

N.º 40

Setembro 2020/Ano 12  
Quadrimestral  
€0,01

UROLOGIA ACTUAL

# XVI SIMPÓSIO APU

discute *guidelines* a partir de três cidades

O XVI Simpósio da Associação Portuguesa de Urologia (APU) será o primeiro a decorrer em três locais em simultâneo – Lisboa, Coimbra e Porto. Através de meios audiovisuais, os palestrantes, moderadores e participantes presentes em cada sala vão poder interagir com os dos outros dois espaços, num modelo tripartido que visa assegurar as condições de segurança necessárias em tempo de pandemia. O congresso, que é de inscrição gratuita e decorrerá num único dia (10 de outubro), tem como tema as linhas de orientação em Urologia, com destaque para quatro patologias: cancro da próstata, tumor do rim, cancro da bexiga e litíase  
P.14 a 16



## “Os médicos são os grandes heróis do combate à pandemia”

Reconhecendo o empenho dos profissionais de saúde no período em que o país mais precisou deles, o bastonário da Ordem dos Médicos (OM), Miguel Guimarães, faz uma avaliação menos positiva do desempenho do Governo e das autoridades de saúde. Em entrevista, o urologista expõe as suas preocupações relativas ao impacto da pandemia no panorama geral dos cuidados de saúde em Portugal e aborda também os principais marcos e projetos futuros à frente da OM, com destaque para a aposta na formação médica e na valorização da profissão P.8

Jornal da:



Associação  
Portuguesa  
de Urologia

www.apurologia.pt

## 04 IN MEMORIAM

Homenagem a José Reis Santos e Eduardo Morgado, falecidos recentemente



## 05

### ATUALIDADES

Bolsa de Investigação APU 2020 e inquérito sobre o impacto da pandemia na formação e nos cuidados em Urologia



## 06

Rodrigo Ramos discute os dados mais recentes sobre a utilização de antiandrogénios no tratamento do cancro da próstata resistente à castração não metastizado



## 08 DISCURSO DIRETO

Entrevista com Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos, sobre a resposta à pandemia de COVID-19



## 12

### IN LOCO

Visita ao Centro de Investigação do Instituto Português de Oncologia



## 14

Metodologia da preparação das *guidelines* europeias



## 15 UROEVENTOS XVI SIMPÓSIO APU

Importância do rastreio no cancro da próstata e avanços no tratamento do tumor do rim

## 16

Diagnóstico da micro-hematúria e tratamento da litíase renal

## 17

### UROEVENTOS

Antevisão do 3.º *Boot Camp* de Urologia (21 de novembro, Lisboa)



## 18

Balanço do European Association of Urology 2020 Virtual Congress



## 20 ESPAÇO JOVEM

Relatos dos estágios no estrangeiro de Sónia Ramos, Margarida Manso, Thiago Guimarães e André Barcelos



## 22 VIVÊNCIAS

A herdade alentejana carregada de história onde a urologista Ana Meirinha mata a sede de vida rural



## Corpos Gerentes da APU para o biénio 2019-2021

### 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 Furriel  
**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](http://issuu.com/esferadasideias01)

**Direção de projetos:** Madalena Barbosa  
(mbarbosa@esferadasideias.pt)  
e Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)

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

**Textos:** Luís Garcia e Marta Carreiro

**Fotografias:** João Ferrão e Rui Santos Jorge

**Design e paginação:** Herberto Santos e Ricardo Pedro

**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

## Inovação forçada no XVI Simpósio APU

**S**empre quisemos inovar, experimentar, fazer diferente. Também nas nossas reuniões científicas. Desta vez, temos mesmo de fazer diferente e com a agravante de não saber até que ponto podemos ir – só saberemos alguns dias antes do evento. Mas uma coisa sabemos: estamos todos ávidos do contacto pessoal com os amigos, com os colegas. Somos humanos!

Contudo, as deslocações são imprudentes e arriscadas. Os alojamentos distantes amedrontam e nenhuma área do país está isenta de um súbito surto, de um dia para o outro.

Vamos realizar o nosso XVI Simpósio não num determinado local, o que seria potencialmente desastroso, mas nas três principais cidades e num só dia. Quase todos nós podemos estar presentes, sem grande afastamento, sem grande risco ou ansiedade. Teremos mesas-redondas com participantes em Lisboa, Coimbra e Porto, transmitidas em tempo real para os restantes.

Os nossos associados institucionais podem estar também em cada um destes locais. Mimetizamos a normalidade. Mais máscara menos máscara e com o distanciamento que for ditado localmente no momento. Apostamos na Ordem dos Médicos do Porto, no Hotel Vila Galé Coimbra e, como estava previsto inicialmente, no Altis Grand Hotel, em Lisboa. Espaços seguros, pensamos.

Mantemos, obviamente, o tema principal. Tradicionalmente, o Simpósio APU abarca um tema genérico. Na Urologia europeia, grande atenção se tem dedicado às *guidelines*: porque existem,



porque se seguem religiosamente nuns países e são desvalorizadas noutros; qual a relação entre as linhas de orientação emanadas pelas associações científicas europeias e mundiais, as normas e regras das diferentes tutelas.

Em cima da mesa tem estado a discussão – já antiga, mas renovada – dos rastreios populacionais no cancro da próstata. Vamos discutir porque mudámos a nossa postura e porque temos de repensar esta questão.

Escolhemos os temas que, pelo que antecipamos, vão mudar a nossa actuação do dia-a-dia: novos fármacos em fases mais precoces das doenças oncológicas. É o momento de repensar até as nossas tradições cirúrgicas.

Contaremos, necessariamente, com intervenções à distância de colegas que obviamente não podem estar. É fundamental dar o espaço à apresentação de trabalhos, de os apreciar e premiar – é para isso que o Simpósio serve.

Será uma reunião tripartida, a possível. Tal como noutras recentes experiências de telecontacto, estou convicto de que vamos aprender novas opções e aproveitá-las até quando já não for preciso. Vai correr bem! E, se correr como planeado, vamos estar todos juntos. Até lá, cuidemo-nos...

**Luís Abranches Monteiro**  
Presidente da APU

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

### PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS CONCEDIDOS PELA APU

**2.<sup>as</sup> Jornadas Cruzar Olhares**  
**6 de março de 2020**

Quinta das Vendas, Entroncamento

**Responsáveis pela organização:**

Paulo Corceiro, Paulo Vasco e Tiago Neves

**XXV Workshop de Urologia**  
**6 e 7 de março de 2020**

Hotel Tivoli Carvoeiro

**Responsável pela organização:**

Fernando Calais da Silva

**XVII Congresso Nacional/XV Reunião Ibérica da Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução**

**18 a 20 de junho de 2021**

Évora Hotel

**Responsável pela organização:**

Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução (SPA)

Patrocinadores desta edição



## José Reis Santos (28/02/1946 – 01/06/2020)



“Homem de invulgar estatura, José Manuel Reis dos Santos foi para mim um mestre e um homem de ciência, de um saber abrangente e polifacetado, profundo e rigoroso, de uma singular probidade de caráter, uma lealdade exemplar e uma integridade admirável.

A sua escolha da Urologia foi em parte casual, mas seguramente seria bom em qualquer especialidade que escolhesse, pois era um indivíduo culturalmente curioso e insaciável. Procurava sempre a causa fisiopatológica de tudo e dominava-o a dúvida eterna, bem como mantinha acesa a esperança na resolução de todos os problemas.

Produziu inúmeros trabalhos em Portugal e no estrangeiro, em todas as áreas da Urologia, tendo dado nas vistas, logo no início da sua carreira, no estudo do metabolismo da litíase. Foi precursor de técnicas como a prostatectomia radical, a cirurgia percutânea da litíase no rim, a ureterolitoextração, o laser da próstata, a litotricia extracorporeal por ondas de choque de cálculos do aparelho urinário, a cirurgia laparoscópica, a braquiterapia da próstata e tantas outras que seria fastidioso enumerá-las.

Publicou centenas de trabalhos em revistas e livros nacionais e estrangeiros, foi membro de vários *editorial boards* e revisor de revistas estrangeiras de grande prestígio. O entusiasmo que colocava em tudo o que fazia, aliado a uma capacidade mobilizadora e ao espírito curioso e organizado, geraram as características necessárias para desenvolver com brio as variadíssimas tarefas em que se empenhava em simultâneo com a atividade assistencial, que amava.

A comunidade científica nacional e internacional honrou-o com várias distinções. Era portador de verdadeira natureza humanista, verticalidade moral, acessibilidade e franqueza de trato, e de uma atitude saudável e otimista. Brincalhão nos momentos lúdicos, tinha uma pujante combatividade na luta pela valorização da cultura geral e da ciência urológica. Os mestres não o são apenas pela obra. São-no também, e sobretudo, pela imagem

que se reflete naqueles que ajudaram a formar: alunos, colegas, amigos e todos aqueles que com eles privaram – e eu tive o privilégio de ser um deles.

A todos nós deixou um património cívico e moral imperecível. Foi um indivíduo com uma entrega incondicional à ciência e à cultura que, pelo brilho do seu valor intelectual e científico aquém e além-fronteiras, prestigiou a nossa especialidade como poucos.

E, se como o Padre António Vieira escrevia, “saber morrer é a maior façanha”, José Reis Santos feneceu, deixando-nos uma obra e um exemplo de vida. Vamos honrar a sua memória e continuar a pugnar por uma Medicina e uma Urologia de inovação, com ciência e arte.” **Paulo Guimarães, coordenador da Unidade de Urologia do Hospital da Luz Torres de Lisboa**

“Homem de grandes contrastes, que me ensinou os primórdios da Urologia. Fui seu aluno no meu 5.º ano da faculdade. Poucos anos mais tarde, no dia em que tive de escolher a especialidade e o local de internato, a Urologia estava decidida, mas faltava o onde. O Serviço que escolhi para ser interno tinha a memória desta personagem eletrizante, didática, segura. Tudo parecia fácil nas suas mãos. Mostrou-me a técnica, mas, mais do que isso, uma postura diferente de encarar a doença, a adversidade, os hospitais, os alunos. Passámos 20 anos no mesmo Serviço de Urologia, no Hospital Curry Cabral. Devo ter gestos e atos que, mesmo não sabendo, são dele. Influenciou-me a mim e a toda uma geração de urologistas. Tive a sorte de partilhar alguns dos seus amigos, a família e o seu espaço.” **Luís Abranches Monteiro, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz** ■

## — Eduardo Teles Morgado (29/10/1947 – 31/03/2020) —

“Licenciado em Medicina na Universidade de Coimbra, Eduardo Morgado formou-se em Coimbra e aí se especializou em Urologia nos Hospitais da Universidade, obtendo o título de especialista em 1989. Fez a sua carreira profissional repartida entre os Hospitais da Universidade de Coimbra e o exercício de clínica privada. A sua atividade urológica foi essencialmente orientada para a litíase urinária, destacando-se a sua grande dedicação no desempenho de funções na área da endoscopia urológica alta e na litotricia extracorpórea por ondas de choque.

Deixou-nos de forma inesperada em março deste ano, poucos meses após o falecimento da sua esposa e companheira de uma vida, também ela médica (cardiologista). Os seus colegas e amigos do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra [CHUC] recordam com saudade a sua dedicação aos doentes, a sua simpatia e a sua constante disponibilidade para ajudar e ensinar, tanto no bloco operatório como na unidade de litotricia.” **Jorge Almeida e Sousa, em nome dos colegas do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do CHUC** ■



# APU entrega Bolsa de Investigação 2020

**S**erá entregue no XVI Simpósio da APU 2020, no dia 10 de outubro, a Bolsa de Investigação atribuída anualmente pela Associação Portuguesa de Urologia, no valor de 10 000 euros. A data-limite para a entrega das candidaturas terminou a 9 de setembro e está agora a decorrer o processo de avaliação dos projetos.

Para Frederico Furriel, urologista no Centro Hospitalar de Leiria/Hospital de Santo André e vogal da Direção da APU, que venceu a edição de 2019 da Bolsa de Investigação em Urologia, este tipo de iniciativas é fundamental para o desenvolvimento da investigação na área da Urologia em Portugal. “Uma nova abordagem para potenciar a imunoterapia no cancro da bexiga avançado – a inibição da via da adenosina” foi o título do projeto de duas fases apresentado por Frederico Furriel no ano passado, que tinha como principal objetivo “avaliar a presença de mecanismos de imunos-

supressão que possam existir a nível local no microambiente tumoral de doentes com cancro da bexiga, que se pensa serem responsáveis pela perda de eficácia de alguns tratamentos”.

A via da adenosina, que é potenciada pelo próprio tumor, é uma das que a equipa de Frederico Furriel julga estarem associadas a esta imunossupressão. A comprovar-se esta hipótese, a manipulação ou inibição desta via poderia permitir obter uma melhor resposta a alguns fármacos utilizados no cancro da bexiga avançado.

Para o urologista, receber a Bolsa de Investigação da APU foi imprescindível, uma vez que este foi o primeiro financiamento do projeto. Na sua ótica, este tipo de apoios é crucial, dados os elevados custos que costumam estar associados aos projetos de investigação. A este propósito, Frederico Furriel destaca o papel da APU, descrevendo-a como “uma associação viva e de boa saúde”, que se man-



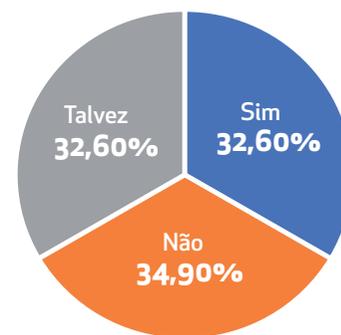
tém atenta e preocupada com a necessidade de promover iniciativas que permitem a evolução da Urologia. ■

## Impacto da COVID-19 em Urologia

**P**erceber o impacto da pandemia de COVID-19 nos Serviços de Urologia em Portugal e as estratégias adotadas neste contexto foi o objetivo do questionário criado por João Cabral e Bernardo Teixeira, respetivamente especialista e interno de Urologia no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António. Composto por 30 questões, o inquérito “abordou a atividade urológica nas suas várias vertentes, incluindo a consulta externa, os exames complementares de diagnóstico e a atividade cirúrgica, bem como o impacto na formação dos internos da especialidade”, explica Bernardo Teixeira. O projeto, que foi divulgado pela APU, focou-se nas respostas dadas por internos de Urologia,

que foram recolhidas nos meses de abril e maio. Uma das conclusões do inquérito foi a de que existiu um forte impacto na atividade assistencial desta especialidade, com adiamento de consultas e procedimentos cirúrgicos. Verificou-se, contudo, alguma assimetria a nível dos diferentes serviços do país no que respeita ao prejuízo da atividade assistencial, bem como do seu grau de envolvimento no combate ao primeiro surto de COVID-19. “Alguns hospitais fecharam completamente a atividade urológica para ajudar no combate à COVID-19; outros necessitaram de fazer adaptações, mas sofreram um impacto menos significativo”, avança João Cabral. No entanto, a principal conclusão do inquérito consistiu no facto de 65% dos internos de Urologia referirem que estão a ponderar prolongar

o internato para colmatar os défices formativos resultantes do período de pandemia. ■



**Respostas à pergunta “Dado o impacto da pandemia, considera prolongar o internato?”**

### OUTRAS CONCLUSÕES DO INQUÉRITO

**43 internos de Urologia responderam ao questionário;**

**95,3% dos inquiridos referem que o seu serviço adotou a telemedicina na consulta externa;**

**44,2% consideram que o seu internato foi extremamente afetado;**

**11,6% dos internos estiveram diretamente envolvidos no tratamento de doentes COVID-19; desses, 84,6% não receberam formação específica para tal;**

**53,2% dos internos de Urologia inquiridos consideram que a redução da atividade clínica terá impacto nos *outcomes* oncológicos e/ou funcionais dos doentes.**

# Novos dados de sobrevivência global no CPRC Mo

OPINIÃO



## RODRIGO RAMOS

Urologista no Instituto Português de Oncologia de Lisboa

Os resultados dos ensaios SPARTAN (com apalutamida – Erleada®, da Janssen Cilag), PROSPER (enzalutamida – Xtandi®, da Astellas Pharma) e ARAMIS (darolutamida – Nubeqa®, da Bayer Pharmaceuticals) foram publicados no *The New England Journal of Medicine*, entre fevereiro de 2018 e fevereiro de 2019. Estes três estudos demonstraram, de forma clara, o benefício do tratamento precoce com novos antiandrogénios no atraso da primeira metástase do cancro da próstata resistente à castração não metastizado (CPRC M0). Foram demonstrados *hazard ratios* inferiores a 0,30 para a apalutamida e a enzalutamida e de 0,41 para a darolutamida. Por outras palavras, verificou-se um benefício de redução de perto de 70% do *endpoint* primário (sobrevivência livre de metastização) e o tempo até à metastização mais do que duplicou – ver caixa.

A revolução gerada por estes desenvolvimentos só pode ser comparada à introdução dos primeiros análogos da hormona de libertação da hormona luteinizante (LHRH) nos anos de 1980. À semelhança destes, o sucesso da apalutamida, da enzalutamida e da darolutamida explica-se por dois motivos. Primeiro, estes novos antiandrogénios para o CPRC vêm dar resposta a uma fase da doença órfã de terapêutica e fortalecem o princípio de que, em doenças oncológicas clinicamente significativas, o primeiro mandamento é o tempo até ao início do tratamento. Tratar mais cedo é tratar melhor. Em segundo lugar, porque, à semelhança dos análogos da LHRH, os efeitos adversos destes fármacos são reduzidos quando comparados com a magnitude do seu benefício.

### Novidades da ASCO 2020

Na reunião da American Society of Clinical Oncology (ASCO) deste ano, que decorreu em modelo virtual, de 29 a 31 de maio, os três ensaios clínicos demonstraram desenvolvimentos muito relevantes na sobrevivência livre de progressão com o segundo fármaco (PFS2, na sigla em inglês) e, mais importante, na sobrevivência global (OS). Os *hazard ratios* para a OS foram de cerca de 0,7, com um atraso no evento morte superior a 10 meses. A apalutamida demonstrou um benefício de 25% para a OS, a enzalutamida de 27% e a darolutamida de 31%.

Foram demonstrados benefícios estatisticamente significativos para todos os *endpoints* secundários dos ensaios, incluindo: progressão clínica de dor, início de terapêutica citotóxica e tempo até ao primeiro evento esquelético. Este benefício foi globalmente observado na análise de subgrupos.

Todos os estudos mantiveram um perfil de efeitos secundários sobreponível ao demonstrado nas primeiras publicações. A interpretação dos dados de efeitos adversos deve ser feita com alguma cautela. Importa lembrar que a população tratada tem idade avançada e que a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos é elevada nesta faixa etária, se considerarmos uma terapêutica que é administrada entre três e quatro anos. Assim, os efeitos adversos têm de ser ajustados à duração da exposição ao fármaco. Dada a enorme diferença de tempo em ensaio de doentes tratados e doentes em placebo, é fundamental introduzir um fator de correção deste viés de maior deteção de eventos adversos no grupo tratado. Com esta

correção, os efeitos adversos dos três fármacos são negligenciáveis.

No que toca aos benefícios no controlo da doença, é importante referir que, no ensaio SPARTAN, a grande maioria dos doentes (73% no braço apalutamida e 72% no braço placebo) foram medicados em segunda linha com acetato de abiraterona. Nos ensaios PROSPER e ARAMIS, ocorreu maior diversidade na segunda linha. O que é transversal a estes ensaios – e está mais bem demonstrado no estudo SPARTAN – é que a administração precoce de um antiandrogénio para o CPRC M0 não reduz a eficácia das linhas terapêuticas seguintes. O tempo sob abiraterona do braço apalutamida após metastização foi sobreponível ao tempo da abiraterona no braço de tratamento do ensaio COU-AA-302 (doentes com CPRC M1 pré-quimioterapia). O prolongamento da sobrevida global vem colocar um ponto final nesta questão.

**«Os *hazard ratios* para a sobrevivência global com os novos antiandrogénios foram de cerca de 0,7, com um atraso no evento morte superior a 10 meses»**

Os três fármacos estão aprovados pela Agência Europeia de Medicamentos para a fase CPRC M0: enzalutamida desde outubro de 2018, apalutamida desde janeiro de 2019 e darolutamida desde março de 2020. A apalutamida recebeu, em julho de 2020, a comparticipação pelo Infarmed. A mesma é expectável para a enzalutamida e a darolutamida. Os três fármacos serão considerados o novo tratamento-padrão desta fase do cancro da próstata. ■

**Referências:** 1. Small EJ, et al. Apalutamide and overall survival in non-metastatic castration-resistant prostate cancer. *Ann Oncol.* 2019;30(11):1813-20. 2. Sternberg CN, et al. Enzalutamide and Survival in Nonmetastatic, Castration-Resistant Prostate Cancer. *N Engl J Med.* 2020;382:2197-206. 3. Crawford ED, et al. A Clinician's Guide to Next Generation Imaging in Patients With Advanced Prostate Cancer (RADARIII). *J Urol.* 2019;201(4):682-92.

### DESENHOS E RESULTADOS DOS ESTUDOS

Estudo	Fármaco	Número de doentes (tratados; placebo)	Endpoint primário: MFS (Teste versus placebo, meses)	Risk ratio (teste versus placebo)	Atraso no evento morte	Hazard ratio
SPARTAN	Apalutamida	1207 (806;401)	40,5 versus 16,2	0,28	14 meses	0,75
PROSPER	Enzalutamida	1401 (933;468)	36,6 versus 14,7	0,29	10,7 meses	0,80
ARAMIS	Darolutamida	1509 (955;554)	40,4 versus 18,4	0,41	NA	0,69

MFS: sobrevivência livre de metástases, na sigla em inglês; NA: não atingido



MIGUEL GUIMARÃES



Para o bastonário da Ordem dos Médicos (OM), a dedicação da classe que representa ao combate à pandemia de COVID-19 merece os mais rasgados elogios, ao contrário de algumas atitudes por parte do Governo, que, segundo Miguel Guimarães, deixou de ouvir os médicos no início do desconfinamento. Preocupado com as consequências da crise sanitária não apenas nas listas de espera, mas também na saúde de milhares de doentes e potenciais doentes que não estão a ser acompanhados porque nem sequer foram a uma consulta, o responsável apela à criação urgente de um programa em grande escala que permita fazer face a este problema com celeridade. Nesta entrevista, Miguel Guimarães faz também o balanço do seu primeiro mandato (2017-2019) e do início do segundo (2020-2022) como bastonário, adiantando também os principais projetos da OM para o futuro.

**Luís Garcia**

## “Precisamos de um programa excepcional para responder rapidamente aos potenciais doentes que não entraram no sistema de saúde no confinamento”

### Que balanço faz da resposta nacional à pandemia de COVID-19?

Penso que há duas leituras diferentes a fazer: a atuação da sociedade civil (cidadãos e profissionais de saúde), por um lado, e a dos políticos, por outro. Em termos genéricos, podemos dizer que o confinamento foi relativamente bem feito. Já o desconfinamento não correu da mesma forma e é difícil atribuir-lhe uma nota positiva. Devo realçar, porém, que, no confinamento, muito do que foi alcançado se deveu à capacidade de antecipação dos cidadãos. Talvez fruto daquilo que

era reportado na comunicação social em relação a Espanha e Itália, as pessoas assustaram-se. Aliás, esse receio inicial afetou os próprios profissionais, que ficaram na expectativa do que iria acontecer.

### Esse receio foi superado?

Os profissionais ultrapassaram-no rapidamente e começaram a trabalhar com normalidade, protegendo-se devidamente, depois de ultrapassadas as carências iniciais de suplementos de proteção individual. No entanto, muitos doentes

ainda têm algum receio. De qualquer modo, a verdade é que essa atitude inicial permitiu que confinássemos com alguma celeridade. Antes de o Governo ter decretado o estado de emergência, as pessoas já estavam confinadas; antes de a Direção-Geral da Saúde [DGS] indicar a utilização obrigatória de máscaras em locais públicos, as pessoas já as utilizavam há duas ou três semanas. Estas duas medidas, tal como os testes, são exemplificativas de que, na prática, a sociedade civil antecipou muitas das decisões da DGS.

### Como descreve a reação dos hospitais?

Parte deles, durante o estado de emergência, tiveram autonomia para tomar decisões que também foram sendo antecipadas relativamente à DGS. Por exemplo, o Centro Hospitalar Universitário de São João [CHUSJ], onde trabalho, estabeleceu a utilização obrigatória de máscaras muito antes de a DGS o ter feito. Também aboliu o registo biométrico de atividade, que, por ser utilizado por milhares de pessoas diariamente, era uma potencial fonte de contágio. E suspendeu a atividade não COVID-19, nomeadamente a programada, mesmo antes de sair o despacho do Ministério da Saúde com a mesma indicação.

A autonomia dos hospitais e dos Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES] no estado de emergência foi uma das grandes mais-valias que tivemos no combate à pandemia na fase de confinamento. Os hospitais puderam contratar médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e outros profissionais; puderam adquirir máscaras; puderam estabelecer uma relação diferente com a sociedade civil e esta organizou-se para oferecer equipamentos de proteção individual – algo que, claramente, faltava no início da pandemia. O aspeto mais dramático da fase inicial foi não haver máscaras para as pessoas que estavam a trabalhar no terreno, em particular nos cuidados de saúde.

### O que mais o preocupa no período de desconfinamento?

Em primeiro lugar, a mensagem de otimismo excessivo que se passou à população, sobretudo aquela que não tinha sofrido na pele a gravidade da doença. Como, até então, não tinha havido muitos casos na Grande Lisboa, foi transmitida a mensagem de que a situação estava resolvida e as pessoas começaram a não cumprir as regras da DGS.

A somar a isto, temos as falhas técnicas da autoridade nacional, com a esfera política a misturar-se, muitas vezes, com a esfera técnica. Os transportes públicos continuaram a estar completamente cheios: o metropolitano de Lisboa, por exemplo, em vez de ter seis ou sete carruagens, circulava com duas ou três. Isto não é compatível com o distanciamento social defendido pelo próprio primeiro-ministro.

### Que impacto tiveram a pandemia e o confinamento na prestação de cuidados de saúde nos doentes não COVID-19?

Esse é o maior desafio que enfrentamos neste momento: perceber como vamos resolver o problema dos milhões de consultas que não foram realizadas e das cerca de 94 mil cirurgias não efetuadas. Não sabemos, em muitos casos, quem são os doentes por trás destes números e, ou temos um programa verdadeiramente excepcional para rapidamente responder a todos os potenciais doentes que não entraram no sistema de saúde, ou há doentes que

vão sair muito prejudicados. Não estou a falar de cumprir os tempos máximos de resposta garantidos, mas sim de fazer as consultas e realizar os meios complementares de diagnóstico que permitam atender estes casos ainda a tempo.

### Como operacionalizar um programa desse género?

As pessoas que já estavam inscritas para consultas que não se realizaram estão identificadas, portanto, podemos chamá-las, como, da minha parte e de muitos outros médicos, até já foi feito. Os doentes que estavam à espera para serem operados, ou seja, os 50 mil doentes de que falou a ministra da Saúde, também estão identificados, portanto, é fácil recuperá-los. O maior problema são aqueles que não entraram no sistema – e que serão milhões –, porque não foram identificados. Se eu tiver a porta dos cuidados de saúde primários meio aberta e meio fechada, ou seja, se não estiver a receber os doentes, não estou a tratar aqueles que precisam de tratamento, não estou a inscrever para cirurgia aqueles que necessitam de serem operados, não estou sequer a fazer-lhes o diagnóstico e o estadiamento corretos. Não basta apenas o programa que a ministra da Saúde apresentou – o Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia [SIGIC] em produção adicional –, porque este serve para recuperar doentes que já estavam à espera de cirurgia. Precisamos de atuar ao nível das cirurgias, dos exames complementares de diagnóstico e das consultas, para abrir o sistema ao máximo de doentes que nem chegaram a ir à consulta. Isto só se consegue com um programa excepcional.

### Tem informação específica sobre o impacto desta crise sanitária na Urologia?

O impacto nas listas de espera foi grande. É-me difícil avaliar o que se passou nos outros hospitais, mas, quando o Ministério da Saúde produziu um despacho indicando aos hospitais e centros de saúde para adiarem toda a atividade programada, sobretudo a não urgente, a maioria dos hospitais adiou praticamente todos os procedimentos. O CHUSJ, por exemplo, passou a utilizar apenas três salas do bloco operatório central, em vez das habituais dez. Isso quer dizer que muitos doentes prioritários, com tumores da bexiga, do rim ou outros, tiveram de ver a sua cirurgia adiada – e o mesmo se passou um pouco por todo o país. A Urologia tem feito um trabalho magnífico para tentar recuperar desta situação.

### Os médicos têm sido ouvidos ao longo de todo este processo de combate à pandemia?

Não. Fomos ouvidos na fase inicial, de confinamento, que era a mais fácil, porque a mensagem consistia em manter as pessoas fechadas em casa e terem cuidado quando tinham de ir à rua. Nesse período, os

médicos foram ouvidos e a resposta foi positiva. Na fase de desconfinamento, que se iniciou quando havia muito poucos casos, os médicos foram colocados de lado – quer os médicos do Gabinete de Crise da OM, quer os da *task force* que o Governo criou para a DGS, quer aqueles que estão no terreno. Estes são os mais importantes de todos: são os que trabalham nos hospitais, nos centros de saúde, na Medicina do Trabalho, na Saúde Pública. Estou convicto de que, se estes profissionais tivessem sido ouvidos, não teria havido os problemas a que temos assistido nos últimos meses. A falta de proximidade do Ministério da Saúde e da DGS em relação às instituições e, sobretudo, aos médicos que estão no terreno não ajudou nada a que o desconfinamento tivesse sido feito de forma mais ordenada.

### Que avaliação faz do comportamento da classe médica nas diferentes fases de resposta à pandemia?

Penso que os médicos estiveram muito bem. São os grandes heróis deste combate à pandemia. Em França, por exemplo, o presidente Emmanuel Macron homenageou os profissionais de saúde no dia nacional, Dia da Bastilha (14 de julho). Aliás, a Embaixada de França em Portugal também fez uma homenagem, na véspera, aos profissionais de saúde franceses, portugueses e franco-portugueses. E este momento importante não terminou aí. O presidente francês anunciou que, além de receberem um prémio, os profissionais de saúde vão ter um aumento significativo do ordenado.

Esta atitude é completamente diferente da do Governo português. Lamento que não se tenha homenageado os profissionais de saúde em Portugal no tempo devido. Mal pareceu que a situação estaria controlada, a nossa ministra da Saúde apressou-se a dizer que tudo se mantinha para médicos e enfermeiros, porque não havia dinheiro para aumentos. Penso que esta é uma forma de atuação pouco simpática e reveladora de falta de estratégia.

### De que modo a pandemia se traduziu em esforço adicional dos médicos?

As horas extra estão contabilizadas. Nos primeiros seis meses de 2020, os profissionais de saúde fizeram mais 17% de horas suplementares em relação ao período homólogo de 2019. Isto é terrível, se tivermos em conta que, em 2019, os médicos já tinham feito mais de seis milhões de horas extraordinárias. Se isto se tivesse traduzido na contratação de médicos para o SNS, com horário de 40 horas semanais, era possível pagar 3500 médicos durante um ano. Ora, é provável que o aumento de 17% nas horas extra – maioritariamente de médicos e

(continua)



enfermeiros – continue ao longo de todo o ano. E isto está a ter consequências negativas nas pessoas.

### Que consequências teve e pode vir a ter este esforço extraordinário dos médicos no combate à pandemia?

Tenho falado com muitos colegas que estão exaustos e desmotivados, que fizeram um esforço enorme para ajudar nesta fase. Fiz um apelo aos médicos para estarem disponíveis para trabalhar no SNS, que era dirigido a todos, mas sobretudo àqueles que estivessem no setor privado ou reformados. As respostas foram impressionantes: mais de 4800 disponibilizaram-se para colaborar. Essa lista foi entregue ao Ministério da Saúde, que recorreu depois aos médicos que quis. Mas este esforço inicial não pode ser contínuo. Uma pessoa em stress acaba por não aguentar; começa a ficar cansada, deixa de ter a mesma capacidade de ver os doentes, comete mais erros, tem mais problemas a nível familiar, etc. Gera-se um círculo vicioso que acaba em *burnout*. A principal dimensão do *burnout*, a exaustão emocional, afeta muitos médicos. Já afetava antes e, com a pandemia, passou a atingir muitos mais. Este é um motivo adicional para que a preparação do inverno deva ser muito cautelosa.

### Em janeiro, foi eleito para um segundo mandato, com a maior votação de sempre. Que projetos destaca da sua atividade à frente da OM até ao momento?

Um dos principais foi a criação da nova Prova Nacional de Acesso, que permite ingressar numa especialidade médica e veio substituir o famoso exame Harrison. Este exame existia há décadas e há anos que toda a gente dizia que era preciso mudá-lo, porque não servia para avaliar conhecimentos nem para fazer a seriação dos candidatos devidamente.

Também conseguimos criar uma bolsa de apoio à formação médica, que nos permite patrocinar diretamente a participação em reuniões científicas, a publicação de estudos em revistas indexadas, etc. Além disso, temos desenvolvido uma intervenção pública na defesa da qualidade da Medicina, da profissão médica e, sobretudo, dos doentes. Penso que a avaliação positiva dos colegas, expressa na votação, se deverá a estas e a outras iniciativas. Também terá contribuído outra promessa cumprida: a implementação do voto eletrónico nestas eleições, com muito sucesso.

### Que mudanças têm vindo a ser introduzidas no acesso à formação especializada?

Temos aumentado, a cada ano, o número de vagas, que ronda atualmente as 1800, num trabalho conjunto dos colégios de especialidade para identificar mais capacidades formativas, aproveitando ao máximo as potencialidades do SNS e também do setor privado. Procuramos que mais médicos possam fazer a especialização, sempre com critérios de qualidade elevados, que tornámos mais transparentes através da sua divulgação. Os colégios também fizeram a revisão de vários programas formativos, pela primeira vez em anos, e foi feita uma auditoria externa ao processo de atribuição de idoneidade formativa.

Outro projeto importante foi o programa *Choosing Wisely Portugal* – Escolhas Criteriosas em Saúde, através do qual se procura promover a utilização adequada de exames complementares de diagnóstico e reduzir o número de intervenções desnecessárias. No âmbito deste programa, os colégios de especiali-

dade já emitiram mais de 100 recomendações que, ao mesmo tempo, protegem os doentes e os médicos.

Também conseguimos publicar, pela primeira vez, o Regulamento do Ato Médico (algo que era pedido pelos médicos há 80 anos) e os tempos-padrão das consultas. Associámo-nos ao Governo no combate ao tráfico de órgãos, que não só passou a ser crime como também a ser condenado no nosso Código Deontológico.

### Quais os projetos principais previstos para este segundo mandato (2020–2022)?

Pretendemos reforçar o fundo de apoio à formação e insistir na criação de plataformas de apoio à decisão clínica para profissionais de saúde. Chegámos a assinar um protocolo oficial com o Prof. Adalberto Campos Fernandes, então ministro da Saúde, para a criação de um sistema que permitisse aos profissionais de saúde e aos cidadãos portugueses ter acesso a publicações e plataformas como *UpToDate*, *BMJ Best Practice*, *Cochrane* e *DynaMed*. Com este projeto, iríamos apoiar a decisão clínica, disponibilizar formação médica, aumentar a literacia em saúde da população e, conseqüentemente, aumentar a eficácia das medidas de prevenção. Incompreensivelmente, com a saída do Prof. Adalberto Campos Fernandes, o programa foi abandonado. Conseguimos negociá-lo por cerca de dois milhões de euros por ano. Ora, este valor já é equivalente àquilo que o Estado gasta com a negociação individual de cada hospital com uma ou mais destas plataformas. Vamos insistir na criação deste projeto, provavelmente através de uma via diferente, com financiamento da própria OM e, eventualmente, da indústria farmacêutica.

Também pretendemos criar um curso de formação em gestão e liderança, que permita consagrar o papel dos médicos na liderança das instituições ao mais alto nível. Todos os estudos indicam que os hospitais dirigidos por médicos têm melhores resultados do que os outros – o que é normal, dado que os médicos conhecem a área da saúde como ninguém. A coordenação deste curso, que terá o apoio da Universidade de Harvard, está a cargo do Dr. Eurico Castro Alves. ■

## OPINIÃO SOBRE EVENTOS PÚBLICOS EM TEMPOS DE PANDEMIA

### Primeira Liga

“O Campeonato Nacional de Futebol tem de decorrer sem público. Enquanto não tivermos este problema resolvido, ter público nas bancadas num jogo de futebol é uma situação dramática. É muito difícil conter as emoções em algumas atividades, nas quais o futebol se enquadra.”



### Eventos culturais

“Penso que as regras existentes atualmente são suficientes para que haja um bom controlo à entrada e à saída dos eventos culturais, estando as pessoas afastadas um ou dois metros e com máscara, ainda que continue a ser fundamental vermos publicadas orientações para todos os eventos de massas. É preciso ter algum cuidado, porque os eventos culturais (teatro, cinema, concertos, etc.) também geram muitas emoções e é preciso garantir que se conseguem cumprir as regras. Um concerto de música clássica não é o mesmo que um festival *rock*.”

### Reuniões médicas

“Os eventos médicos vão ser avaliados pela OM e pela Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica [APIFARMA], pelo que contamos emitir um documento com recomendações em breve. Há grande vontade de esclarecer esta questão por parte dos médicos e da indústria farmacêutica, dado que setembro, outubro e novembro são meses de muitos congressos. Vamos aplicar as regras já existentes, por exemplo, para os eventos culturais, com distanciamento mínimo entre cadeiras, disponibilização de soluções alcoólicas de desinfecção, controlo à entrada e à saída das salas e condições especiais para os *stands* da indústria farmacêutica. Em congressos maiores, poderá haver, por exemplo, transmissões de uma sala para outras, para que as pessoas possam assistir sem estarem concentradas no mesmo espaço.”





# Olhar “microscópico” sobre a investigação em Urologia no IPO do Porto



O Centro de Investigação do Instituto Português de Oncologia do Porto (CI-IPOP) é já uma referência a nível nacional e internacional, sobretudo devido aos projetos desenvolvidos na área da Urologia. Curiosos por saber mais, embarcámos numa visita guiada pelas suas instalações, onde descobrimos uma equipa unida e determinada em batalhar pelo avanço e pelo reconhecimento da investigação em Portugal.

**Marta Carreiro**

O relógio marca as 10h00 da manhã, hora de ponta no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto. A fila para entrar adensa-se, ao mesmo tempo que a zona de saída reúne um grupo de pessoas que aguardam pelo final da consulta dos doentes que vieram acompanhar. É esta a realidade dos dias de hoje, uma vez que as medidas de prevenção da COVID-19 impedem que os doentes sejam acompanhados até ao interior do edifício nos casos em que tal não seja necessário.

Após transpormos a entrada, onde passamos obrigatoriamente pela zona de avaliação e desinfeção, somos acompanhados até à Clínica de Urologia, o ponto de encontro combinado com os profissionais que nos irão acompanhar na nossa visita. É Carmen Jerónimo, coordenadora do Grupo de Epigenética & Biologia do Cancro do CI-IPOP e também do Biobanco do Serviço de Anatomia Patológica do IPO Porto, que fica responsável por nos levar a conhecer, ao pormenor, as salas e os laboratórios do Centro de Investigação.

O CI-IPOP é uma unidade de investigação que tem como principal objetivo a compreensão dos

mecanismos patobiológicos do cancro que possibilitem a prevenção, o diagnóstico precoce, a correta avaliação do prognóstico e o desenvolvimento de terapêuticas mais eficazes. Reconhecido pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia desde 2004 – tendo obtido, em 2018, a avaliação de “Excelente” –, o CI-IPOP é dirigido, atualmente, por Manuel Teixeira, que também coordena o Grupo de Oncogenética. O centro é composto por cinco grupos de investigação de translação, pelos grupos de Epidemiologia do Cancro e de Gestão, Resultados e Economia em Cuidados de Saúde, assim como por uma unidade de investigação clínica que, neste momento, tem 140 ensaios clínicos ativos (ver caixa “Estrutura do CI-IPOP”).

## Protagonismo da Urologia no CI-IPOP

Após a visita aos laboratórios, onde pudemos observar de perto o trabalho das diversas equipas dos grupos de investigação de translação do centro, dirigimo-nos, de novo, à Clínica de Urologia, onde nos encontramos com o atual coordenador, António Morais, e o seu antecessor, Jorge Oliveira. De acordo com Carmen Jerónimo, cerca de 50% das publicações provenientes dos grupos de translação do CI-IPOP são de projetos de investigação na área da Urologia. Um exemplo desta ligação é o projeto de doutoramento de Francisca Dias, investigadora do CI-IPOP, intitulado “*Extracellular Vesicles Enriched in hsa-miR-301a-3p and hsa-miR-1293 Dynamics in Clear Cell Renal Cell Carcinoma Patients: Potential Biomarkers of Metastatic Disease*”, que foi publicado como capa na revista *Cancers*. Segundo Carmen Jerónimo, este projeto incide “no estudo de microRNA em

vesículas extracelulares derivadas de doentes com carcinoma de células renais seguidos no IPO, com o intuito de estabelecer novos biomarcadores de prognóstico”.

Jorge Oliveira menciona um outro estudo do centro de investigação, também relacionado com a Urologia, que mereceu a primeira página do *International Journal of Cancer* (IJC). “Sempre tivemos muitos doentes, que são tratados de forma harmonizada, devido à pequena dimensão da nossa equipa, que nos permite conhecer todos os doentes e formalizar as estratégias terapêuticas. Isto possibilitou que unidades de

## ESTRUTURA DO CI-IPOP

- **Grupos de translação**
  - **Grupo de Oncogenética**  
Coordenador: Manuel Teixeira
  - **Grupo de Oncologia Molecular e Patologia Viral** – Coordenador: Rui Medeiros
  - **Grupo de Patologia & Terapêutica Experimental** – Coordenador: Lúcio Santos
  - **Grupo de Epigenética & Biologia do Cancro** – Coordenadora: Carmen Jerónimo
  - **Grupo de Física Médica, Radiobiologia & Proteção Radiológica**  
Coordenador: João Santos
  - **Grupo de Epidemiologia do Cancro**  
Coordenadora: Maria José Bento
  - **Grupo de Gestão, Resultados e Economia em Cuidados de Saúde**  
Coordenador: Marina Borges
  - **Unidade de Investigação Clínica**  
Coordenador: José Dinis

## NÚMEROS GERAIS (2019)

- Número de profissionais: **231** (148 dos quais são recursos humanos do IPO Porto)
- Número de publicações: **218**
- Percentagem de trabalhos resultantes de colaborações internacionais: **33%**
- Fator de impacto médio: **5,4**
- Citações: **5735**
- Ensaios clínicos ativos: **140**

investigação, mesmo não ligadas à Urologia, reparassem que existia ali um bom potencial de trabalho. Esta organização permitiu ao nosso colega Lúcio Santos fazer um trabalho sobre um marcador para os tumores superficiais da bexiga que incluiu cerca de 800 doentes. Quando submeteu o artigo, o IJC pediu-lhe que justificasse este número, porque os revisores não compreendiam como era possível uma amostra desta dimensão. Então, o Lúcio enviou-lhes um CD com os números dos processos de todos os doentes e esse artigo acabou por ser capa do IDC”, conta Jorge Oliveira.

Partindo deste exemplo, António Morais explica a forte presença da Urologia nos projetos de investigação do IPO do Porto. “Podemos dividir o CI-IPOP em dois grandes setores: a investigação de translação e a unidade de ensaios clínicos, incluindo alguns de fase precoce e de iniciativa do investigador. Neste momento, 11 dos 140 ensaios clínicos ativos são na área da Urologia e 26 dos 413 doentes incluídos são urológicos”, afirma o especialista.

Segundo António Morais, quando um urologista do IPO do Porto avalia um doente, tem sempre em mente se ele poderá enquadrar-se em algum dos projetos de investigação em curso. “Estamos conscientes de que, para tratarmos melhor, necessitamos de aprender como prevenir, e a investigação vem ajudar muito nesse aspeto. A colaboração com a investigação é uma das nossas principais preocupações”, afirma o coordenador, acrescentando que, neste momento, a Clínica de Urologia tem doentes em projetos de investigação ligados ao cancro da próstata, da bexiga e do rim.

Apesar desta forte ligação da Urologia ao trabalho do CI-IPOP, o volume da atividade assistencial da Clínica de Urologia limita a dedicação dos elementos da equipa à investigação. “Temos um número reduzido de urologistas na Clínica, apenas sete, que têm de dar resposta aos cerca de mil novos doentes urológicos que dão entrada no IPO do Porto a cada ano, além do *follow-up* de

todos aqueles que já cá estavam. Nos dias de hoje, a investigação tem um peso tal que requer uma dedicação praticamente a tempo inteiro, mas o tempo que temos de destinar à assistência aos doentes impossibilita a presença de um urologista nos laboratórios de investigação”, explica Jorge Oliveira.

Contudo, a ligação entre a Urologia e o CI-IPOP vai além das questões práticas. “Esta forte presença da Urologia nos nossos projetos de investigação deve-se, em muito, ao anatomopatologista Carlos Lopes, que, quando integrou o IPO do Porto, em 1983, tinha como modelo preferencial o cancro da bexiga e achou por bem que continuássemos a trabalhar nessa área”, recorda Carmen Jerónimo. Carlos Lopes foi, aliás, o orientador de doutoramento da própria Carmen Jerónimo (na área do cancro da próstata), bem como de outros investigadores do IPO do Porto, como Rui Medeiros, Rui Henrique e Lúcio Santos, que foram influenciados pela apetência do seu orientador para a investigação urológica e procuram agora dar continuidade ao seu legado.

### Desafios da investigação em Portugal

Para a coordenadora do Grupo de Epigenética & Biologia do Cancro, a investigação assume, no IPO do Porto, uma dimensão fundamental na prossecução da melhoria constante dos cuidados prestados a doentes oncológicos, no sentido de oferecer diariamente os melhores métodos de prevenção e tratamento. No entanto, na sua ótica, existe uma problemática que se estende a todo o território nacional: a falta de reconhecimento generalizada, que se traduz em financiamentos para os projetos que não são, muitas vezes, os esperados. “Ao contrário do que acontece noutros países, onde profissionais de renome das mais diversas áreas, como a Urologia e a



Isaac Braga (urologista), António Morais (coordenador da Clínica de Urologia), Carmen Jerónimo (coordenadora do Grupo de Epigenética & Biologia do Cancro e do Biobanco do Serviço de Anatomia Patológica), Jorge Oliveira (urologista) e Rui Freitas (urologista) - da esq. para a dta.

Oncologia, têm grupos de investigação líderes, em Portugal, não temos ainda a capacidade crítica e o desenvolvimento, não só na área da Urologia, mas, por exemplo, do cancro da mama ou do pulmão”, refere Carmen Jerónimo. A este propósito, António Morais recorda que, nos anos de 1990, quando chegou ao IPO do Porto, os laboratórios do CI-IPOP se localizavam no piso -2. “Até começar a ser minimamente reconhecida, a equipa de investigação trabalhava em autênticas catacumbas. Só a partir de 2001 é que os laboratórios foram distribuídos por outros locais que, felizmente, já tinham luz solar”, conta o coordenador da Clínica de Urologia, em tom de brincadeira.

Segundo Carmen Jerónimo, outro sinal do baixo reconhecimento do papel que a investigação assume em Portugal é o facto de, muitas vezes, para que um trabalho executado por uma equipa de investigadores portugueses tenha oportunidade de ser publicado numa publicação com maior fator de impacto, ser necessário estabelecer uma colaboração com alguém de renome no estrangeiro ou com entidades reconhecidas. Ainda assim, a coordenadora do grupo de Epigenética & Biologia do Cancro não coloca de parte as pequenas conquistas que o CI-IPOP vai conseguindo arrecadar ao longo dos tempos. “Um dos nossos objetivos é conseguir fazer a translação da nossa investigação para aplicar ao doente. Por exemplo, num trabalho nosso em colaboração com a Fundação Champalimaud e a Universidade de Córdoba, que publicámos no ano passado, conseguimos ajudar os anatomopatologistas que fazem citologia urinária a encontrar marcadores celulares que aumentam a acuidade diagnóstica”, exemplifica.

De olhos postos no futuro, Carmen Jerónimo espera, em conjunto com os seus colegas, não só do CI-IPOP, mas também das clínicas do IPO do Porto, levar a investigação nacional cada vez mais longe e fortalecer o CI-IPOP no sentido de tornar a investigação de translação mais reconhecida a nível nacional e internacional lugar onde merece estar. ■



Preparação de amostras para PCR a fim de analisar variações genéticas



Avaliação da expressão de proteínas através da sua revelação com a técnica de *western blot*

# Importância das linhas de orientação clínica em Urologia para 2020

OPINIÃO



## LORENZO OLIVEIRA MARCONI

- > Urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
- > Membro do Comité de Metodologia do *European Association of Urology (EAU) Guidelines Office* e do painel das *EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma*
- > Orador da preleção “Metodologia na elaboração das *guidelines*” (10 de outubro, 9h30 às 10h00)

O crescimento exponencial do conhecimento científico médico, particularmente na área da Urologia, torna o seu acompanhamento pelo urologista uma tarefa cada vez mais complexa, senão impossível. Esta rápida produção da ciência médica traz consigo duas preocupações que muitas vezes colocam em causa o seu efetivo valor: o potencial enviesamento dos resultados dos estudos clínicos e a sua aplicabilidade direta ao doente do mundo real. O clínico vê-se cada vez mais “invasado” por um grande volume de informação de valor incerto.

Assim, torna-se fundamental que esta enorme quantidade de informação seja avaliada com rigor e filtrada para posteriormente ser apresentada ao clínico de forma sintetizada. Simultaneamente, sobretudo em situações de incerteza em relação à melhor decisão clínica, o “conhecimento experiencial” do médico – muitas vezes apelidado de “arte médica” – e os valores e preferências do doente são também fatores essenciais para a prática médica de qualidade, numa interação complexa com o conhecimento científico.

As linhas de orientação clínica (*clinical practice guidelines*) incorporam e fomentam as interrelações destes três elementos estruturantes das decisões clínicas. Em vez de ditarem uma abordagem única para todos os doentes com determinada patologia, as linhas de orientação clínica têm como objetivo a otimização da decisão do clínico e do seu doente através da síntese, da avaliação e da descrição da evidência científica relevante para a resolução do caso clínico, considerando os riscos e benefícios de cada recomendação clínica.

A elaboração de tais linhas de orientação clínica constitui a missão central do EAU Guidelines Office [GO]. A otimização e a harmonização da tomada de decisões clínicas por parte dos urologistas europeus permitem assim melhorar os cuidados prestados aos doentes. Para conseguir cumprir esta missão, o GO tem vindo a trabalhar na produção de linhas de orientação clínica completamente baseadas na evidência. Isto significa que todas as recomendações incluídas nas *guidelines* da EAU devem ser sustentadas por revisões sistemáticas da literatura. Individualmente, cada revisão pode ser perspetivada como um projeto de investigação científica que segue a metodologia transparente, robusta e rigorosa da Cochrane Collaboration.

O processo de criação das *guidelines* da EAU apresenta duas fases distintas: a síntese da evidência e a transição da evidência para a recomendação. Este processo inicia-se nas reuniões periódicas dos vários painéis multidisciplinares que constituem o GO, nas quais os membros estudam uma determinada questão clínica, definindo a população-alvo, a intervenção de interesse, o comparador apropriado e os *outcomes* importantes para o doente. Este protocolo, designado por PICO (*Patient, Intervention, Comparator, Outcome*), define os critérios de elegibilidade dos estudos a incluir na revisão sistemática. Conceptualmente, a recomendação final representa a resposta à questão clínica inicialmente colocada.

Nesta primeira fase, são pesquisados, incluídos e sintetizados todos os estudos primários que têm como objeto responder à questão do painel. Em seguida, avalia-se a qualidade desta evidência e os resultados são apresentados aos painéis

multidisciplinares nas reuniões periódicas. Numa segunda fase, são discutidos os benefícios *versus* as desvantagens das diferentes intervenções, tendo em consideração dois fatores: a magnitude da relação entre benefícios e efeitos secundários e os valores e preferências dos doentes.

Este equilíbrio e a avaliação da qualidade da evidência são cruciais para determinar a força e o sentido de uma determinada recomendação. Por exemplo, uma diretriz forte a favor de um determinado tratamento em detrimento de outro significa que existe evidência de elevada qualidade de que os benefícios ultrapassam claramente os efeitos secundários. Além disso, deve haver a certeza de que todos, ou quase todos, os doentes informados e nas mesmas circunstâncias tomariam a mesma decisão. Este é o tipo de recomendação que, idealmente, todo o urologista deveria tentar seguir.

Independentemente das grandes limitações que se sentem nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde, em particular as de ordem tecnológica, a Urologia portuguesa deve almejar por continuar a fornecer cuidados de saúde de excelência. Seria prioritário perceber, de forma sistemática e objetiva, qual a taxa de adesão nos vários serviços de Urologia portugueses às linhas de orientação internacionais. É importante identificar se existem recomendações que, sendo sustentadas por evidência de elevada qualidade, não são rotineiramente praticadas e por que motivos ocorre esta lacuna entre a evidência e a prática clínica. O aumento da disseminação e a implementação das *guidelines* criadas pela EAU fará com que a translação dos resultados da investigação para a prática clínica seja mais eficaz. ■

## Evolução do diagnóstico do cancro da próstata

O cancro da próstata vai ser discutido em duas sessões do XVI Simpósio da APU, no dia 10 de outubro: entre as 10h00 e as 11h00, será abordado o papel do rastreio e, entre as 16h45 e as 17h30, o debate será mais centrado no tratamento. Na primeira destas sessões, **Carlos Silva, urologista no Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto**, vai apresentar aquilo que considera ser “um novo paradigma” relativo ao diagnóstico desta doença oncológica.

Desde logo, o palestrante sublinha a importância de diagnosticar o mais cedo possível, sobretudo nos casos em que já existe uma história familiar de cancro da próstata. No que respeita aos meios complementares de diagnóstico, Carlos Silva destaca a relevância da introdução de novos métodos de imagem, como a ressonância magnética multiparamétrica (RMmp). “A RMmp permite-nos realizar um número desmesurado de biópsias desnecessárias e concentrarmo-nos nos casos de cancro da próstata que realmente interessam. Dispomos, pela primeira vez, de um método de imagem que nos permite distinguir os cancros mais

agressivos dos menos agressivos, nos quais podemos utilizar terapêuticas também menos agressivas”, justifica. Na opinião do urologista, a RMmp apresenta-se como um método de imagem basilar para a decisão de se avançar com a biópsia, para além de permitir identificar áreas dentro da próstata que poderão ser particularmente suscetíveis de apresentar doença mais agressiva.

Segundo Carlos Silva, o principal desafio nesta patologia está ligado à identificação dos casos em fase localizada para os quais a vigilância ativa é a atitude terapêutica mais adequada. “Por exemplo, pensemos num doente a quem é diagnosticado um cancro da próstata, mas que, através dos exames realizados, consideramos ser de baixo risco. Cada vez mais, temos a tendência de dizer ao doente que existe a hipótese de não intervirmos diretamente, mas sim de vigiarmos a doença para ver se há uma progressão – e então sim, atuamos. Sem colocar em risco a eficácia, a vigilância ativa permite evitar o tratamento de cancros que não têm agressividade clínica”, esclarece o especialista. ■ **Marta Carreiro**



## Progressos no tratamento do tumor do rim



Um frente a frente sobre as vantagens da nefrectomia parcial vai marcar a sessão sobre cancro do rim que decorrerá entre as 11h30 e as 12h15. À questão “Nefrectomia par-

cial sempre que tecnicamente exequível?”, Tito Leitão, urologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, vai responder “Sim, sempre”, apresentando os argumentos para a sua posição. Já Isaac Braga, urologista no Instituto Português de Oncologia do Porto, vai defender a atitude contrária. A este propósito, um dos moderadores da sessão, **Miguel Ramos, urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António**, afirma que uma das recomendações das *guidelines* europeias para o tratamento primário do carcinoma das células renais é o recurso à cirurgia preservadora de nefrónios, “uma abordagem menos agressiva, que garante resultados positivos e a preservação da função renal”.

Esta sessão vai ainda contemplar outra intervenção, sobre o tratamento do tumor renal metastizado em 2020, que estará a cargo de André Silva, urologista no Centro Hospitalar Universitário de São, no Porto. Segundo Miguel Ramos, a atualização sobre a terapêutica nesta área justifica-se, uma vez que “têm surgido novos fármacos (como o pembrolizumab e o ipilimumab) que mudaram completamente o panorama do tratamento do carcinoma renal metastizado, e

é esperado o aparecimento de mais”.

Na opinião de Miguel Ramos, as alterações que possam vir a existir às atuais *guidelines* europeias deverão estar ligadas precisamente ao tumor renal metastizado e também à nefrectomia citorrredutora, cuja abordagem tem vindo a alterar-se. “Antigamente, eram sujeitos a nefrectomia citorrredutora os doentes de melhor prognóstico, mas depois entrou-se numa fase em que este procedimento passou a ser menos comum. Hoje em dia, as *guidelines* já falam da nefrectomia citorrredutora diferida. Os doentes começam por fazer tratamento sistémico e, se houver uma boa resposta, efetuamos então a nefrectomia citorrredutora”, explica o urologista, admitindo que, neste momento, a evidência científica para esta opção ainda não é muito forte.

Miguel Ramos aproveita ainda para alertar para as limitações existentes em Portugal no que respeita ao cumprimento das recomendações europeias. “Há esquemas de medicação que, apesar de serem recomendados pelas *guidelines* europeias, ainda não foram aprovados pelo Infarmed e ainda não são comparticipados, o que torna difícil o acesso a estas terapêuticas”, remata. ■ **Marta Carreiro**

## Diagnóstico da micro-hematúria

OPINIÃO



### RODRIGO RAMOS

- > Urologista no Instituto Português de Oncologia de Lisboa
- > Orador da preleção “Micro-hematúria – investigação” (15h15 às 16h00)

uma etiologia neoplásica subjacente. A prevalência de neoplasia maligna em doente com MH é de 2,6 a 3,1%, com predomínio do tumor urotelial da bexiga.

O meio complementar de eleição para o diagnóstico de tumor da bexiga é a cistoscopia, mas não há, para já, capacidade para implementar um programa de rastreio com este exame baseado na rede hospitalar. Não temos estudos que demonstrem, com elevado nível de evidência, uma relação de custo-benefício favorável à implementação de testes de rastreio do tumor urotelial em doentes com MH. O paralelismo com a pesquisa de sangue oculto nas fezes e posterior colonoscopia é óbvio, mas, sem existência de uma fundamentação adequada, a recomendação não pode, ainda, ser feita.

A orientação a tomar fica dependente do clínico, que deverá ter em conta o perfil de risco para tumor

urotetial do doente em causa, a decisão partilhada entre médico e doente e, não menos importante, o contexto em que se realiza a consulta (público ou privado). Também desafiante é a definição do papel a desempenhar pelos exames de imagem do alto aparelho urinário no estudo da MH.

É reconhecida uma maior propensão para o atraso do diagnóstico e conseqüente maior gravidade da neoplasia urotelial no sexo feminino. Este atraso resulta da frequente interpretação da MH nas mulheres como secundária a infeção do trato urinário ou a causa ginecológica.

As orientações sobre MH deixam espaço para muitas questões. Fica por responder como operacionalizar o enorme investimento de recursos (cistoscopia e exames de imagem) que o estudo adequado da MH poderá implicar. Não menos relevante será discutir como dar a melhor resposta às implicações médico-legais suscitadas pela publicação de documentos de linhas de orientação (acessíveis a médicos e a não médicos) que realçam a importância de não deixar escapar diagnósticos de doença maligna, partindo de um sinal tão inespecífico como a MH. ■

A etiologia da micro-hematúria (MH) é variada, sendo ocasionalmente justificada por patologias que implicam risco de perda de órgão ou morte. Destacam-se como principais doenças relevantes o tumor urotelial, a infeção, a doença renal, a hiperplasia prostática e a litíase.

As recomendações relativas à abordagem da MH têm apresentado pouca evolução, sendo a revisão mais importante a apresentada pela American Urological Association, já em 2020. Neste documento, é destacada a importância de não desvalorizar a MH nos doentes submetidos a antiagregação e anticoagulação, bem como a relevância de excluir

## Desafios das *guidelines* em litíase

OPINIÃO



### VÍTOR CAVADAS

- > Urologista no Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António
- > Orador da preleção “Quadratura do círculo” (17h30 às 18h00)

cirúrgica. Sendo os cálculos tridimensionais, será de integrar o seu volume em futuras *guidelines*, em detrimento do maior eixo atualmente usado (unidimensional). Tal exige, naturalmente, que este parâmetro passe a ser sistematicamente reportado nos estudos publicados.

As *guidelines* apresentam três grandes modalidades de tratamento cirúrgico dos cálculos renais (litotricia extracorpórea por ondas de choque, cirurgia intrarrenal retrógrada e nefrolitotomia percutânea), “permitindo” que cada uma seja aplicada em praticamente todas as situações, embora com diferentes níveis de preferência. Além das questões de retratamento, perfil de complicações e persistência de litíase residual, a quarta dimensão (o tempo) deverá ser também equacionada em futuras linhas de orientação, pois está bem estabelecida a relação entre tempo operatório e complicações cirúrgicas.

Nos tempos de pandemia que atravessamos, este aspeto reveste-se de cada vez maior importância.

A melhor definição do posicionamento da litotricia extracorpórea por ondas de choque, da ureterorenoscopia flexível, das diferentes modalidades de nefrolitotomia percutânea (micro, super-mini, ultra-mini, mini, maxi) e suas combinações é um tremendo desafio face ao turbilhão de novas técnicas e tecnologias, à ausência de uma nomenclatura uniforme e à enorme dificuldade em levar a cabo estudos com elevado nível de evidência nesta área.

Nos próximos anos, será também necessário perceber qual o real impacto das medidas preventivas gerais, quando e como fazer uma investigação mais alargada e em que medida a adoção de medidas de prevenção específicas (nomeadamente farmacológicas) pode beneficiar os nossos doentes. Por último, impõe-se uma reflexão sobre como pode cada um de nós (a Urologia portuguesa) contribuir para uma maior uniformidade e qualidade no tratamento dispensado aos nossos doentes, perante a escassez de recursos (humanos e tecnológicos), a assimetria na sua distribuição territorial, a crescente prevalência da patologia litíase e o seu impacto económico. No fundo, como poderemos quadrar o círculo? ■

As *guidelines* da European Association of Urology, endossadas pela APU, foram revistas em 2020, mantendo praticamente inalteradas as suas recomendações. A esmagadora maioria das orientações emanadas leva o rótulo de “grau forte” (com exceção do capítulo da prevenção da recorrência, no qual muitas das recomendações recebem um “grau fraco”).

Nesta sessão, serão sobretudo abordados alguns aspetos que me parecem importantes, mas que carecem de investigação e aprofundamento para que possam vir a ser incorporados em futuras *guidelines*. Nas recomendações para tratamento ativo, tradicionalmente, são apresentados *cut-offs* de tamanho do cálculo para seleção da modalidade

# Treino cirúrgico no *Boot Camp* de Urologia

Laparoscopia, endoscopia do baixo e do alto aparelho urinário e ressecção transuretral serão as técnicas treinadas na 3.ª edição do *Boot Camp* de Urologia, que vai decorrer no dia 21 do próximo mês de novembro, em Lisboa. O programa assenta nos mesmos princípios-base dos anos anteriores e destina-se ao ensino de competências cirúrgicas básicas aos internos do primeiro ano da especialidade.

**Marta Carreiro**

O terceiro *Boot Camp* de Urologia conta, novamente, com o patrocínio científico da European School of Urology (ESU) e da Associação Portuguesa de Urologia (APU) e segue um caminho de continuidade relativamente às formações dos dois anos anteriores. De acordo com

**Tiago Ribeiro de Oliveira**, membro da comissão organizadora e urologista no Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHULN/HSM) e no Hospital das Forças Armadas/Polo de Lisboa, o objetivo é “continuar a uniformizar o ensino das competências técnicas que tem vindo a ser implementado desde a primeira edição”.

À semelhança dos anos anteriores, este *Boot Camp* terá uma parte inicial de apresentações teóricas, com cerca de uma hora de duração, que serve, segundo Tiago Ribeiro de Oliveira, para que “os internos percebam o formato e os objetivos do curso, bem como as particularidades do treino de competências técnicas”. Em seguida, decorrerá a componente prática, composta por quatro módulos (laparoscopia, endoscopia do alto aparelho urinário, endoscopia de baixo aparelho urinário e ressecção transuretral), cada um com duas horas de duração.

Tiago Ribeiro de Oliveira adianta que o módulo de laparoscopia terá uma novidade. “Este ano, vamos introduzir um modelo de criação do pneumoperitoneu”, revela. Quanto ao módulo de endoscopia do alto aparelho urinário, **Sérgio Pereira**, urologista no CHULN/HSM e coordenador deste módulo, explica que o principal objetivo é que “os internos, ao iniciarem o estágio em Urologia, já saibam o que é um fio guia, uma bainha de acesso, um ureterorenoscópio; percebam como é que eles funcionam e para que servem, de modo a poderem começar a ajudar nas cirurgias”. O urologista destaca este método como um facilitador de aprendizagem e progressão no que toca ao desenvolvimento dos conhecimentos e da prática dos internos.

**José Santos Dias**, urologista no CHULN/HSM e coordenador do módulo de ressecção transuretral, também salienta a importância de disponibilizar aos internos treino prático neste tipo de técnicas. “A ressecção endoscópica da bexiga e da próstata é uma técnica já antiga e muito estandardizada, cujas principais evoluções recentes estão relacionadas com o tipo de energia utilizada. No *Boot Camp*, va-

mos procurar mostrar os conceitos essenciais e os passos básicos desta e das outras três técnicas, permitindo que os internos aprendam os gestos que vão repetir inúmeras vezes ao longo da sua vida”, resume.

## A importância de um ensino padronizado

Segundo Tiago Ribeiro de Oliveira, a realização destes *boot camps* em parceria com a ESU trouxe várias vantagens para o panorama do ensino de Urologia em Portugal, nomeadamente o facto de o curso assentar em modelos de formação já desenvolvidos pela European Association of Urology (EAU). “A EAU criou um comité, o *Urology Boot Camp Committee*, do qual faço parte, que tem como principal objetivo implementar este curso nos diversos países da União Europeia, sempre com modelos idênticos, de forma a permitir que o nível de formação em competências técnicas se torne mais homogéneo, combatendo o défice de formação que existe em alguns desses países, atualmente”. Outra vantagem que Tiago Ribeiro de Oliveira destaca no *Boot Camp* é o acompanhamento individual dos participantes. A cada formando e a cada modelo está alocado um formador, o que permite uma orientação mais personalizada e totalmente focada nas dúvidas e dificuldades particulares. ■



## ALARGAR A OFERTA FORMATIVA ÀS DIVERSAS FASES DO INTERNATO

**Tiago Ribeiro de Oliveira avança que estão a ser desenvolvidos, no âmbito de um projeto da ESU, *Boot Camps* mais avançados, destinados aos internos de terceiro, quarto e quinto anos. “O nosso objetivo é organizar um *Boot Camp* para os internos, no primeiro ano, com competências básicas; depois, fazer outro para quem já está a meio da sua formação (terceiro ou quarto ano), com o ensino de competências mais avançadas; e, no final da especialidade, fazer um *Boot Camp* mais extenso. Pretendemos disponibilizar formação prática adequada às várias fases do internato de Urologia”, avança.**

## EAU realizou o seu primeiro congresso virtual

Pela primeira vez, o Congresso da European Association of Urology (EAU) decorreu em modelo totalmente virtual, entre 17 e 19 de julho, numa reunião que foi seguida por uma série de sessões de final de tarde, ao longo de uma semana. Num programa necessariamente muito reduzido, Portugal esteve representado através de uma palestra de Peter Kronenberg, na área da litíase, e de 11 pósteres de investigadores, urologistas e internos portugueses disponibilizados *on demand*.

**Luis Garcia**



Adiado para julho e, posteriormente, transposto para formato virtual, o congresso anual da EAU contou com cerca de 7500 participantes de 130 países. A mudança de modelo levou a uma redução muito significativa do número de comunicações, que também se traduziu na diminuição da participação nacional inicialmente prevista. A exceção no que respeita aos palestrantes portugueses convidados foi

Peter Kronenberg, urologista no Hospital CUF Descobertas, em Lisboa, que fez uma apresentação sobre o laser de fibra de *thulium* numa sessão plenária dedicada à inovação na litíase renal, no dia 19 de julho.

De acordo com o especialista, o laser de fibra de *thulium* cumpre “todos os critérios para se tornar no laser mais seguro, útil, versátil e bem-sucedido em Urologia”. Porquê? “Fragmenta e remove qual-

quer tipo de cálculo renal, é quatro vezes mais rápido do que um laser de *holmium* topo de gama, reduz os cálculos a pó em maior quantidade e com melhor qualidade (partículas mais pequenas), e praticamente não gera retropulção.”

Permitindo cortar, coagular, remover e enucleare tecidos, o laser de fibra de *thulium* tem uma diversidade de parâmetros muito mais ampla e permite utilizar fibras de laser mais pequenas do que o laser de *holmium*. Acresce que, segundo Peter Kronenberg, o aparelho é mais leve, menos volumoso, mais eficiente em termos energéticos, mais silencioso e requer menos manutenção do que os equipamentos que constituem ainda o *gold standard* para a litotricia por laser.

### PÓSTERES APRESENTADOS POR AUTORES PORTUGUESES

- **“Added value of risk calculators to mpMRI in the diagnosis of prostate cancer”** – Jorge Gonçalves Correia, Centro Hospitalar Universitário do Porto/Hospital de Santo António (CHUP/HSA)
- **“Is there a point to performing a penile duplex ultrasound?”** – Afonso Morgado, Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), no Porto
- **“Kidney transplantation from donation after cardiocirculatory death (DCD) after extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) – outcomes from a longitudinal assessment with three years of experience”** – Margarida Manso, CHUSJ
- **“Percutaneous nephrostomy, ureteral stent or primary ureteroscopy with stone removal for the treatment of hydronephrosis secondary to ureteric calculi: a prospective evaluation of the impact on complications, stone management and health-related QoL”** – Ricardo Matos Rodrigues, Hospital de Braga
- **“Refractory bladder pain syndrome/Interstitial cystitis: the role of functional brain MRI”** – Pedro Abreu Mendes, CHUSJ
- **“Should detrusor underactivity preclude the decision of a prostatic deobstructive surgery in men with chronic urinary retention?”** – Luis Vale, CHUSJ
- **“Transrectal ultrasound prostate biopsies - if not fluoroquinolone, what else?”** – Rita Rodrigues Fonseca, Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Egas Moniz
- **“Urinary levels of the soluble form of VEGFR1, a putative biomarker and therapeutic target for BPS/IC”** – Ana Charrua, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
- **“Remaining kidney volume is a strong predictor of estimated glomerular filtration rate at 1 year and mid-term renal function after living donor nephrectomy”** – Mariana Madanelo, CHUP/HSA
- **“Lumbosacral sprouting of bladder afferents after thoracic spinal cord injury reflects changes in levels of Nogo-A”** – Sílvia Chambel, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- **“Patients’ satisfaction with testicular implants: a questionnaire-based study”** – Sónia Ramos, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora

### Perspetivas nacionais sobre o programa científico

Apesar de ser quase unânime entre os internos e especialistas contactados pelo Urologia Actual que o formato virtual não tem a mesma vivacidade da interação presencial, foram vários os tópicos do programa que mereceram a atenção dos congressistas. **Vasco Quaresma**, interno de Urologia no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), gostou particularmente da sessão “Pesadelo em robótica”, com casos reais “sob o escrutínio feroz do advogado inglês e especialista em Direito médico Bertie Leigh”. “Cada urologista convidado partilhou casos da



sua prática clínica, em ambiente de simulação de julgamento, dando-nos uma visão pessoal da temível ida a tribunal e encerrando preciosas conclusões sobre a necessidade de otimizar consentimentos informados, potenciar avanços na técnica cirúrgica, antever possíveis falhas de equipamento, e ainda melhorar e garantir a formação de internos de forma segura e legalmente protegida”, resume Vasco Quaresma.

O interno destaca também a apresentação de Kyle Orwig (EUA) sobre “os promissores resultados” da recuperação da espermatogénese após transplante autólogo de tecido testicular prepubertário em macacos com infertilidade induzida por quimioterapia. “Esta investigação deu origem ao primeiro *graft-delivered baby* e abriu a porta para o tratamento da infertilidade nos tumores do testículo, bem como noutros tumores da infância/adolescência”, refere.

Por fim, Vasco Quaresma destaca a sessão “Cinco coisas que gostaria de ter sabido mais cedo na minha carreira”, na qual o urologista norte-americano Mark Soloway destacou alguns pontos-chave do seu percurso profissio-

nal, propondo a estratificação dos tumores não musculoinvasivos da bexiga em dois grandes grupos de risco e a possibilidade de vigilância ativa de tumores de baixo risco. “Salientou a necessidade de aumentar o respeito pela ressecção transuretral de tumores da bexiga, combatendo o desinteresse e a estagnação desta técnica, a falta de diretrizes e o decrescente investimento por parte da indústria numa técnica diária dos blocos operatórios mundiais”, sublinha o interno.

Esta sessão também merece o destaque de **Nuno Dias**, interno de Urologia no Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), no Porto, que recorda o interesse histórico desta partilha de conhecimento entre urologistas particularmente experientes. “Por exemplo, o Dr. David Ralph, do Reino Unido, falou da evolução de várias técnicas relacionadas

com a correção de curvaturas penianas e dos diversos erros que foi cometendo e nos quais procura agora não incorrer, explicando-nos também como evitá-los”, detalha.

A outra sessão que mais “encheu as medidas” a Nuno Dias foi a preleção de Tim O’Brien (Reino Unido) sobre truques na cirurgia renal aberta.

“O Dr. Tim O’Brien é um dos especialistas europeus com maior experiência com grandes massas renais. Pela sua dimensão, estes tumores são removidos, normalmente, por via aberta, requerendo, com frequência, o apoio da cirurgia vascular ou da cirurgia cardíaca. Nesta sessão, foram partilhados conselhos e a forma de evitar os erros mais comuns, o que me pareceu particularmente interessante, dado que, nestes congressos, a tendência é para que se fale muito mais em cirurgia robótica e técnicas mais recentes”, resume o interno do CHUSJ. ■



## ENTREVISTA

**Christopher Chapple** | Secretário-geral da European Association of Urology

### Que balanço faz do congresso?

Olhamos com orgulho para o nosso primeiro congresso anual completamente virtual. Apesar de todos termos preferido a oportunidade de nos encontrarmos pessoalmente, recebemos um *feedback* excelente dos congressistas de todo o mundo, que elogiaram a interatividade que marcou as sessões. Ao todo, o congresso incluiu sete sessões plenárias, 11 sessões temáticas, 14 sessões *game-changing*, nove sessões de pósteres, sete sessões de vídeos, 1500 *abstracts* e 10 sessões da indústria farmacêutica e de equipamentos. Foi muito bom ver uma grande participação de congressistas de fora da Europa. Muitas destas pessoas não teriam participado no evento e, deste modo, tiveram oportunidade de fazê-lo em direto.

### O que representou o desafio do adiamento e da passagem a congresso virtual?

Foi necessário um trabalho enorme, de vários meses, para transformar o congresso presencial em virtual. Foi difícil prever quantos congressistas estariam *online* nos momentos de pico, o que exigiu muitos testes por parte da nossa equipa de tecnologias de informação. A reformulação do congresso também representou um peso financeiro importante, dado que esta é uma das principais fontes de receitas de sociedades como a nossa. Mas tomámos medidas para podermos

continuar a disponibilizar formação de qualidade. Nas próximas semanas, vamos rever e discutir o que correu melhor e pior, dado que, no futuro, é provável que organizemos mais congressos híbridos.

### O que destaca do programa deste ano, desde sessões a estudos inovadores?

O mais importante foi conseguirmos cobrir todo o espectro da Urologia, desde a prática clínica a novos resultados de investigação básica, clínica e translacional. Como exemplo, uma das sessões mais bem-sucedidas foi a sessão “Pesadelo em robótica”, totalmente em direto, na qual o Dr. Bertie Leigh, o especialista em questões legais da EAU explorou as complicações da cirurgia robótica sob a perspetiva da lei.

No estudo NIMBUS, investigou-se se, no carcinoma da bexiga não invasivo, a administração do bacilo Calmette-Guérin (BCG) em frequência reduzida durante as fases de indução e manutenção teria uma eficácia semelhante à dos protocolos *standard* de BCG. No entanto, as taxas de recorrência foram superiores nos doentes do grupo de frequência reduzida (27% *versus* 12%). Outro estudo novo incidiu na segurança e na eficácia do nadofaragene firadenovec em doentes com carcinoma da bexiga não invasivo que não responde a BCG. Os autores reportaram uma resposta completa de 53% nos doentes com carcinoma *in situ*

durante os 12 meses do estudo, sendo que todas as respostas completas ocorreram nos primeiros três meses. ■



## Formação na Bélgica e em Espanha apoiada pela APU

Com o patrocínio da APU, mais dois internos portugueses (Sónia Ramos e Thiago Guimarães) fizeram um estágio em laparoscopia na Bélgica, com Renaud Bollens. Já Margarida Manso e André Barcelos tiveram oportunidade de ampliar os seus conhecimentos em estágios realizados em Espanha.

**SÓNIA RAMOS**

**Interna de Urologia no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora**



Sónia Ramos acompanhada por Philippe Uysteoruyt e Felix Kwizera (urologistas no Hospital de Hornu), Thiago Guimarães (interno de Urologia no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital de São José) e Renaud Bollens (coordenador do estágio) – da esq. para a dta.

bém pontualmente em cirurgias laparoscópicas realizadas pela Dr.ª Fabienne Absil, ginecologista na cidade belga de Ath, onde me encontrava hospedada.

O primeiro mês deste programa de formação tem um carácter observacional mas intensivo, com o intuito de nos familiarizarmos com as particularidades e os “truques” das cirurgias realizadas. Esta fase de preparação teórica é feita não só no bloco operatório mas também no local de alojamento, onde existe à disposição uma vasta videoteca de cirurgias do Dr. Bollens e de antigos *fellows*, bem como um *endotrainer* destinado ao treino de competências básicas em laparoscopia. Isto facilitou a integração dos conhecimentos teóricos e a sua posterior aplicação prática de forma mais sistemática.

Nos meses seguintes, participei em todas as cirurgias e fui progressivamente realizando pequenos passos e adquirindo autonomia até me ser concedido o papel de primeira cirurgiã em procedimentos do princípio ao fim. Todo este processo foi sempre acompanhado de indicações, correções e intervenção, quando necessário, por parte do orientador. As cirurgias com que contatei mais frequentemente foram: promontofixação, neurlise do nervo pudendo, prostatectomia radical, nefrectomia parcial e pieloplastia.

À segunda-feira, o estágio consistia na ajuda de cirurgias ginecológicas realizadas pela Dr.ª Fabienne Absil, o que permitiu aprofundar os conhecimentos anatómicos relativos ao pavimento pélvico feminino. De terça a quinta-feira, acompanhávamos o Dr. Bollens, participando numa média de seis cirurgias laparoscópicas semanais. À sexta-feira o estágio tinha um carácter observacional, visto que o Dr. Bollens é consultor de laparoscopia urológica no Hôpital St. Philibert, em Lille.

O contato com a forma sistemática, metódica e estruturada como o Dr. Bollens opera, bem como o domínio técnico e anatómico que o caracterizam, foram de grande carácter formativo. Outra mais-valia complementar foi a vertente humana deste estágio: o Dr. Bollens é defensor da partilha do conhecimento entre os pares, e da obrigação ética de ensinar os mais novos. Demonstrou-se sempre disponível para esclarecer dúvidas, partilhar experiências e receber opiniões.” ■

**MARGARIDA MANSO**

**Interna de Urologia no Centro Hospitalar Universitário de São João no Porto**

“D e julho a agosto de 2019, foi-me proporcionada a oportunidade de complementar a minha formação com dois estágios em Espanha, na área da laparoscopia. No primeiro mês, estive em Barcelona, no Hospital Clínic, no Serviço dirigido pelo Dr. Alcaraz. A minha exposição à laparoscopia de rim e bexiga foi elevada, sendo a maioria da patologia prostática operada por via robótica. Observei várias nefrectomias radicais e parciais, realizadas por diferentes cirurgiões, contudo sempre com a mesma reprodutibilidade, imprescindível para a consolidação das aprendizagens. Destaco ainda a complexidade de vários casos, que representaram ocasiões perfeitas para observar a abordagem dessas situações. Foi também no Hospital Clínic que contactei, pela primeira vez, com cistectomias radicais laparoscópicas (e robóticas), sendo de realçar a destreza com que estas eram executadas, com derivações urinárias intracorpóreas efetuadas também por laparoscopia.

No segundo mês, já em Madrid, no Hospital de La Paz, no Serviço dirigido pelo Dr. Martinez-Piñeiro, o foco foi, indubitavelmente, a prostatectomia radical, apesar de também serem realizadas nefrectomias e cistectomias laparoscópicas. Mais uma vez, destaco a reprodutibilidade da técnica como mais-valia na formação e a observação de pequenos truques na resolução de complicações, antecipando eventuais problemas futuros.

Em ambos os casos, o facto de o meu tempo ser passado exclusivamente no bloco permitiu um contacto intenso, com observação de um elevado número de casos, o que considero importante quando se pretende aprender algo num curto espaço de tempo. Sinto que os estágios cumpriram a sua função: tornei-me melhor ajudante na cirurgia laparoscópica e mais capaz como cirurgiã. Permitiram-me ainda contactar com outra realidade, colocando em perspetiva a minha – em alguns casos tentando absorver o que vi de melhor, noutros casos dando valor ao que vejo diariamente no meu Serviço.” ■



Margarida Manso fez um estágio de um mês no Hospital Clínic, em Barcelona, com particular enfoque na laparoscopia de rim e bexiga

## THIAGO GUIMARÃES

Interno de Urologia no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital de São José



Thiago Guimarães acompanha Renaud Bollens numa nefrectomia laparoscópica por porta única através de um acesso alternativo

“Nos meses de julho, agosto e setembro de 2019, tive a oportunidade de realizar um estágio de cirurgia laparoscópica sob a orientação do Dr. Renaud Bollens, no âmbito do Belgian Laparoscopic Urological Group (BLUG). A formação decorreu em três instituições: Centre Hospitalier de Wallonie Picarde, em Tournai; Centre Hospitalier EpiCURA (polos de ATH e Hornu), na Bélgica; e Hôpital St. Philibert, em Lille, França.

O primeiro mês foi apenas observacional, podendo aprender todos os conhecimentos teóricos relacionados com a cirurgia laparoscópica urológica, a técnica cirúrgica de cada procedimento e respetivos *tips and tricks*. No segundo e no terceiro meses, participei nas cirurgias laparoscópicas. Desde o início, foi disponibilizado um livro com a descrição dos passos cirúrgicos e um *endotrainer* para realização dos exercícios recomendados, o que permitiu uma evolução inicial significativamente mais rápida, principalmente nas suturas. O facto de todas as cirurgias efetuadas serem registadas em vídeo permitia rever os passos cirúrgicos e o trabalho diário realizado, tendo em vista o aperfeiçoamento constante da técnica desenvolvida.

Às segundas-feiras, participava em cirurgias laparoscópicas no âmbito da Ginecologia, com a Dr.ª Fabienne Absil – nomeadamente ooforectomias, quistectomias do ovário e hysterectomias – que,

embora não fazendo parte do objetivo primordial da cirurgia urológica, considero importantes na minha formação, tendo em conta a realidade do meu Serviço de Urologia e a sua colaboração com a Maternidade Alfredo da Costa, através da valência de Uroginecologia.

As sextas-feiras eram os únicos dias em que o estágio tinha um carácter meramente observacional. Nos restantes dias (de terça-feira a quinta-feira), ajudei e realizei cirurgias laparoscópicas urológicas, sob a orientação do Dr. Renaud Bollens. Nestes três dias, eram realizadas, em média, seis a oito cirurgias laparoscópicas, com destaque para promontofixações, prostatectomias radicais, nefrectomias radicais e parciais, nefroureterectomias e neurólises do nervo pudendo.

As cirurgias eram habitualmente realizadas pelos dois formandos, alternando cada um como cirurgião e ajudante, enquanto o Dr. Bollens supervisionava passos realizados e intervinha sempre que necessário. Desde o início, foi incentivada a nossa autonomia, que foi sendo atribuída de forma gradual à medida que íamos evoluindo em termos teóricos e práticos. O Dr. Renaud Bollens mantinha-se sempre interventivo, dando as indicações necessárias para que pudéssemos aprimorar os nossos gestos. Este estágio foi fundamental para a minha formação como profissional! ■

## ANDRÉ BARCELOS

Interno de Urologia no Hospital Prof. Doutor Frenado Fonseca

“Durante os meses de agosto e setembro de 2019, tive a oportunidade de realizar um estágio na reconhecida Fundació Puigvert, em Barcelona. A atividade do Serviço de Urologia da Fundació Puigvert (dirigido pelo Prof. Joan Palou) está dividida em diferentes unidades funcionais, sendo que o meu estágio na instituição foi composto por um mês na Unidade de Uro-oncologia (dirigida pelo Dr. Alberto Breda) e outro na Unidade de Andrologia (dirigida pelo Dr. Eduard Ruiz Castañé).

No primeiro mês, na Unidade de Uro-oncologia, sob orientação do Dr. Breda, pude observar e participar numa grande variedade de procedimentos endoscópicos, laparoscópicos e de cirurgia aberta. Destes, destaco as técnicas de ressecção en bloc nas ressecções transuretrais da bexiga, reimplantação ureteral laparoscópica, prostatectomia radical laparoscópica, tumorectomia renal laparoscópica e cistectomia radical laparoscópica (com construção de derivação urinária extracorpórea). Tive ainda a possibilidade de observar colheitas

e transplantes renais, assim como assistir a vários procedimentos robóticos.

Para além da rica e intensa atividade cirúrgica da unidade (dois blocos semanais com três ou quatro salas de manhã e uma ou duas à tarde), tenho a realçar a qualidade das reuniões clínicas, tanto da Unidade como multidisciplinares de decisão terapêutica. A experiência do Serviço e o elevado nível científico das discussões clínicas foram, sem dúvida, uma grande mais-valia deste estágio.

Relativamente ao segundo mês, na Unidade de Andrologia, sob orientação do Dr. Sarquella, pude acompanhar a abordagem (em consulta e na realização de exames complementares de diagnóstico) de patologias como disfunção erétil, doença de La Peyronie e infertilidade masculina.

Em termos cirúrgicos, destaco as técnicas de incisão da placa com enxerto de Tachosil® e a colocação de próteses penianas hidráulicas, num centro com um volume de cerca de 50 próteses por ano. ■



André Barcelos acompanhado por Josvany Sánchez e Joaquim Sarquella (da esq. para a dta.)



Para Ana Meirinha, parte do encanto da Herdade do Monte Branco é a possibilidade de brincar livremente com os animais de estimação. Na mão, a urologista segura um copo com o vinho branco produzido na sua quinta

## BRISA FRESCA NO NORTE ALENTEJANO

Carregada de uma história milenar, que inclui até um monumento megalítico, a Herdade do Monte Branco, no município alentejano de Redondo, é o refúgio de Ana Meirinha, urologista no Hospital de Cascais Dr. José de Almeida. A especialista é uma autêntica lufada de ar fresco na quinta, para a qual não faltam projetos em curso ou ainda no papel, como a criação de vários animais, agricultura diversificada, produção de uma marca de vinho própria e exploração turística.

**Marta Carreiro**

O termómetro marca 37°C, mas a sensação é de uma temperatura ainda mais elevada. Ana Meirinha desfruta da companhia dos seus cães de guarda – Anda, Chá e Rajá –, que, ao sentirem uma presença desconhecida, ficam alerta. Os aromas do pomar, característicos do ar alentejano, preenchem o ambiente. A urologista de 36 anos e os seus fiéis parceiros dão-nos as boas-vindas à Herdade do Monte Branco, o lar do seu coração.

Observar a quinta transporta Ana Meirinha numa viagem até à sua infância, aos dias que passava com os avós nas suas fazendas, a andar de trator e a “fingir que ajudava”. Enquanto nos guia pelo caminho até à cozinha, a dona da herdade explica que sempre nutriu um grande interesse pelo ambiente rural – um sentimento partilhado com o seu marido, que levou o casal a tomar a decisão de adquirir o monte, há cerca de dois anos e meio. Esta decisão foi fortemente influenciada pelo seu mentor, o urologista Nuno Monteiro Pereira, que já lhe mostrara como conciliar a vida médica com

a vida agrícola. Ana Meirinha descreve-se como “uma mulher apaixonada”, quer pela família, quer pela vida do campo, quer pela sua profissão.

### Pessoa de ideias fixas

No ensino secundário, Ana Meirinha optou por prescindir um pouco da vertente mais social para se poder focar nos estudos e cumprir o seu grande objetivo: entrar em Medicina. Não fosse o diabo tecê-las, quando chegou a altura de preencher as candidaturas para o ensino superior, concorreu também a cursos em Espanha, Reino Unido e na Academia Militar, onde ainda esteve durante 13 dias. Contudo, acabou por conseguir entrar, através do contingente geral, na NOVA Medical School/Faculdade de Ciências Médicas (FCM), em Lisboa, onde realizou o curso, de 2002 a 2008.

É com um sorriso rasgado que Ana Meirinha nos descreve a sua experiência universitária. “Estudei na melhor faculdade de Medicina do mundo e, provavelmente, de Portugal, no Campo de Santana”, brinca. Durante o curso, voltou a investir mais tempo nos

amigos e a descobrir as festas da faculdade. Além disso, envolveu-se no máximo de atividades académicas que conseguiu: fez parte do Grémio Académico, da Associação de Estudantes, do Senado da Universidade Nova de Lisboa (UNL) e da Assembleia de Representantes da FCM, foi monitora da cadeira de Fisiologia, fez parte da Associação Europeia dos Estudantes de Medicina e da Federação Académica da UNL, foi membro fundador da equipa de futsal feminino da FCM e organizou vários eventos.

Contudo, a experiência que mais a marcou foi a organização do Hospital da Bonecada. “Este é um conceito proveniente da European Medical Students’ Association, em que se constrói um hospital a fingir, direcionado para crianças entre os 4 e os 8 anos. As crianças visitam esse hospital encarnando o papel do pai que leva o filho (um boneco) ao hospital e inventam toda uma história para a doença do seu filho. Ao fazerem-no, estão a projetar no boneco os medos e as dúvidas que elas próprias têm. No final, acabam por sair com um à-vontade muito maior em relação aos cuidados de saúde, com medos superados

## ANTA DA ZORREIRA

**A Anta da Zorreira é um monumento megalítico presente nos terrenos da Herdade do Monte Branco e uma das poucas antas que ainda não foram objeto de escavação arqueológica em Portugal. Encontra-se praticamente intacta, faltando apenas a pedra do topo. Ao perceber a importância do local, o casal procurou (e conseguiu) obter a classificação de interesse municipal, tanto para o monumento megalítico como para o edifício do monte.**

e uma maior capacidade de relacionamento com o profissional de saúde”, explica a urologista.

Em 2009, Ana Meirinha mudou-se para Torres Vedras, onde completou o ano comum no Centro Hospitalar do Oeste/Unidade de Torres Vedras (CHO/UTV), optando então por enveredar pelos caminhos da Urologia. “Tinha a certeza absoluta que queria uma especialidade cirúrgica e, na faculdade, adorei a cadeira de Urologia. No entanto, todos me aconselhavam a tomar outra opção mais adequada, porque Urologia era só para homens”, recorda a especialista, que se considera uma pessoa de ideias fixas.

A sua determinação acabou por vencer: como uma espécie de sinal, surgiu uma vaga para Urologia no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central/Hospital de São José, à qual se candidatou, acabando por entrar e ali fazer o seu internato da especialidade. “Gostei muito e não mudava nada, mas o internato foi difícil. A Urgência que se repete mais do que uma vez por semana, a intensidade e a quantidade de trabalho são muito duras”, desabafa.

Terminado o internato e feito o exame de especialidade, Ana Meirinha retornou ao CHO/HTV, em setembro de 2016, para ocupar o lugar de diretora do Serviço de Urologia. Apesar de ter corrido bem inicialmente, a experiência acabou por se mostrar insuficiente para as suas aspirações. Assim, em setembro de 2018, voltou a dizer adeus a Torres Vedras e embarcou numa nova aventura, no Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, onde trabalha atualmente.

### Alma e coração campestres

Ana Meirinha divide o seu tempo entre a cidade e o campo. Redondo é o seu escape à lufa-lufa citadina, um refúgio para o qual se recolhe, com a família, todos os fins de semana. Entretanto, todos os afazeres da quinta ficam a cargo de Fernando Marques, “alma e coração da herdade”. “O Sr. Fernando trabalha cá desde os 14 anos e sabe tudo o que é necessário. Quando comprámos a herdade, percebemos que ele e a esposa tinham de ficar

connosco. Semeles, isto era impossível”, reconhece a urologista, admitindo que ainda tem muito a aprender relativamente à gestão da propriedade.

Planos não faltam para o futuro do monte, desde projetos turísticos a educativos. Contudo, o maior objetivo passa pela restauração da propriedade, que conta já com mais de 500 anos de existência. Toda a história da herdade, todos os segredos que as espessas paredes escondem mantêm o casal apaixonado pelo seu projeto comum. “Quero que a Herdade do Monte Branco sobreviva a mim, ao Luís e aos nossos filhos, que seja algo que perdure”, afirma.

“Rajá, vamos mostrar aos senhores o quão bonito é o nosso monte.” Ana Meirinha conduz-nos num passeio pela propriedade e pela área envolvente: mostra-nos as capoeiras, habitadas por perus, patos e, até, galinhas chinesas; guia-nos até à área onde se encontram dois burros, que nos cumprimentam com os seus valentes zurros; oferece-nos umas doces ameixas acabadas de apanhar no pomar; e conta-nos algumas curiosidades acerca do monumento megalítico que está integrado na propriedade, a Anta da Zorreira (ver caixa). Durante o percurso, a urologista descreve como gosta de passear pelo monte, na companhia dos seus cães, percorrer o perímetro da propriedade ao final do dia e sentir o “silêncio reconfortante e tranquilizante, que ajuda a esquecer todo o stresse da semana”. Agrada-lhe, igualmente, observar o pomar, perceber quais as árvores que, após um ano, continuam a dar fruto e as que estão a dá-lo pela primeira vez. Gosta de acompanhar o trabalho e ver o monte ganhar a vida que possuiu outrora, em tempos idos, quando servia de assento de lavoura comunitário. São estas raízes antigas que justificam o tamanho do forno, com capacidade para cozer pão para mais de 100 pessoas, e do fumeiro coberto, um dos maiores do norte alentejano, segundo a urologista.

### À procura do “néctar dos deuses”

É quando chegamos à vinha que Ana Meirinha mostra o seu maior sorriso. “Observem todo este verde, não é

lindo?” Oferecendo-nos um copo do seu vinho branco, ainda em fase de experimentação, a jovem produtora descreve uma das suas grandes paixões do monte. “Adoro acompanhar a sazonalidade da vinha! No inverno, gosto de ver a poda, a forma como as cepas retortas e com folhas caídas passam a ficar muito direitinhas, só a cepa de baixo com uns galhinhos. Na primavera, tudo começa a despontar, a rebentar e a ficar verdinho. Mais para o final, temos os cachos maiores, a ficarem maduros. Depois, no verão, passa o ‘pintor’ e os cachos começam a adquirir a tonalidade devida. Por fim, adoro a vindima: é uma festa fantástica, tal e qual como eu me lembrava de miúda”, conta.

Esta paixão é de tal ordem que o casal já tem novos planos: lançar a sua própria marca de vinhos, em vez de continuar a apanhar e entregar as uvas à Adega Cooperativa do Redondo. Para isso, Ana Meirinha e o marido contam com a ajuda incansável do enólogo Carlos Ramos, responsável pela componente química da produção e pela escolha das castas que foram plantadas recentemente. Este projeto conta já com exemplares de vinho branco e tinto, autênticos “néctares dos deuses”, como Ana Meirinha lhes chama, e que estão à espera da altura certa para serem lançados. ■



Para Ana Meirinha, percorrer o perímetro da propriedade, que tem cerca de 70 hectares, é o descanso perfeito após uma semana de trabalho

O edifício da Herdade do Monte Branco está classificado como bem imóvel de interesse municipal

Burros e porcos são alguns dos animais existentes na herdade



