados pela radiologia e pela informação genética aos dados clínicos, à existência ou não de comorbilidades e à idade do doente, seremos capazes de identificar com maior fiabilidade os casos de cancro do rim localizado que devem ser tratados cirurgicamente e aqueles que apenas terão de ser vigiados, por não representarem um risco para a vida do doente», esclareceu.

Já no âmbito do cancro do rim metastático, Pilar Laguna reconheceu que foram poucos os avanços nas últimas décadas, destacando-se apenas os tratamentos baseados em citoquinas, «com taxas de resposta e sobrevivência muito baixas». Na década passada surgiram as terapêuticas-alvo, «que representam uma revolução no tratamento deste cancro». «Há cerca de quatro anos, apareceu algo que tem mudado o tratamento desta doença: a imunoterapia. Trata-se de um conceito completamente diferente do que tínhamos até então, pois ajuda o organismo a lutar contra o can-



ALGUNS FORMADORES E ORGANIZADORES: Paolo Gontero, Arnaldo Figueiredo, Bruno Graça, Pilar Laguna, Ferran Algaba, Miguel Ramos, Manuel Castanheira de Oliveira, José Dias, Paulo Príncipe, Luís Abranches Monteiro, Pedro Bargão Santos e Avelino Fraga

cro. Desde há um ano, já existem dois inibidores dos *checkpoints* imunológicos para o tratamento em primeira linha do cancro do rim metastático com prognóstico mau ou intermédio.» De acordo com a especialista, a imunoterapia apresenta uma «maior taxa de respostas completas», além de prolongar o tempo livre de doença, em comparação com as terapêuticas-alvo. «A imunoterapia é a nova era no tratamento do cancro», concluiu.

Papel do patologista

A multidisciplinaridade do curso manifestou-se na presença de médicos de várias especialidades, como é o caso da Anatomia Patológica. Ferran Algaba, diretor do Serviço de Anatomia Patológica da Fundació Puigvert, em Barcelona, começou por

referir a importância da sua especialidade para o diagnóstico do cancro do rim. «A Patologia é fundamental porque ajuda a reconhecer o tipo de cancro renal, permitindo definir melhor qual o tratamento a realizar», sublinhou.

O especialista referiu ainda que existe «uma comunicação cada vez mais próxima entre a cirurgia, a clínica e a Anatomia Patológica». Ao nível do cancro do rim, esta especialidade tem-se centrado sobretudo na subclassificação dos diferentes tipos de tumores. «Por exemplo, há 30 anos, só se considerava que existiam quatro ou cinco subtipos de tumores. Neste momento, já existem, pelo menos, umas 15 variantes. Isto é muito importante porque torna mais fácil decidir qual a atitude terapêutica a tomar», frisou Ferran Algaba. ■

ENTREVISTA

«A retroperitoneoscopia pode ser a única possibilidade cirúrgica»

Um dos procedimentos cirúrgicos abordados neste curso foi a retroperitoneoscopia. Em entrevista, Paolo Gontero, diretor do Serviço de Urologia do Ospedale San Giovanni Molinette, em Turim (Itália), adianta alguns pormenores sobre esta técnica.

Em que doentes é indicada a retroperitoneoscopia?

Há casos em que este procedimento é muito indicado ou até a única possibilidade de intervenção cirúrgica. Se o tumor renal não for muito grande ou se existir uma massa adrenal que não excede os seis centímetros, esta é, provavelmente, a única técnica possível. Pelo contrário, a retroperitoneoscopia não é aconselhada se o doente tiver histórico de cirurgias no retroperitoneu.

Quais são as vantagens deste procedimento?

Alguns estudos afirmam que a retroperitoneoscopia pode ser mais rápida, porque permite um acesso muito facilitado à área renal. As complicações também podem ser menores, já que não é necessário mover a bexiga. Além disso, é uma técnica muito menos invasiva e já há evidência de que a dor pós-operatória e a necessidade de anestesia pós-operatória são reduzidas nos doentes operados com esta técnica.

Como poderá ser melhorada esta técnica no futuro?

Possíveis investigações passarão por melhorar os instrumentos, tornando-os mais pequenos e menos invasivos. Descobrir ferramentas que permitam fazer boas cirurgias com menos cicatrizes também poderá ser um caminho. No entanto, a retroperitoneoscopia é um procedimento bastante avançado, pelo que não haverá grande margem para desenvolvimentos de fundo.



INTERVENIENTES NO SIMPÓSIO: Fila da frente: Alexandra Henriques, Júlio Leite, Isabel Pereira, Catarina Aguiar Branco, Joaquim Costa Pereira, Ana Formiga, Maria Geraldina Castro, Liana Negrão, Susana Moreira, Miguel Mascarenhas Saraiva e João Pimentel. Fila de trás: Alexandre Lourenço, Teresa Lapa, Paulo Dinis, Ricardo Pereira e Silva, Maria João Andrade, Paulo Temido, Ana Trêpa, Duarte Nuno Vieira, Joana Gomes, José Assunção Gonçalves, Nuno Rama e Alexandre Duarte

Destaque à coloproctologia em uroginecologia

Os grandes temas do pavimento pélvico e da cirurgia colorretal foram discutidos no Simpósio da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (APNUG) 2019, que teve lugar em Évora, nos dias 1 e 2 de fevereiro. Anatomia do pavimento pélvico, fístulas perineais e pélvicas, disfunções defecatórias, dor pélvica crónica e aspetos médico-legais na incontinência anal foram os principais tópicos desta reunião subordinada ao tema central «Coloproctologia em Uroginecologia».

Cláudio Guerreiro

Apesar do destaque dado à Cirurgia Geral (particularmente à coloproctologia), na edição deste ano, o Simpósio contou com ampla participação das restantes três áreas-chave da APNUG (Urologia, Ginecologia e Medicina Física e de Reabilitação – MFR), além de alargar o âmbito do debate a outras especialidades, nomeadamente a Anestesiologia e a Gastrenterologia. João Pimentel, presidente da Comissão Organizadora e cirurgião geral no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), justifica a inclusão destas duas especialidades no programa deste ano com o facto de envolverem «conhecimentos importantes sobre a dor pélvica crónica e poderem dar um aporte de saberes e abordagens diagnósticas e terapêuticas determinantes». «A APNUG sempre fez questão de integrar os cirurgiões colorretais, o que se pretende que seja cada vez mais uma realidade, num contexto

pluridisciplinar. Dado as doenças do foro coloproctológico serem muito prevalentes em Portugal, a forma multidisciplinar de as encarar terá, necessariamente, de ser uma realidade», acrescenta o também presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia e diretor do Centro de Coloproctologia de Coimbra, lembrando que «os problemas de incontinência e disfunção defecatória, entre outros, são, muitas vezes, subvalorizados».

Por seu turno, Paulo Temido, presidente da APNUG, partilha que esta associação quer expandir a sua área de ação para a Anestesiologia, uma vez que «é a especialidade que está mais envolvida na terapêutica da dor». «Tendo uma sessão dedicada à dor pélvica crónica, achámos que fazia todo o sentido integrarmos a Anestesiologia. Há que relembrar que, num contexto de avaliação das disfunções do pavimento pélvico,

a dor é uma área muito importante», refere. Já a inclusão da Gastrenterologia, que também poderá vir a ser integrada na APNUG, ocorreu «no contexto da abordagem diagnóstica e terapêutica conservadora das disfunções defecatórias».

Paulo Temido destaca que «esta multidisciplinaridade é intrínseca à própria APNUG desde a sua criação». «De uma forma equilibrada, tentamos juntar as diferentes opiniões e perspetivas em prol de uma melhor ciência e de um melhor tratamento para os nossos doentes», defende.

Aspetos médico-legais na incontinência anal

Um dos grandes destaques do Simpósio APNUG 2019 foi a conferência «Aspetos médico-legais na incontinência anal», proferida por Duarte Nuno Vieira, diretor da Faculdade de Medicina da Uni-

versidade de Coimbra (FMUC), especialista em Medicina Legal e presidente do Conselho Europeu de Medicina Legal. «Procurei deixar uma visão geral das várias situações em que uma incontinência pode envolver problemas médico-legais nos diferentes domínios do Direito (penal, civil, do trabalho, administrativo, etc.), até porque esta condição pode ter origens traumáticas ou naturais», esclarece. «Há casos de incontinência que podem motivar processos-crime, se resultarem de uma atuação médica negligente, assim como processos cíveis para obtenção de indemnização. Outros casos podem dar origem a processos do âmbito do direito do trabalho, se resultarem de acidentes de trabalho com lesões que conduzam a incontinência anal, «algo excecional, mas também com registo de algumas ocorrências». E existem ainda casos decorrentes de doença ou de um qualquer processo natural, em que a pessoa afetada pela incontinência anal procura algum tipo de benefício por parte do Estado, como uma reforma antecipada ou uma redução da carga fiscal por ser portadora desta incapacidade.

Segundo o diretor da FMUC, os aspetos que mais protegem os médicos de processos penais e cíveis são «os mesmos de sempre»: ter uma boa atuação; privilegiar o bom relacionamento com os doentes e seus familiares; estar atualizado quanto ao progresso científico e tecnológico na Medicina e, em particular, na sua especialidade. Além disso, Duarte Nuno Vieira alerta que «exercer Medicina sem um seguro de responsabilidade profissional é um risco enorme» e aconselha que os médicos procurem reportar sempre os seus erros à Ordem dos Médicos, porque «é através da aprendizagem decorrente dos erros cometidos que se evitam erros futuros».

Dor pélvica crónica e disfunções defecatórias

Outro dos temas em destaque foi a dor pélvica crónica (DPC). Teresa Lapa, anesthesiologista na Unidade de Dor do CHUC, abordou o papel das unidades de dor na avaliação e no tratamento médico deste problema. «A DPC é uma entidade clínica complexa. Trata-se de uma situação com duração superior a seis meses, mais frequente nas mulheres e sem uma apresentação típica, podendo não ser possível identificar qualquer problema orgânico. Múltiplas causas podem estar envolvidas, como musculoesqueléticas, ginecológicas, urológicas, gastroenterológicas ou neurológicas, e pode também haver predisposição genética e psicológica.»

Segundo esta oradora, a DPC está associada a «intenso sofrimento, pior qualidade de vida e problemas psicossociais», tendo importantes repercussões económicas devido aos elevados custos dos cuidados de saúde que acarreta. «A DPC impõe alguns desafios, não só para o doente, mas também para a família, amigos e profissionais envolvidos no

seu tratamento. É uma entidade difícil de avaliar e tratar, exigindo uma abordagem multidisciplinar. Nas unidades de dor crónica, é possível oferecer aos doentes este tipo de abordagem, com terapêutica multimodal centrada no doente e combinando agentes farmacológicos, fisioterapia, bloqueios nervosos, técnicas de neuroestimulação e intervenções psicológicas», acrescentou Teresa Lapa.

As disfunções defecatórias também foram abordadas no Simpósio APNUG 2019. A este propósito, Ana Trêpa, especialista em MFR no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António, falou sobre a avaliação e o tratamento médico da obstipação. «Na obstrução defecatória, as causas funcionais são muito frequentes e ocorrem quando há dissinergia, isto é, contração do músculo puborretal, em vez de relaxamento, no momento da evacuação. Por vezes, os doentes chegam à nossa consulta com obstipação de longa data», salientou. Também podem existir outras causas, como prolapsos, retoceles ou invaginações.

Contudo, estas alterações estruturais são frequentemente acompanhadas de dissinergia do

puborretal. «Nestes casos, se houver indicação cirúrgica, devemos intervir com reeducação antes e, se necessário, também após a cirurgia», aconselhou. Já no trânsito lento, deve recorrer-se a uma abordagem mais diferenciada, ao ajuste terapêutico com laxantes catárticos e à neuromodulação periférica do nervo tibial posterior.

Na última sessão do Simpósio, Alexandre Duarte, cirurgião geral no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto, lançou a discussão sobre a abordagem terapêutica pelo coloproctologista em casos de incontinência anal. Além de ter apresentado diversos procedimentos cirúrgicos que podem ser utilizados no tratamento deste problema (esfincteroplastia, biomateriais injetáveis/implantáveis, neuromodulação sagrada, esfínter anal artificial, transposição muscular, enema anterógrado e colostomia), o preletor lembrou, durante a sua apresentação, que «a incontinência fecal pode ser uma situação muitas vezes inconsciente e sofrida em silêncio». «A sua prevalência é provavelmente muito maior do que aquela que encontramos na literatura», rematou. ■



Mariana Pereira recebeu o 1.º prémio de melhor póster, que lhe foi entregue por Paulo Temido, Paulo Dinis e João Pimentel

PRÉMIOS ENTREGUES NO SIMPÓSIO

Melhor comunicação livre

1.º prémio: «Cauda equina - disfunção do intestino neurogénico». Autor principal: João Capelo, Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, em Cascais

2.º prémio: «Low levels of urothelial ATP is implicated in detrusor underactivity after bladder outlet obstruction». Autor principal: Luís Vale, Centro Hospitalar de São João, no Porto

3.º prémio: «O contexto biopsicossocial da mulher com incontinência urinária de esforço: qual o seu impacto?». Autora principal: Ângela Rodrigues, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Melhor póster

1.º prémio: «LUTS e obstipação em mulheres com disfunção do pavimento pélvico - abordagem multidisciplinar». Autora principal: Mariana Pereira, Centro de Urologia dos Serviços Clínicos Integrados, em Lisboa

2.º prémio: «Pessário - uma opção terapêutica na atualidade?». Autora principal: Filipa Coutinho, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

APU deu as boas-vindas aos novos internos de Urologia



Os formadores (na fila de trás, a partir do quarto a contar da esquerda), José Palma dos Reis, Rui Pinto, Luís Abranches Monteiro, Manuel Mendes Silva, Frederico Furriel, Ricardo Pereira e Silva, João Lemos Almeida e Vanessa Vilas-Boas, acompanhados pelos 14 formandos (internos do 1.º ano de Urologia)

A sede da APU, em Lisboa, recebeu os novos internos da especialidade no dia 9 de fevereiro, para assistirem ao Módulo Zero da Academia de Urologia 2019. Além de algumas informações sobre a história e a evolução da especialidade, truques e dicas sobre o internato e o modo de o conjugar com a investigação, este módulo deu ainda a conhecer oportunidades de estágio e formação em Portugal e no estrangeiro.

Cláudio Guerreiro

Luís Abranches Monteiro, presidente da APU, deu o pontapé de saída neste módulo, apresentando a associação aos novos internos da especialidade e lembrando como «teria sido útil» uma ajuda idêntica na época em que ele próprio entrou para o internato, dado que esta nova etapa «é cheia de dúvidas e desconhecimentos». Por isso, a APU decidiu criar este módulo, que se repete todos os anos, para «apresentar aos internos o vasto mundo da Urologia». «O importante é que sintam que não estão sozinhos e que saibam que existe uma associação com pessoas prontas para os ajudar em tudo o que necessitarem, nomeadamente na procura das melhores opções para a sua formação», referiu o presidente da APU.

Na palestra seguinte, Manuel Mendes Silva, urologista em Lisboa, deu a conhecer aos internos um pouco sobre a história desta especialidade, desde a sua origem até aos dias de hoje. Logo no início da sua intervenção, este formador fez questão de demonstrar «o enorme prazer» em receber os

internos numa sede que, enquanto presidente da APU, teve «a grande honra de inaugurar».

De seguida, com a comunicação «Urologia 360º», Vanessa Vilas-Boas, urologista no Hospital de Vila Franca de Xira e vogal do Conselho Diretivo da APU, enfatizou a multidisciplinaridade da Urologia, deixando uma mensagem de incentivo para os desafios que os internos irão enfrentar nos seis anos do internato. «É importante que não deixem de ser aquilo que é o mais importante num médico: um ser humano completo. É muito fácil um interno de Urologia perder-se na multiplicidade de conhecimentos técnicos e teóricos que tem de adquirir e esquecer o mais importante, que é a relação médico-doente e o conforto que é necessário passar às pessoas. Isto só é possível quando os médicos têm uma vida pessoal feliz, estável e preenchida, algo que é muito importante para não perdemos a nossa humanidade», defendeu a especialista.

Destacando também a importância da investigação para o processo de aquisição de conhe-

cimentos técnico-científicos e pedagógicos, Vanessa Vilas-Boas advertiu sobre a exigência do período que se avizinha para os internos. «Qualquer área da Medicina é como um buraco negro que vai sugar todas as energias que estivermos dispostos a dar-lhe. Temos de nos entregar muito nesta profissão, porque um médico tem de ser também um bom técnico, tem de fazer bons diagnósticos, prestar serviço de urgência e lidar com as burocracias. E tudo isto sem nunca perder a sua humanidade e o seu foco: o bem-estar do doente.»

Papel do Colégio e do orientador de formação

Por seu turno, Avelino Fraga, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António, deu a conhecer as competências do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos (CEUOM), a que preside. «Apesar de os internos não estarem ainda representados no Colégio, damos muita atenção à sua opinião, nomeadamente nos nossos serviços,

no dia-a-dia dos hospitais. É essencial ter o vosso *feedback* para que possamos delinear maneiras de melhorar a vossa formação», disse aos internos. Para o presidente do CEUOM, «completar o internato sem realizar formação noutros serviços da especialidade no país, ou até mesmo no estrangeiro, é um conceito ultrapassado». «Mesmo num serviço que tenha idoneidade total, é recomendado que os internos conheçam outras realidades e troquem experiências», defende.

Seguidamente, José Palma dos Reis, urologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHULN/HSM), deixou algumas ideias sobre o papel do orientador de formação. «Também se aprende muito ao orientar os internos. Por exemplo, às vezes acontece um interno achar uma solução em alguns procedimentos quando mais ninguém está a conseguir encontrar o caminho a seguir», referiu, logo no início da sua intervenção. «Temos uma qualidade de formação médica muito alta em Portugal, tanto teórica, como prática. Há que lutar para não perder isto. Não podemos perder aquilo a que eu chamo o “ideal de escola”: sermos ensinados e estarmos preparados para ensinar no futuro. Isto é algo que não acontece em muitos países, nomeadamente mais para o leste da Europa. Por lá, quem sabe guarda os conhecimentos e não os partilha», contou.

De forma a preparar melhor os internos para o período que se avizinha, Ricardo Pereira e Silva, urologista no CHULN/HSM, apresentou alguns truques e dicas sobre o internato de Urologia. Além dos 12 conselhos que fez questão de deixar a quem está a iniciar agora o percurso na especialidade, alertou, durante a sua apresentação, que «não se pode correr o risco de perder alguns dos valores que sempre pautaram a formação dos urologistas desde muito jovens, como a humildade». «Deixo-vos também um conselho que me deram nos primeiros tempos na Urologia: no internato, o relógio está sempre a contar e têm de rentabilizar o vosso tempo», referiu.

A palestra «Investigação durante o internato» esteve a cargo de Rui Pinto, urologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto, e secretário-geral da APU, que mostrou aos internos que «é possível fazer boa investigação durante o internato, mesmo não havendo muitos incentivos no nosso país». «Sabemos que conciliar a atividade de investigação com todas as tarefas médicas inerentes ao internato é muito complicado. Para tal, é necessário fazer, por vezes, alguns sacrifícios. É essencial investirem na vossa carreira e temos de vos incentivar a estudar e investigar», disse o especialista aos participantes nesta formação.

NIAPU e associações internacionais

Já próximo do final deste Módulo Zero, os novos internos da especialidade tiveram oportunidade de ficar a conhecer um pouco melhor o Núcleo de Internos da Associação Portuguesa de Urologia (NIAPU), que é presidido atualmente por João Lemos Almeida. «O objetivo da minha apresentação passou por partilhar informações sobre o NIAPU, nomeadamente o seu papel na promoção de uma formação de qualidade para os internos de Urologia, assim como dar a conhecer as atividades que levamos a cabo», sintetiza ao *Urologia Actual*.

Por outro lado, o presidente do NIAPU quis deixar um apelo «para que os internos se envolvam nas atividades do núcleo e da APU». «O internato é um período muito exigente, mas existem organismos que promovem a qualidade da formação e que são uma ajuda essencial nesta fase. A Academia de Urologia organizada pela APU é um grande exemplo disso, algo que não ocorre em muitas outras especialidades médicas em Portugal», salientou. A última palestra foi proferida por Frederico Furriel, urologista no Centro Hospitalar de Leiria/Hospital de Santo André, que teve como missão apresentar algumas oportunidades de formação para os internos de Urologia a nível europeu, nomeadamente através da European Association of Urology, do European Board of Urology e da European Society of Residents in Urology. ■

OPINIÕES DOS INTERNOS



«**F**oi uma formação importante para nos começarmos a ambientar à especialidade e conhecermos melhor a APU. Além disso, foi uma boa maneira de iniciar a interação entre os internos e os membros desta associação. Tenho noção de que será difícil conciliar a vida hospitalar com o estudo necessário nesta fase, mas é um esforço que irá valer a pena.» **Alexandra Rocha**
Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António



«**E**ste módulo foi essencial para termos um primeiro contacto com a especialidade, com as pessoas responsáveis da APU e com aqueles que vão percorrer este caminho nos próximos seis anos. Muitos dos assuntos aqui debatidos acabam por nos dar uma visão mais detalhada de como será o nosso internato.» **Miguel Fernandes**
Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria



«**E**ste Módulo Zero da Academia de Urologia deu a conhecer um pouco melhor o que é o internato da especialidade e os vários órgãos institucionais que existem nesta área, tanto nacionais como internacionais. Forneceu-nos também algumas pistas sobre como dar o nosso melhor nesta nova fase.» **Mariana Madanelo**
Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António



Comprender a importância da transplantação renal e do tratamento da litíase urinária

O Módulo III do 2.º ciclo da Academia de Urologia realizou-se nos dias 25 e 26 de maio, em Monte Real, e foi dedicado a duas áreas da especialidade: transplantação renal e litíase urinária. No primeiro campo, foram discutidos tópicos como a colheita em paragem cardiocirculatória, cruzada e marginal ou as complicações cirúrgicas associadas a este procedimento. Na área da litíase, debateram-se as terapêuticas médicas e cirúrgicas, mas também aspetos mais técnicos, como as fontes de energia e os materiais endourológicos.

Pedro Bastos Reis

Abertura do primeiro dia do evento, 25 de maio, coube a um dos coordenadores do módulo, Pedro Nunes, que apresentou algumas noções gerais sobre a história da transplantação renal em Portugal e sobre técnicas de substituição da função renal. O urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) destacou a «posição de destaque a nível mundial» que Portugal ocupa nesta área, apontando, contudo, a escassez de órgãos como um dos principais desafios.

«A lista de espera dos doentes com doença renal crónica que aguardam transplantação é muito maior do que a oferta. Sabemos que é a terapêutica de substituição da função renal com melhores resultados, mas a escassez de órgãos é um problema», explicou o também tesoureiro da APU, que, durante o dia, abordou também a transplantação renal em doentes com patologia do trato urinário baixo, «uma área em que os urologistas e devem ter uma formação robusta».

A ideia de que Portugal ocupa uma posição de destaque no que diz respeito à transplantação renal foi corroborada por Daniel Costa, urologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto, que apresentou uma contextualização

sobre a colheita de órgãos, a técnica cirúrgica e a preservação de órgãos. Um dos tópicos mais atuais neste contexto é, na opinião deste especialista, a colheita em dadores em morte cerebral com critérios expandidos ou marginais e em dadores em paragem cardiocirculatória. «Nestes casos, a qualidade do órgão poderá ser menor, mas provavelmente será uma forma de conseguirmos aumentar um pouco o número de dadores», referiu.

Transplantação robótica é o futuro?

Nos últimos anos, a área da transplantação renal não tem assistido a grandes avanços tecnológicos. Contudo, segundo Lorenzo Marconi, urologista no CHUC, talvez «num futuro mais ou menos próximo esta perspetiva venha a ser alterada com a introdução da cirurgia laparoscópica assistida por robô».

O urologista, que assistiu à introdução desta técnica de transplantação no Reino Unido durante o seu *fellowship* em cirurgia robótica, sublinhou que «esta inovação permite anastomoses vasculares de melhor qualidade, menores taxas de complicações e tempos de recuperação mais rápidos». Contudo, esta técnica não está ainda indicada para todos os doentes: «Temos de am-

pliar a experiência, principalmente em doentes mais complexos. Além disso, aguardamos o lançamento de novas tecnologias de interface háptica e de dispositivos que melhorem as condições de isquemia fria durante a cirurgia minimamente invasiva. Só a partir daí se deve avançar para a transplantação assistida por robô em larga escala», referiu Lorenzo Marconi, que abordou, neste módulo, as particularidades da cirurgia do transplante renal, como dador vivo, duplo e ortotópico, bem como o transplante pediátrico.

Por seu turno, Pedro Moreira, também do CHUC, salientou que a transplantação renal com robô «só poderá ser utilizada em doentes extremamente selecionados – e essa seleção nem sempre existe». O urologista, que o enumerou algumas complicações cirúrgicas no transplante renal, admitiu a utilização da transplantação robótica caso esta se revele uma «opção válida e superior», mas sublinhou que «os custos, obrigatoriamente, teriam de ser revistos».

Já Pedro Nunes não tem dúvidas da importância que a robótica vai assumir no futuro da transplantação. Apesar de ainda se encontrar «numa fase muito embrionária», o especialista garantiu que

«a robótica veio para ficar». «Penso que, no futuro, vamos utilizar alguns aparelhos parecidos com robótica. Se calhar não os sistemas que estamos habituados a ver hoje, mas sim pequenos instrumentos robóticos que nos vão facilitar a cirurgia. Disso não tenho dúvida nenhuma», assegurou.

Litíase urinária

Tal como na transplantação renal, o tratamento da litíase urinária «está num patamar muito elevado em Portugal», quando comparado com outros países europeus e até mesmo com os Estados Unidos. Quem o diz é Vítor Cavadas, urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António (CHUP/HSA) e também coordenador do Módulo III do 2.º ciclo da Academia de Urologia, que destaca a presença e a responsabilidade de alguns urologistas portugueses em sociedades internacionais, sinal do «reconhecimento do trabalho que é feito no nosso país.

O especialista salienta, ainda assim, alguns desafios nacionais. «A grande dificuldade de Portugal, quando comparamos com países mais ricos, não é a aprendizagem das técnicas, mas sim a capacidade de aquisição de equipamentos», analisa Vítor Cavadas, que, no dia 26 de maio, abordou a cirurgia combinada na litíase, uma novidade relativamente ao módulo correspondente do 1.º ciclo da Academia de Urologia. De acordo com o urologista, esta é uma técnica «executada em relativamente poucos centros, mas que, para casos bem selecionados e de litíase mais complexa, tem muito melhores resultados e, portanto, vai ganhando espaço». Por isso, conclui, «é necessário criar mais centros de referência no tratamento da litíase, centros esses que possam reunir tecnologia e experiências, justificar a aquisição de equipamentos e possibilitar o tratamento do maior número possível de pessoas».

Melhores resultados com o mínimo de risco

Além das inovações enunciadas por Vítor Cavadas, o restante programa foi rico nas diversas áreas da litíase, com a terapêutica médica e cirúrgica e as fontes de energia em endourologia em destaque. Relativamente a este último tema, além de referir a litotricia balística e ultrassónica, Peter Kronenberg destacou a litotricia a laser. O urologista no Hospital CUF Descobertas, em Lisboa, sublinhou os avanços tecnológicos que têm vindo a ocorrer nessa área, nomeadamente no desenvolvimento do laser de fibra de túlio. «Ao contrário do amplamente difundido laser de hólmio, o laser de fibra de túlio permite a fragmentação e a pulverização mais céleres dos cálculos, com menor retropulção, usando um equipamento mais compacto, mais versátil e energeticamente mais eficiente», justificou.

João Cabral, urologista no CHUP/HSA, abordou «a ureterorrenoscopia semirrígida como tratamento de cálculos do ureter a ureterorrenoscopia flexível utilizada em cálculos de ureter bastante alto, sobretudo em doentes do sexo masculino nos quais é difícil conseguir atingir essa localização com um aparelho rígido».

Depois de ter incidido sobre a nefrolitotomia percutânea durante a manhã de 26 de maio, Pedro Monteiro, urologista no Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz, finalizou o Módulo III com uma palestra sobre normas e procedimentos de segurança para médico e doente, uma sessão que considerou fulcral devido a algum desconhecimento existente nesta matéria. «Devemos conhecer todos os truques e técnicas para oferecer os melhores resultados com o mínimo de risco possível aos nossos doentes, mas também devemos estar conscientes dos riscos a que nos expomos durante a execução dessas técnicas», alertou Pedro Monteiro, reforçando, sobretudo, os cuidados a ter com a utilização de radiação. ■

O BALANÇO DOS FORMANDOS

«Participei nos módulos anteriores da Academia de Urologia e achei que tiveram bastante valor científico. São sempre oportunidades de aprendizagem, através da discussão de vários temas, de partilha de experiências com outros internos e de contacto com realidades de diversos pontos do país. A nível da transplantação, tinha curiosidade em verificar as assimetrias que existem entre serviços.

Na litíase, destaco a cirurgia percutânea e combinada, por ser tecnicamente mais desafiante, e a litotricia extracorporeal, que mantém um papel importante no tratamento da litíase.» **Bernardo Teixeira**, interno do 2.º ano no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António (CHUP/HSA)



«A Academia é essencial para a nossa formação, porque são abordados temas cruciais da Urologia. Este módulo sobre transplante renal é importante, mesmo tendo em conta que nem todos os centros têm essa possibilidade. Quanto à litíase, é essencial termos uma perspetiva de outros hospitais e estas formações permitem-nos saber mais sobre realidades diferentes.

Em suma, todos os módulos são importantes, porque abordam temas fundamentais para a nossa prática, além de nos permitirem conviver com outros colegas.» **Débora Araújo**, interna de 2.º ano no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho



«Vim a esta formação porque a considero uma iniciativa muito meritória da APU e que não se deve restringir aos internos. Enquanto tivermos vontade de aprender e de estarmos atualizados, somos "internos". Nesta lógica, sinto-me um interno mais velho. Além disso, estar no meio de gente mais nova também me faz sentir mais jovem e dinâmico, com o entusiasmo que sempre tive pela Urologia. Esta geração nova é fantástica e tem capacidade para assegurar um futuro otimista para a Urologia portuguesa.» **José Maria La Fuente de Carvalho**, urologista no CHUP/HSA



Formação além-fronteiras apoiada pela APU

Com a ajuda financeira da APU, Mário Lourenço e João Lemos Almeida puderam aprofundar a sua formação médico-cirúrgica através da realização de estágios na Índia e em França e Bélgica, respetivamente, que agora relatam.

MÁRIO LOURENÇO

Interno de Urologia no Instituto Português de Oncologia de Coimbra

«A cirurgia reconstrutiva da uretra é, para mim, uma das vertentes mais fascinantes da Urologia. Nesse sentido, optei por realizar um estágio de um mês, iniciado a 16 de abril de 2018, naquele que considero o melhor centro mundial neste campo: o Kulkarni Endosurgery Institute (KESI), em Pune, na Índia, liderado pelo urologista Dr. Sanjay Kulkarni.

O KESI é uma instituição privada cujos proprietários são o próprio Dr. Kulkarni e a sua esposa, Dr.^a Jyotsa Kulkarni, cirurgiã geral e pioneira da cirurgia laparoscópica na Índia. A equipa de cirurgia reconstrutiva é constituída pelos Drs. Sanjay Kulkarni e Joshi Pankaj, juntamente com dois *fellows* – sendo que o KESI é um dos poucos centros em todo o mundo acreditados para a realização de *fellowships* em Urologia reconstrutiva, com a duração de dez meses. Este núcleo conta ainda com dois médicos observadores inseridos em estágios de menor duração. Adicionalmente, as equipas cirúrgicas são coadjuvadas por dois especialistas em Medicina Geral e Familiar que realizam consultas e dão apoio à enfermaria.

O KESI apresenta um número exponencial de doentes com patologia da uretra complexa. Assim, num mês, tive a oportunidade de observar ou participar em cerca de cinquenta uretroplastias, muitas das quais de grande complexidade, nomeadamente: múltiplas uretroplastias com aplicação de enxertos de mucosa oral, aplicação da técnica de Kulkarni e pubectomias inferiores, entre outros procedimentos.

Destaco a extraordinária qualidade técnica cirúrgica dos Drs. Sanjay Kulkarni e Joshi Pankaj, a excelente organização de toda a equipa no bloco operatório, com todos os passos automatizados e a riqueza de equipamentos disponibilizados por esta instituição. De igual modo, saliento o avultado número de doentes, que chegou a justificar a realização de oito uretroplastias complexas num só dia, o cuidado com a integração dos médicos estagiários e o contacto com a prática de uma Medicina de comprovada qualidade, embora segundo padrões diferentes. É comum operar-se de chinelos, reutilizarem-se compressas e não existem “transferes” para levar os doentes para a sala operatória. Todavia, não assisti à ocorrência de qualquer infeção enquanto estagiei no KESI.



Mário Lourenço ofereceu uma camisola da Seleção Portuguesa de Futebol a Sanjay Kulkarni, coordenador do seu estágio

A experiência deste estágio foi extremamente enriquecedora. Um agradecimento especial ao Dr. Sanjay Kulkarni e à sua esposa pela simpatia, afabilidade e competência, assim como a toda a equipa do KESI, que tornou este mês memorável.»

JOÃO LEMOS ALMEIDA

Interno de Urologia no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria



João Lemos Almeida com Renaud Bollens (coordenador do seu estágio), junto ao Centre Hospitalier EpiCURA, polo de Hornu

«Com vista à realização de um estágio em laparoscopia, optei por um *fellowship* promovido pelo Belgian Laparoscopic Urology

Group (BLUG), sob orientação do Dr. Renaud Bollens, urologista internacionalmente reconhecido como perito em cirurgia laparoscópica. Esta formação decorreu entre junho e agosto de 2018, no Centre Hospitalier de Wallonie Picarde, em Tornai, e no Centre Hospitalier EpiCURA (polos de Ath e Hornu), na Bélgica, e no Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille, em França.

Ao abrigo esta iniciativa formativa, o Dr. Renaud Bollens faz-se acompanhar por três *fellows* no cumprimento da sua atividade cirúrgica de rotina, partilhando o seu conhecimento num ambiente de grande proximidade. Inclusive, é habitual levar os *fellows* no seu carro pessoal para os diversos hospitais onde opera, aproveitando a viagem para discutir pormenores cirúrgicos técnicos, casos clínicos e outros aspetos teóricos.

O estágio está estruturado em três fases, cada uma com a duração de um mês. No final de cada mês, um dos *fellows* termina a sua formação, en-

quanto outro inicia o seu percurso. No primeiro mês, tem lugar a fase observacional, durante a qual o interno se familiariza com os diferentes procedimentos e respetivos pormenores técnicos. Para se preparar, além da observação no bloco operatório, tem à sua disposição a obra *Manual of Laparoscopic Urology*, redigida pelo Dr. Renaud Bollens em coautoria com alguns dos seus *fellows*, bem como um extenso arquivo de vídeos cirúrgicos e um *endotrainer*.

Na segunda fase, o *fellow* participa ativamente nos procedimentos como cirurgião ajudante, executando, por vezes, alguns passos cirúrgicos ou cirurgias completas como cirurgião principal. Na terceira fase, cabe-lhe atuar maioritariamente como cirurgião principal. O caráter prático e a abordagem metódica inerentes a esta formação permitem encurtar consideravelmente a curva de aprendizagem e tornar o *fellow* autónomo na execução de diversas cirurgias laparoscópicas no final do estágio.» ■



José Pedro Cadilhe fotografado na oficina da Relojoaria da Póvoa de Varzim, que pertence a um amigo de infância, fase em que morou em frente a este estabelecimento. Ainda hoje, é ali que o urologista desmonta e repara alguns dos seus relógios



Paixão intemporal pela relojoaria

Ao bater dos 48 anos, José Pedro Cadilhe, urologista na Unidade Local de Saúde do Alto Minho/Hospital de Santa Luzia, em Viana do Castelo, partilha com o *Urologia Actual*, através do texto que se segue, a sua paixão pela relojoaria e os conhecimentos que foi acumulando sobre a história, os mecanismos e os detalhes de muitos relógios – uns icónicos, outros presentes em momentos marcantes da História (como a primeira ida à Lua), outros ainda que conseguiu adquirir, como o *Zenith Port Royal Concept (1)*, com pulseira em carbono, que usava no dia desta fotografia.

O tempo é o bem mais precioso que possuímos. Nos países mais industrializados, procura-se realizar o maior número de tarefas no escasso decurso do dia, ao passo que em África, por exemplo, o tempo é usado para viver! No entanto, mesmo nos períodos de lazer, com o tempo completamente à minha mercê, a verdade é que não prescindo de um relógio mecânico no pulso, porque acredito que ele me ajuda a tirar melhor proveito do tempo livre. Já os *gadgets* com relógio, como telemóveis ou *smartwatches*, têm o inconveniente de poder tocar na hora errada! Num relógio, valorizo

o mecanismo, a simplicidade, o detalhe escondido, o contar de uma estória e a história da marca, assim como a transmissão de um propósito.

Nas férias, gosto de usar o meu *Horas Saltantes com Segundos Retrógrados (2)*, um relógio descontraindo em caucho (borracha), da marca Gérald Genta (GG) – a meu ver, o mais icónico *designer* de relógios de sempre. Descobri esta raridade acompanhada pela frase «*Half price in cash*» numa montra em Davos, na Suíça, quando lá fui para assistir ao European Urology Forum. Como bom português, tentei convencer o vendedor a fazer-

-me um desconto suplementar, mas sem êxito. No ano seguinte, regressiei a Davos munido de «*cash*» na quantia que havia oferecido no ano anterior, convicto de que o relógio lá estaria à minha espera. E, mais uma vez, o tempo, a paciência e a perseverança permitiram-me adquirir uma obra-prima, com os meus limitados recursos de jovem interno e a boa vontade do vendedor.

Na prática de *kitesurf* ou esqui, desportos aos quais também dedico o meu tempo, opto pelo *Seiko Turtle (3)*, um resistente relógio mecânico de mergulho, lançado pela Seiko nos anos de



1



2



3



4



5

1960 – um autêntico couraçado! Julgo ser este o segredo mais bem guardado da marca, que, com um preço muito acessível, proporciona a resistência, a estanquicidade e a pontualidade de um Rolex!

Já no trabalho diário de urologista, opto por relógios com pulseira de metal ou em cauchu, por serem resistentes às vicissitudes da nossa profissão: são à prova de líquidos e possuem coroa de atarraxar, que não sai quando descalçamos as luvas de látex, após o exame da próstata! *IWC Ingenieur* (design GG); *Audemars Piguet Royal Oak* (design GG); *Vacheron Constantin Overseas* (4) são algumas das opções. Quando o *dress code* é de cerimónia, opto por relógios com pulseira em pele, como o *IWC Português Ratrapante* e o *Zenith El Primero Rainbow* (5).

Nos encontros de família, uso os relógios *vintage* que herdei do meu pai e do meu avô materno (6). Nos aniversários dos meus filhos, coloco os relógios que comprei para marcar os respetivos nascimentos e que lhes serão oferecidos pelos 18 anos. Aliás, o meu filho mais velho recebeu o dele em 2017, no seu 18.º aniversário, e usa-o diariamente com orgulho. Os relógios *vintage* são mais frágeis e menos impermeáveis, pelo que gosto de os usar ao fim de semana, com tempo e sem pressas, uma vez que também não primam pela precisão.

O gozo de reparar a «máquina do tempo»

A melhor manutenção que se pode dar a um relógio mecânico é, precisamente, usá-lo e gozá-lo! É curioso que um bom relógio, mesmo parado, consegue dar as horas certas duas vezes por dia! Em todo o caso, prefiro ir dando corda aos relógios com alguma regularidade, para manter as engrenagens em movimento. Paralelamente, vou realizando as pequenas manutenções necessárias como autodidata, recorrendo, sempre que necessário, à ajuda do meu amigo José Carvalho, filho de relojoeiro e proprietário da Relojoaria da Póvoa de Varzim. Como diz o ditado, «filho de peixe sabe nadar», pelo que também ele herdou o conhecimento da micromecânica relojoeira.

Foi com este amigo que tive a oportunidade única de substituir a roda dos minutos que eu próprio parti, num relógio de sala muito peculiar, o *Atmos* da Jaeger-LeCoultre (7). Trata-se de um intrincado relógio que vive literalmente do ar e

RELOJOARIA PORTUGUESA, COM CERTEZA!

A Boa Reguladora, uma marca de relógios portuguesa com mais de 125 anos de história, reabriu com o lema de Charles Darwin: «O homem que se atreve a desperdiçar uma hora do seu tempo não descobriu o valor da vida». Produzindo relógios de mesa, parede, de caixa alta e, atualmente, também de pulso, foi um dos grandes fornecedores de relógios de estação de comboios. Sou fã dos relógios de madeira da Boa Reguladora, nomeadamente do *Hermida*, um relógio de estilo Art Déco, com um frade a bater as horas na torre da igreja.



que granjeou o sonho do movimento perpétuo, tendo-se tornado presente oficial da Confederação Helvética, reservado aos seus convidados mais emblemáticos. Entre eles, Charles de Gaulle, Papa João Paulo II, Winston Churchill, J. F. Kennedy, Richard Nixon, Charles Chaplin e muitos outros, que, tal como eu, serão possuidores desta «máquina do tempo», que me carimbou o passaporte para visitar *La Grand Maison*, no Valée de Joux, o coração da relojoaria suíça. Foi um estágio fabuloso, durante o qual pude admirar o *savoir faire* dos especialistas da Jaeger-LeCoultre e ter a experiência *hands on training* de desmontar e montar de novo um calibre da manufatura (8). Ultrapassada essa missão com mérito, fui então premiado com a tal roda dos minutos para reparar em casa, com sucesso e alguma sorte, o meu *Atmos*!

Relógios e mecanismos icónicos

Quando era interno do Serviço de Urologia do Hospital de Santo António, contagiei todos os outros internos (Alcino Oliveira, Estevão Lima, Ricardo Ramires, Paulo Príncipe, Miguel Ramos e Rui Versos) a usarem relógios mecânicos e dei o patrocínio científico para a aquisição de um cronógrafo *Poljot*. Lembro que Yuri Gagarin levava um *Poljot* no primeiro voo espacial em torno da Terra, com chancela da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas. Era um relógio robusto e acessível à nossa condição de internos, que, certamente, fez de nós urologistas mais pontuais!

O ano de 1969 foi épico para a relojoaria: o *Omega Speed Master* acompanhou na Lua «um pequeno passo para o Homem, um passo de gigante para a Humanidade»; um consórcio liderado pela

IWC lançou o primeiro relógio de quartzo suíço com uma precisão 10 vezes superior à dos relógios mecânicos; a icónica marca Zenith apresentou o primeiro cronógrafo automático batizado como *El Primero*, cujo elemento regulador funciona com uma frequência de 5 Hz (36.000 A/h), podendo medir com precisão 1/10s. Até 2004, o famoso *Rolex Daytona* foi equipado com o mecanismo do *El Primero*.

Até 2010, altura em que a manufatura suíça ETA começou a restringir a entrega de calibres, aproximadamente 75% dos movimentos mecânicos suíços eram baseados em calibres genéricos ETA. Mas, tal como acontece com os medicamentos, o calibre Valjoux 7750, um dos mecanismos ETA mais utilizados no cronógrafo de várias marcas conhecidas, perdeu a patente e, portanto, passou a poder ser copiado por outras marcas. Neste caso, foi o genérico a perder a patente!

Discutir o tempo no momento atual, tendo em conta a precisão dos relógios atômicos de célio, que registam o atraso de um segundo em 15 milhões de anos, é perda de tempo! Mas uma tertúlia sobre as máquinas do tempo, para partilhar esta paixão pelos relógios, é o que fazemos na *Dead Seconds Society* (www.deadsecondssociety.com), uma espécie de clube secreto, descontraidamente restrito, mas sempre com tempo para mais membros. Termino com a convicção de que o relógio mecânico continuará a ser um legado geracional insubstituível. Aos incrédulos, deixo esta mensagem que jamais será cliché: «Nunca somos verdadeiramente donos de um *smartwatch*. Apenas cuidamos dele para a geração seguinte». ■ José Pedro Cadiñe



6



7



7



8

