



## BASTONÁRIO DA ORDEM DOS MÉDICOS EM ENTREVISTA

José Manuel Silva denuncia o que considera ser uma «opção política de causticar o Serviço Nacional de Saúde» e acusa o Ministério da Saúde de «irresponsabilidade» na recente crise vivida nos Serviços de Urgência P.6



## Do Hospital de Santo António para 40 mil urologistas de todo o mundo

Nos dias 23 e 24 de janeiro último, a comunidade urológica internacional esteve de «olhos postos» no curso «Bladder and Upper Urinary Tract Minimally Invasive Surgery», organizado pelo Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António. Graças à transmissão em direto, através do website da Société Internationale d'Urologie, 40 mil urologistas de todo o mundo puderam assistir a esta formação, que primou pela forte componente de cirurgia ao vivo P.14

04 ATUALIDADES

Candidaturas abertas para as bolsas de investigação da APU



De 9 a 15 de março, assinalou-se a Semana da Incontinência Urinária



06 DISCURSO DIRETO

José Manuel Silva, bastonário da Ordem dos Médicos, faz uma apreciação crítica das políticas governamentais na área da Saúde



10 IN LOCO

Reportagem no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Médio Tejo/Unidade de Tomar



12 MEDICINA FAMILIAR

Diagnóstico e referenciação da criptorquidia, por Filipe Catela Mota



14

Curso de cirurgia minimamente invasiva organizado pelo Centro Hospitalar do Porto foi transmitido para todo o mundo



16

Cobertura do workshop «Laparoscopic Millin Prostatectomy», realizado no Hospital das Forças Armadas



17 UROEVENTOS

Destaques das 15.<sup>as</sup> Jornadas Nacionais de Urologia em Medicina Familiar



Antevisão do X Congresso da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (APNUG)



18

Destaques do Curso APNUG de Urodinâmica



20 ESPAÇO JOVEM

Núcleo de Internos da APU reforça a sua participação na European Society of Residents in Urology



Relato de Sandro Gaspar sobre o estágio que realizou no Hospital das Clínicas, em São Paulo



21

III Módulo da Academia de Urologia vai discutir a transplantação renal e a litíase urinária



22 (INTER) NACIONAIS

Entrevista a Alberto Matos Ferreira, membro fundador do European Board of Urology (EBU)



24 VIVÊNCIAS

Perfil de Victor Hugo Vaz Santos, urologista apaixonado pela vida marinha



27 AGENDA

Principais eventos nacionais e internacionais entre abril e setembro de 2015



Corpos Gerentes da APU para o biénio 2013-2015

ASSEMBLEIA-GERAL

**Presidente:** Tomé Matos Lopes  
**Vogal:** Avelino Fraga  
**Vogal:** Luís Abranches Monteiro  
**Suplente:** Paulo Rebelo  
**Suplente:** António Pedro Carvalho

CONSELHO DIRETIVO

**Presidente:** Arnaldo Figueiredo  
**Vice-presidente:** Garção Nunes  
**Secretário-geral:** Pedro Nunes  
**Tesoureiro:** Miguel Ramos  
**Vogal:** José Fortunato Barros  
**Vogal:** Miguel Carvalho  
**Vogal:** Luís Xambre  
**Suplente:** Carlos Guimarães  
**Suplente:** Eduardo Cardoso Oliveira  
**Suplente:** Pedro Monteiro

CONSELHO FISCAL

**Presidente:** Francisco Rolo  
**Vogal:** Francisco Carrasquinho Gomes  
**Vogal:** Jorge Oliveira  
**Suplente:** Rui Carneiro  
**Suplente:** Miguel Cabrita

CONSELHO CONSULTIVO

**Presidente:** Arnaldo Figueiredo  
**Vogal:** Alberto Matos Ferreira  
**Vogal:** Joshua Ruah  
**Vogal:** Adriano Pimenta  
**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  
apurologia@mail.telepac.pt  
www.apurologia.pt

**Diretor do jornal:**  
Pedro Nunes

**Correio do leitor:** urologia.actual@gmail.com



estera das ideias  
PROBABLES DE SENTEUROS

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

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

**Coordenação:** Luís Garcia  
**Redação:** Ana Rita Lúcio, Luís Garcia,  
Marisa Teixeira e Sofia Cardoso  
**Fotografia:** Rui Jorge  
**Design e paginação:** Susana Vale

**Impressão:**  
Projeção - Arte Gráfica, S.A.  
Parque Industrial da Abrunheira, Quinta do Lavi, Armazém 1, Bloco A, 2710 - 089 Sintra

**Depósito Legal:**  
N.º 338826/12

Nota: Os textos deste jornal estão escritos segundo as regras do novo Acordo Ortográfico

## Juntos pela Urologia portuguesa

**A** impiedosa passagem do tempo faz com que tenhamos já menos um ano pela frente face ao que tínhamos quando a actual Direcção da APU tomou posse. Tendo em conta o voto de confiança depositado num projecto que se apresentava com propósitos concretos para a promoção da formação, da investigação, da internacionalização e da comunicação, impõe-se fazer uma pequena reflexão.

O *Urologia Actual*, para o qual escrevo estas linhas, mantém as características que o tornaram numa via de comunicação de grande impacto na comunidade urológica, fruto de uma parceria de sucesso com a Esfera das Ideias e da disponibilidade de todos os que contribuem para os textos. Por outro lado, em virtude do acordo estabelecido com a editora Elsevier, a *Acta Urológica Portuguesa* ganhou novo alento, tendo agora um aspecto gráfico alinhado com as outras publicações de cunho Elsevier, uma nova plataforma de submissão de artigos e a presença na plataforma *Science Direct*. O volume 31, o primeiro nos moldes actuais, já está disponível em [www.elsevier.pt/acup](http://www.elsevier.pt/acup).

Uma das implicações desta «internacionalização» foi a recuperação do «Portuguesa» para o nome da nossa *Acta*. A par da edição em papel que – estamos convictos – é importante para manter transversal a sua presença na comunidade urológica nacional, desenvolveu-se uma edição electrónica que, em resultado do acordo com as respectivas sociedades nacionais, chega também à comunidade urológica brasileira e espanhola. Esperamos que tal acarrete mais notoriedade e mais submissões, contribuindo para uma possível indexação...

O nível da investigação urológica em Portugal, podendo (e devendo) ser mais elevado, não é um «deserto»! Isso mesmo atesta o crescente número de apresentações livres em congressos internacionais – apoiadas pela APU quando necessário – e de candidaturas às bolsas de investigação da APU, atribuídas em

colaboração com a indústria farmacêutica. Os projectos apoiados pelas bolsas e as apresentações no estrangeiro suportadas pela APU originam, por obrigação «contratual», a submissão de artigos para a *Acta Urológica Portuguesa*.

Mas seria desejável (expectável?) que também os projectos não galardoados com bolsas, mas que ainda assim foram realizados, bem como outras apresentações em congressos, fossem partilhados na nossa revista. Tendo em conta o mesmo propósito, foi determinado que a componente pecuniária dos prémios para os melhores trabalhos no Congresso e no Simpósio só será disponibilizada após a submissão de um artigo para a *Acta*.

A criação de uma comissão científica permanente da APU, isenta e idónea, demonstrou ser algo de fundamental na prossecução do engrandecimento da Urologia nacional. A propósito, permito-me destacar a crescente qualidade científica das reuniões anuais da APU, que o estrito cumprimento dos horários observado no último Simpósio veio engrandecer. Este último aspecto é algo que reputo de basilar, pois a exigência de rigor não se deve aplicar apenas nos procedimentos cirúrgicos ou prescrições medicamentosas, sendo essencial para o êxito de qualquer actividade – isto para além de constituir em si mesmo uma manifestação de respeito mútuo.

Podendo igualmente ser vista dentro deste conceito de respeito, mas não se esgotando aí, a promoção da constituição de uma organização de internos de Urologia foi um sucesso. Apesar de já criada, a sua plena definição oficial enquanto órgão consultivo da APU está dependente de uma revisão dos estatutos, que já foi proposta.

Apesar de não ser destinada exclusivamente a internos – teve já como «alunos» urologistas dos mais graduados e reputados! – a Academia de Urologia já se estabeleceu como uma instituição de sucesso para a formação, com uma excelente aceitação por parte de todos quantos dela usufruíram, discentes e docen-



tes. Todos «prata da casa». Mas a promoção de contactos internacionais é fundamental. Prova disso foi o sucesso da I Reunião Ibérica sobre Cancro do Rim, organizada pelas direcções das duas associações ibéricas. Vimos aí um embrião de projectos comuns, tais como de estudos epidemiológicos ou de validação de protocolos terapêuticos.

Todos juntos, poderemos fazer muito mais pela Urologia portuguesa. Estou certo de que o tempo assim o dirá.

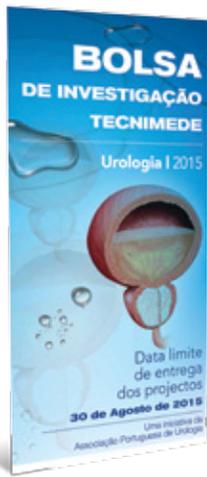
**Arnaldo Figueiredo**  
Presidente da APU

*Nota:* este autor não escreve segundo as regras do novo Acordo Ortográfico.

### Patrocinadores desta edição:



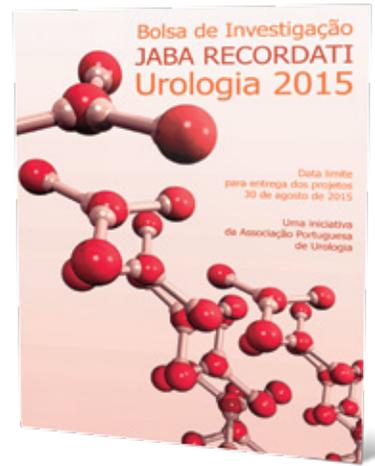
## Bolsas de investigação com o apoio da APU



Já estão abertas as candidaturas para as bolsas de investigação promovidas pela Associação Portuguesa de Urologia (APU) com o patrocínio da Jaba Recordati e da Tecnimede, tendo o valor de 8 000 euros cada. Até ao dia 30 de agosto de 2015, os candidatos podem entregar os seus projetos, que apenas têm de cumprir o requisito de se enquadrarem no campo de investigação em Urologia.

Caso queira participar, o investigador principal tem de ser um urologista associado da APU, com as quotas em dia e, se os outros elementos da equipa também forem sócios, devem ter, igualmente, esta situação regularizada. Os resultados das investigações terão de ser, obrigatoriamente, apresentados no Congresso da APU e submetidos para publicação na revista *Acta Urológica Portuguesa*.

Estas bolsas, que visam «apoiar o desenvolvimento da Urologia na sua vertente de investigação», têm um carácter nacional, periodicidade anual e um limite máximo de execução de 18 meses. Como tem vindo também a ser hábito, o júri será designado pelo Conselho Diretivo da APU, cuja decisão terá de ser comunicada aos concorrentes no prazo de até 60 dias depois de terminado o período de candidaturas. Para consultar os regulamentos completos de ambas as bolsas, basta visitar o website da APU ([www.apurologia.pt](http://www.apurologia.pt)).



## Não parar a sensibilização para a incontinência urinária



A Semana da Incontinência Urinária, uma iniciativa anual promovida pela Associação Portuguesa de Urologia (APU) com a Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (APNUG), decorreu entre 9 e 15 de março. Os

principais objetivos foram alertar a população em geral para a existência de tratamentos eficazes e acabar com os tabus e preconceitos em relação à incontinência urinária (IU).

Deu-se uma mudança de 180 graus no tratamento da IU, quer o cirúrgico quer o farmacológico», assegura Luís Abranches Monteiro, presidente da APNUG. Esta questão veio alterar bastante a realidade da IU, pois, «atualmente, as operações são simples e, geralmente, não implicam internamento». Por outro lado, «os fármacos disponíveis também são mais eficazes, têm menos efeitos secundários e controlam a maioria das situações». Antigamente, de acordo com este responsável, as pessoas escondiam esta patologia, não só por vergonha, como também por terem a noção de que não havia muito a fazer.

Mas tudo mudou. Os avanços médicos permitem, hoje em dia, que a incontinência urinária possa ter uma taxa de cura de 90%, pelo que a procura de ajuda médica quando se sentem os primeiros sintomas é essencial para um tratamento adequado», salienta Abranches Monteiro. Na opinião deste especialista, as ações de sensibilização que têm sido levadas a cabo há vários anos, principalmente nos órgãos de comunicação social, têm «dado frutos». «Antes, era comum depararmo-nos com um doente que vinha à consulta pela primeira vez, mas queixando-se de perdas de urina que aconteciam há uma década. Felizmente, estes casos são cada vez mais raros, o que significa que as ações nos *media* resultam e as pessoas procuram ajuda mais cedo», remata o presidente da APNUG.

### NOVOS PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS DA APU

#### Simpósio «Pelvic Happiness for Pelvic Cancer Patients»

13 e 14 de fevereiro de 2015

Fundação Champalimaud, em Lisboa

Organização: Fundação Champalimaud

#### 11.ª Jornadas de Urologia da Zona Centro em Medicina Familiar

26 e 27 de fevereiro de 2015

Fundação Bissaya Barreto, em Coimbra

Organização: Alfredo Mota

#### 15.ª Jornadas Nacionais de Urologia em Medicina Familiar

26 e 27 de março de 2015

Hotel Sana Metropolitan, em Lisboa

Organização: Manuel Mendes Silva

#### I Curso Pós-Graduado de Aperfeiçoamento em Cirurgia Intrarrenal Retrógrada

10 e 11 de abril de 2015

Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Clinica Universitária de Urologia da FMUL

Organização: Sérgio Pereira

#### XX Workshop de Urologia Oncológica

17 e 18 de abril de 2015

Hotel Tivoli Carvoeiro, Algarve

Organização: Fernando Calais da Silva

#### 2.º Congresso Luso-Brasileiro de Oncologia 2015

14 a 16 de maio de 2015

Centro Cultural de Belém, Lisboa

Organização: Sociedade Portuguesa de Oncologia, Sociedade Brasileira de Oncologia e Sociedade Brasileira de Cancerologia



José Manuel Silva Bastonário da Ordem dos Médicos

## «A falência clínica e financeira do SNS foi uma opção política do Governo»



Cáustico na apreciação que faz das medidas tomadas pelo atual Governo no âmbito da Saúde, o bastonário da Ordem dos Médicos alerta para «o subfinanciamento crónico» do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e garante que a discussão em torno da sua sustentabilidade é um pretexto «para desviar as atenções do debate que realmente se impõe sobre a sustentabilidade do País». Numa entrevista marcada pelo ferro da atualidade, José Manuel Silva coloca ainda «sob fogo» a atuação do Ministério da Saúde na recente crise vivida nos serviços de urgência.

Ana Rita Lúcio

**O Estatuto da Ordem dos Médicos (OM) consagra que a «defesa dos legítimos interesses do médico passa, em primeiro lugar, pelo exercício de uma Medicina humanizada, que respeite o direito à saúde de todos os cidadãos». Na atual conjuntura, estão reunidas condições para que isso aconteça?**

Não. Neste momento, o SNS não cumpre os preceitos constitucionais, nomeadamente no que respeita à universalidade do acesso e ao direito à qualidade, porque há desigualdades sociais tremendas. Portugal é o país da Europa com mais desigualdades sociais, segundo o coeficiente de Gini, o que se reflete em disparidades de acesso aos cuidados de saúde. Esta situação é corresponsável pelo facto de se notar nas urgências um afluxo de doentes em situação mais grave e uma maior necessidade de internamentos hospitalares. São reflexos da crise social em que vivemos, por força das me-

didadas de austeridade que nos foram impostas com efeitos que, face às opções do Governo, se tornaram inevitáveis.

**Esse mesmo Estatuto preconiza que os médicos desempenhem no SNS «um papel preponderante e fundamental». Esse papel está perigado?**

O papel dos médicos continua a ser preponderante e fundamental. O problema é que, hoje, o SNS não tem financiamento suficiente para as suas necessidades operacionais, daí que continue a acumular dívidas. Este Governo, além dos cortes, retirou dinheiro ao funcionamento operacional dos hospitais, reduzindo os seus orçamentos para pagar a dívida. Vangloria-se de ter pago dívida – e é verdade que pagou –, mas ela continua a acumular-se a um ritmo semelhante ao que acontecia antes, porque o SNS está subfinanciado. O Ministério da Saúde afirma que a maioria dos hospitais está em falência

técnica, mas isso acontece porque o único acionista, que é o Estado, não os financia de forma suficiente.

**Crê que se foi além do que pedia a Troika em termos de cortes na área da Saúde?**

É verdade, são os dados estatísticos que o confirmam. A própria OCDE [Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico] reconhece que Portugal cortou o dobro do que foi preconizado pela Troika na área da Saúde.

**Considera os cortes significativos, mas, por outro lado, garante que há outras áreas que deveriam ter sido visadas e não foram. Onde seria possível poupar mais?**

A definição do Orçamento Geral do Estado [OGE] é uma opção política do Governo. Porventura, podiam ter-se definido alvos noutras áreas, como, por exemplo, nas rendas excessivas no setor da energia, como a Troika aconselhava, e aí os cor-

tes não foram significativos. A mesma situação se passou a nível das infraestruturas rodoviárias, área em que os cortes foram afetos a despesas futuras, em obras que deixaram de ser feitas, não havendo também uma redução das rendas excessivas neste setor. Houve, portanto, uma opção política por causticar o ensino público e o serviço público de saúde.

Mas, mesmo na área da Saúde, não foi levada a cabo, por exemplo, uma reforma essencial, que passa pela fusão das administrações regionais de saúde com a Administração Central dos Serviços de Saúde. Não houve nenhuma reforma significativa da própria estrutura pesadíssima do Ministério da Saúde. Por outro lado, ao nível da centralização das compras, os passos que foram dados são muito incipientes. Recordo o escândalo das aquisições para o SNS em muitas áreas, nomeadamente dos gases medicinais.

### **E em que áreas se cortou em demasia?**

Infelizmente, foi-se ao que é mais fácil: cortes na aquisição de material clínico e na contratação de pessoas. O Ministério da Saúde diz que há mais médicos, mas, provavelmente, haverá menos horas de trabalho médico, porque há muitos profissionais com horários reduzidos. Também por isso o SNS tinha a beneficiar com a contratação de médicos reformados, mas não tem sido essa a opção, mais uma vez, por razões economicistas. E nós, Ordem dos Médicos, temos proposto soluções menos onerosas para o Estado, e de muito melhor qualidade, nomeadamente a contratação transitória de médicos reformados.

Nos últimos cinco anos, reformaram-se 1 400 médicos de família. Se tivessem sido atraídos

de volta para o sistema, seria possível que, neste momento, todos os portugueses tivessem acesso a médico de família, o que não acontece. No diploma que está em preparação sobre esta matéria, pelo que sei, o estímulo ao regresso dos reformados é muito baixo e, provavelmente, não terá êxito. Mas, se olharmos ao facto de que contratar um médico estrangeiro sem especialidade custa ao Estado 5 000 euros e o que o Estado quer despende para contratar médicos reformados é cinco vezes menos, percebemos que há uma disparidade de critérios.

### **EXPORTAR MÉDICOS «A CUSTO ZERO»**

#### **Que contas é preciso fazer sobre os médicos que estão a sair para o estrangeiro, em busca de outras oportunidades?**

Só em 2014, emigraram 387 médicos, o que representou exportar, a custo zero, cerca de 150 milhões de euros de formação médica. Estes médicos fazem falta ao nosso País e aos portugueses e não houve a preocupação de criar condições para que se fixassem em Portugal. São outros países que vão beneficiar desses profissionais excepcionalmente bem formados a custo zero. Estamos a fazer uma má aposta económica, porque não fixamos em Portugal os médicos que ainda fazem falta.

#### **Por diversas vezes, avaliou o SNS como um dos melhores do mundo, senão mesmo o melhor. Mantém essa opinião?**

É inequívoco que se está a perder a qualidade e quem procura mistificar isso só o faz por razões de defesa da narrativa oficial, que diz que, apesar dos cortes, está tudo na mesma ou me-

lhor. Não está, é impossível. Mas, de facto, até há dois anos, fomos o melhor serviço público de saúde do mundo, na relação qualidade/acessibilidade/custo *per capita*.

### **NÚMERO**

**450 milhões de euros** foi o aumento de capital anunciado pelo ministro da Saúde para os hospitais públicos e concretizado ainda no final de 2014. Aquilo que Paulo Macedo classificou como «uma mudança radical», segundo José Manuel Silva não é mais do que «o reconhecimento do subfinanciamento imposto ao SNS». Para o bastonário da OM, «as contas são outras»: «A maior parte desses 450 milhões de euros corresponde a dívida incorporada no capital social ou no capital estatutário dos hospitais, pelo que não houve um reforço apreciável de verba.»

### **A sustentabilidade do SNS está posta em causa?**

Essa é uma discussão falaciosa, porque os problemas não são intrínsecos ao SNS. É possível gerir melhor, reduzir o desperdício, mas os profissionais de saúde sabem onde é que se pode melhorar e a OM tem colaborado com a Direção-Geral da Saúde nesse sentido. Não se pode pôr em causa a sustentabilidade do melhor serviço público de saúde do mundo naquela relação tripla a que me referi. Na Saúde, os problemas são de financiamento e decorrem da crise económico-financeira do País. Está a pôr-se em causa a sustentabilidade do SNS para desviar as atenções do problema da sustentabilidade do País. ►

**«Só em 2014, emigraram 387 médicos, o que representou exportar, a custo zero, cerca de 150 milhões de euros de formação médica»**



## URGÊNCIAS – «CRISE EVITÁVEL»

**Como vê os acontecimentos deste inverno, que conduziram a situações de maior pressão e até de rutura nos serviços de urgência? Poder-se-ia ter evitado esta crise?**

Claro que sim, porque era previsível. Não houve sensibilidade por parte do Ministério da Saúde para acautelar uma melhor capacidade de resposta do SNS e, sobretudo, não houve um planeamento atempado das inevitáveis consequências da crise social e dos efeitos do inverno. Bastaram ligeiros aumentos na procura e na taxa de internamentos para que o sistema colapsasse. Se tivesse havido planeamento, esta questão teria sido minimizada, mas não houve, porque isso implicava custos.

A crise vivida nas urgências foi muito mais grave do que poderia ter sido, se tivesse havido esse planeamento. Desde logo, com três medidas importantes: o reforço dos meios humanos, o prolongamento do período de funcionamento dos cuidados de saúde primários e o reforço da capacidade de internamento de agudos. Em plena crise, ter-se-ão criado cerca de 800 camas suplementares, mas com os mesmos recursos humanos, que já eram insuficientes, o que quer dizer que esses doentes foram mal tratados.

As coisas correram mal, fruto da irresponsabilidade de gestão do Ministério da Saúde, ao não antever e aplicar atempadamente medidas para evitar aquela congestão nas urgências. A crise que aconteceu era evitável, tal como as mortes que, infelizmente, se verificaram, sem a assistência devida.

**No turbilhão desta crise, 28 dos 33 diretores de serviço do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF), na Amadora, demitiram-se, apontando o dedo à «contínua degradação das condições de trabalho» e à «progressiva degradação da capacidade de resposta às adversidades e a uma diminuição preocupante da qualidade assistencial». Como encara esta situação?**

Com profunda preocupação. Mais uma vez, esta situação é reveladora da extraordinária inércia e da falta de preparação do Ministério da Saúde. Os problemas no HFF acumulavam-se há meses e nada foi feito para os resolver ou evitar o seu agravamento. O diretor clínico era uma pessoa completamente impreparada para o cargo que estava a exercer e os médicos há muitos meses que chamavam a atenção para esta situação dramática.

O presidente do Conselho Diretivo da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT] veio dizer que não tinha



## MÉDICOS SEM ESPECIALIDADE: QUE FUTURO?

**Reconhecendo que «não é desejável que haja, em Portugal, médicos indiferenciados», mas antes «que todos tenham acesso a uma especialidade», o bastonário da Ordem dos Médicos defende a importância «de se planearem as necessidades a longo prazo». Havendo um «limite de formação pós-graduada» no nosso País, que ronda as 1 500 vagas, José Manuel Silva argumenta que a solução passa pela «redução do numerus clausus». E sustenta que a ponderação é fundamental, porque «a falta de médicos cria dificuldades de acesso, mas o excesso potencia graves problemas de mercantilização na área da Saúde».**

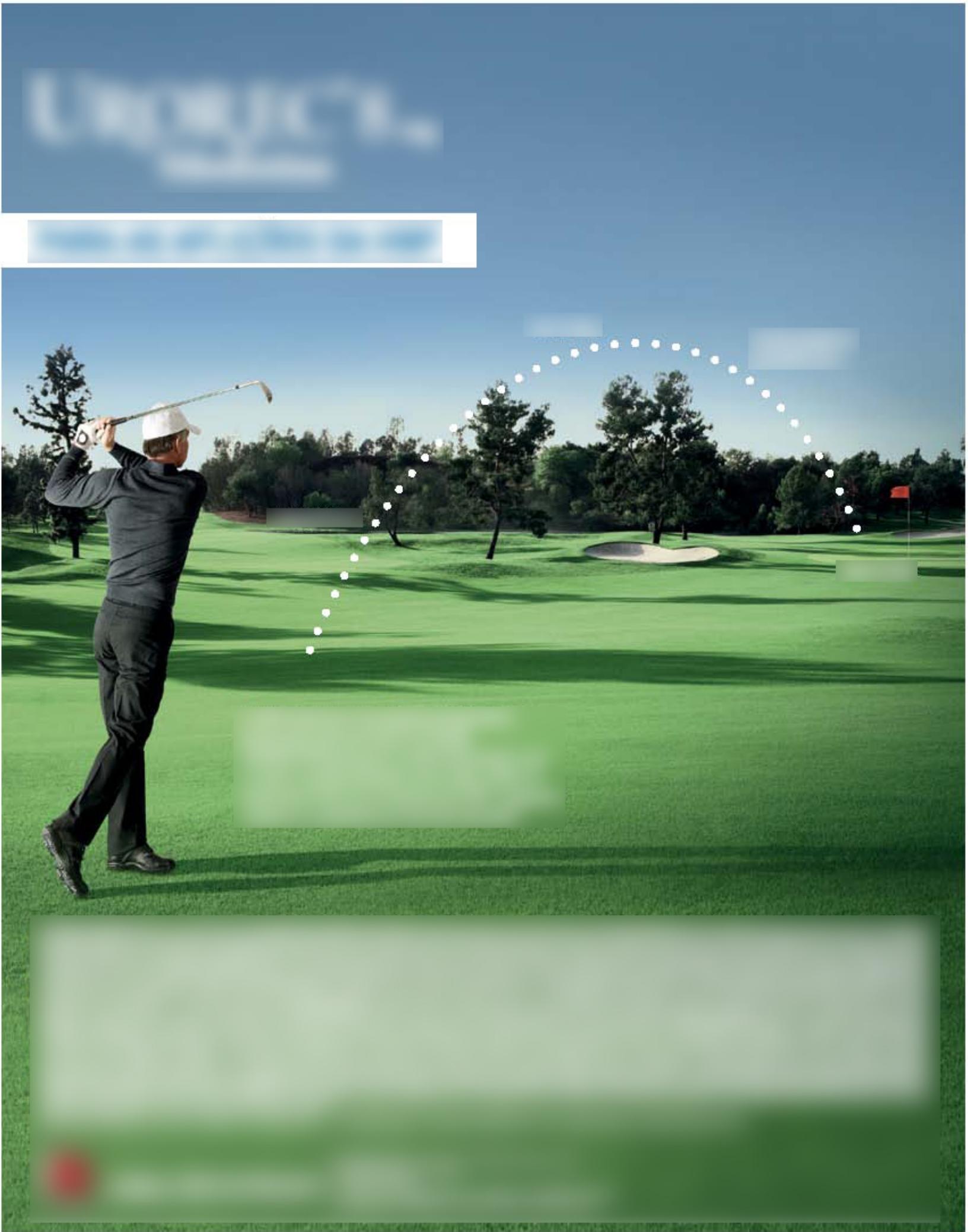
conhecimento de nada. Eu já disse que, se fosse ministro da Saúde, demitia-o, porque quem não se apercebe dos problemas graves do HFF não pode ser presidente da ARSLVT. Mesmo querendo minimizar os problemas para a comunicação social, este responsável tinha a obrigação de evitar que a situação atingisse este ponto de rutura e levasse os diretores de serviço a apresentarem a sua demissão. Mais uma vez, alimentando a ideia, real, de que o Ministério da Saúde não age, só reage à pressão mediática.

**Na qualidade de bastonário da OM tem tomado a linha da frente da contestação a muitas das medidas adotadas na área da Saúde e até houve quem o considerasse «uma força de bloqueio permanente». Que resposta dá a essas críticas?**

Uma resposta democraticamente saudável, perguntando, nomeadamente a esse alto dirigente do Partido Social Democrata que me fez essa acusação, que soluções é que já pediu à OM para o SNS? Porque nós não tecemos nenhuma crítica sem apresentar uma alterna-

tiva. Infelizmente, parece que esse deputado só ouve as críticas, não ouve as soluções. Mas esse é um problema otorrinolaringológico, que tem cura, caso ele a procure. Se não nos ouve à distância, que nos peça uma audiência e nós explicamos as soluções que propomos para os problemas do SNS.

As soluções passam, essencialmente, por uma gestão mais rigorosa, mais transparência, menos política na Saúde e, sobretudo, mais financiamento para o SNS, que está cronicamente subfinanciado. Agora, se não têm mais financiamento para o SNS e preferem direcionar o OGE para outras áreas de governação, então não é um problema otorrinolaringológico, é mesmo uma opção política. Cito, a este propósito, um artigo publicado recentemente no *British Medical Journal*, no qual se defende que o problema da falência clínica e financeira do National Health Service, no Reino Unido, é uma opção política. Também em Portugal teremos de concluir que a falência clínica e financeira do SNS foi uma opção política do Governo. Havia – e há – alternativas. ■



## Diferenciação baseada na sustentabilidade



A EQUIPA\*

Com quase três décadas de existência, o Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Médio Tejo/Unidade de Tomar (CHMT/UT) passou por distintas fases de evolução, até chegar à autonomia e à diferenciação que hoje o caracterizam. Visitámos as suas instalações e conhecemos a equipa que, todos os dias, se preocupa em prestar um serviço de excelência, assente em critérios de qualidade e sustentabilidade.

### Sofia Cardoso

Desde a saída da A23, que liga Lisboa a Tomar, basta percorrer menos de dez quilómetros para avistar o moderno edifício, construído em janeiro de 2003, que alberga a Unidade de Tomar do CHMT. A fachada cinzenta contrasta com o verde da paisagem campestre e não faz adivinhar a luminosidade das instalações interiores. Subimos até ao 3.º piso, onde funciona o Serviço de Urologia desde 2006 (até então, estava inserido na Unidade Hospitalar de Abrantes). Criado no final dos anos de 1980, este Serviço tem sido alvo de uma «evolução notória», começa por frisar o diretor, João Carlos Dias.

Os primeiros passos foram dados apenas com um urologista e com base num sistema de contratualização de serviços externos. Em 2003, o Serviço de Urologia passou a ter a Consulta de Andrologia e, três anos depois, começou a realizar cirurgias de ambulatório.

Em 2009, iniciou-se a cirurgia laparoscópica e, mais recentemente, em 2013, a cirurgia

endoscópica do alto aparelho urinário. No ano passado, a realização de biópsias prostáticas ecoguiadas foi mais uma importante conquista. Resultado do seu crescimento ao longo dos últimos anos, neste momento, o Serviço de Urologia do CHMT/UT é «praticamente autónomo e autossuficiente», sublinha o diretor.

### Uma equipa que prioriza o diálogo

A segunda-feira (dia da semana em que o *Urologia Actual* visitou o Serviço) está reservada aos procedimentos cirúrgicos. Para o período

da manhã (das 08h30 às 14h00) estavam agendadas cinco cirurgias. Antes de entrarmos no bloco operatório para observar uma das técnicas cirúrgicas em execução, acompanhamos a visita de um dos elementos da equipa médica (normalmente, um dos urologistas que não vai para a sala operatória) aos doentes internados.

O internamento é composto por 20 camas, das quais quatro são individuais. «A taxa de ocupação atual ronda os 60%. Nos dias de bloco operatório, esta visita é feita apenas para verificar se é necessário realizar algum ajuste



\*A EQUIPA (da esquerda para a direita)

**Na primeira fila:** Luís Sousa (enfermeiro), Elodie Carvalho (enfermeira), João Carlos Dias (diretor do Serviço) e Tânia Dias (enfermeira). **Na segunda fila:** Idalina Silva e Joana Dias (enfermeiras), Natália Silva (assistente operacional), António César (enfermeiro responsável pela consulta externa e pelos exames especiais), Carla Mendes (enfermeira) e Conceição Barros (assistente operacional). **Na terceira fila:** Paulo Vasco (urologista), Ana Custódia (médica de Medicina Geral e Familiar), Sofia Lopes (assistente operacional), Fernanda Vital (enfermeira), Maria da Luz Simões e Cláudia Lopes (assistentes operacionais). **Na quarta fila:** Tiago Neves e Juan Carlos Monteverde (urologistas), Acúrsio Neves (enfermeiro-chefe), Melissa Ferreira (assistente operacional), Anabela Silva (enfermeira), Isabel Godinho (assistente operacional) e Sílvia Garrucho (assistente técnica).

terapêutico ou pedir algum exame de diagnóstico», diz-nos João Carlos Dias.

Às terças, quintas e sextas-feiras, é realizada uma visita formal, mais demorada, com a presença de toda a equipa do Serviço de Urologia. Médicos, enfermeiros, a assistente social, a farmacêutica e a dietista reúnem-se para discutir os casos clínicos dos doentes internados e delinear a estratégia terapêutica mais acertada para cada caso. «Há alguns doentes que necessitam de estudo e, por vezes, temos de recorrer a exames complementares, mas, quando já conhecemos o diagnóstico, delineamos uma estratégia durante a visita», conta o diretor.

A dimensão da equipa, que é relativamente pequena, facilita o diálogo e o consenso na orientação dos doentes. Nas palavras de João Carlos Dias, esta é, de resto, uma característica muito particular deste Serviço: «Penso que as equipas médicas mais pequenas, como é o nosso caso, propiciam que haja mais diálogo e maior consenso de critérios.»

### Autonomia em procedimentos complexos

Se há uns anos, este era um Serviço muito dependente da subcontratualização, hoje a realidade é muito diferente. «Com o progressivo aumento da equipa (atualmente, trabalham aqui quatro urologistas), adquirimos cada vez mais autonomia», frisa João Carlos Dias. A vertente cirúrgica, «sempre baseada em critérios técnicos de grande complexidade», prova isso mesmo, com a realização de cirurgia por via endoscópica do alto aparelho urinário, cirurgia laparoscópica e cirurgia oncológica, entre outras. Também ao nível do diagnóstico, este Serviço responde às necessidades dos seus doentes, com a disponibilização de todos os exames complementares úteis na investigação das diversas patologias urológicas (ureterocistoscopia, urofluxometria, testes de vasoatividade peniana e biópsias prostáticas ecoguiadas).

No mesmo piso do internamento, encontra-se o bloco operatório, onde Tiago Neves executava uma ureterorrenoscopia. «Esta doente tinha uma litíase volumosa, com 18 mm, do uretero terminal esquerdo. Fiz uma ureterorrenoscopia com ureterolitofragmentação endoscópica por via de *laser holmium* e ureterolitoextração de

fragmentos com pinça. A cirurgia correu bem, sem complicações intraoperatórias», partilhou este urologista, depois de realizar o procedimento que durou 45 minutos.

O bloco operatório do Serviço de Urologia do CHMT possui uma equipa de enfermagem própria, que é constituída por 25 elementos, entre os quais existe um grupo mais especializado em Urologia. «Esta é uma forma de rentabilizarmos a nossa atividade. Por um lado, ao acompanharem apenas a Urologia, os enfermeiros ficam muito mais familiarizados com os equipamentos e com os métodos de trabalho. Por outro lado, como são sempre as mesmas equipas, não há perda de informação», explica Vítor Gomes, enfermeiro subchefe do bloco.

Depois, visitámos também a Unidade de Cuidados Pós-Cirúrgicos, situada mesmo ao lado do bloco operatório, que conta com seis camas. É aqui que ficam os doentes operados que necessitam de cuidados especiais e de uma vigilância mais apertada. A maioria dos doentes fica na sala de recobro durante, no máximo, três horas e regressa ou segue para o internamento até à alta hospitalar.

### Percurso baseado na qualidade

Segundo João Carlos Dias, a principal preocupação do Serviço de Urologia é garantir a qualidade, respondendo às necessidades e expectativas dos doentes. «Não nos podemos esquecer que o CHMT serve uma população que provém, maioritariamente, do meio rural e as necessidades e expectativas destas pessoas são diferentes das do meio urbano.»

A rentabilização dos recursos é uma prioridade. Exemplo disso é o apoio prestado pelo Serviço de Urologia ao Serviço de Urgência. Desde outubro de 2014, os urologistas dão resposta às situações de urgência através de uma linha telefónica criada para o efeito. «A presença física de um urologista no Serviço de Urgência no contexto do nosso centro hospitalar não se justificava e o balanço deste modelo de organização está a ser muito positivo», adianta João Carlos Dias.

De olhos postos no futuro, o especialista avança os próximos passos do Serviço a curto prazo: a criação de uma Unidade de Oncologia Urológica multidisciplinar e a aposta na formação de internos. «Neste momento, penso que o Serviço



O urologista Juan Carlos Monteverde (à dta.) e o enfermeiro António César realizam uma biópsia prostática ecoguiada, técnica disponível na Unidade de Tomar desde 2013



Tiago Neves executa uma ureterorrenoscopia com ureterolitofragmentação endoscópica a laser numa doente com litíase do uretero terminal esquerdo

de Urologia reúne as condições necessárias para dar formação a internos. Nesse sentido, temos a promessa de que, em breve, seremos alvo de uma avaliação pelo Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos», adianta.

«As boas relações humanas e o apoio prestado pelos profissionais que trabalham com a equipa médica e de enfermagem (dietista, assistente social e farmacêutica), a par de um serviço diferenciado e especializado», são, segundo o diretor, «os fatores cruciais que garantem a qualidade do Serviço de Urologia e, por conseguinte, a sua sustentabilidade». «Se nos preocuparmos com a qualidade, os custos menores virão por acréscimo», remata João Carlos Dias. ■

## XIII JORNADAS DO SERVIÇO DE UROLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO

**Quando:** 17 e 18 de abril de 2015 | **Onde:** Hotel dos Templários, em Tomar

Anualmente, decorrem as Jornadas do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Médio Tejo, com o apoio da Associação Portuguesa de Urologia, da Sociedade Portuguesa de Andrologia, da Ordem dos Médicos e da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Lisboa. Estas Jornadas destinam-se a todos os profissionais de saúde, mas, principalmente, a médicos (nomeadamente de Medicina Geral e Familiar) enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e farmacêuticos.

O programa científico conta, habitualmente, com palestrantes de todo o País, reunindo, em média, cerca de três centenas de pessoas. Este ano, realiza-se a XIII edição, com o lema «Mudança». «Este título traduz todas as transformações que têm acontecido, não só na Medicina e, em particular, na Urologia, mas também noutras áreas», antecipa João Carlos Dias.

## Avaliação e referenciação da criptorquidia



O «testículo não descido» é uma entidade frequente no recém-nascido, podendo este órgão descer a bolsa espontaneamente até cerca dos 10 meses de vida. Habitualmente denominado por criptorquidia, o «testículo não descido» envolve outras patologias,

como se descreve abaixo sucintamente. Para efeitos de avaliação clínica e referenciação à especialidade, divido o «testículo não descido» em quatro grupos:

### ■ Testículos retráteis

Testículos palpáveis que vêm à bolsa quando manipulados e aí permanecem, nem que seja por breves instantes (entidade fisiológica e dependente do reflexo cremasteriano).

### ■ Testículos criptorquídicos/testículos ectópicos

Palpáveis no canal inguinal, mas fora do trajeto habitual e não vêm à bolsa quando manipulados.

### ■ Testículos ausentes

Sem testículo palpável na região inguinal ou na raiz da bolsa escrotal.

### ■ Testículos criptorquídicos com hérnia inguinal sintomática associada.

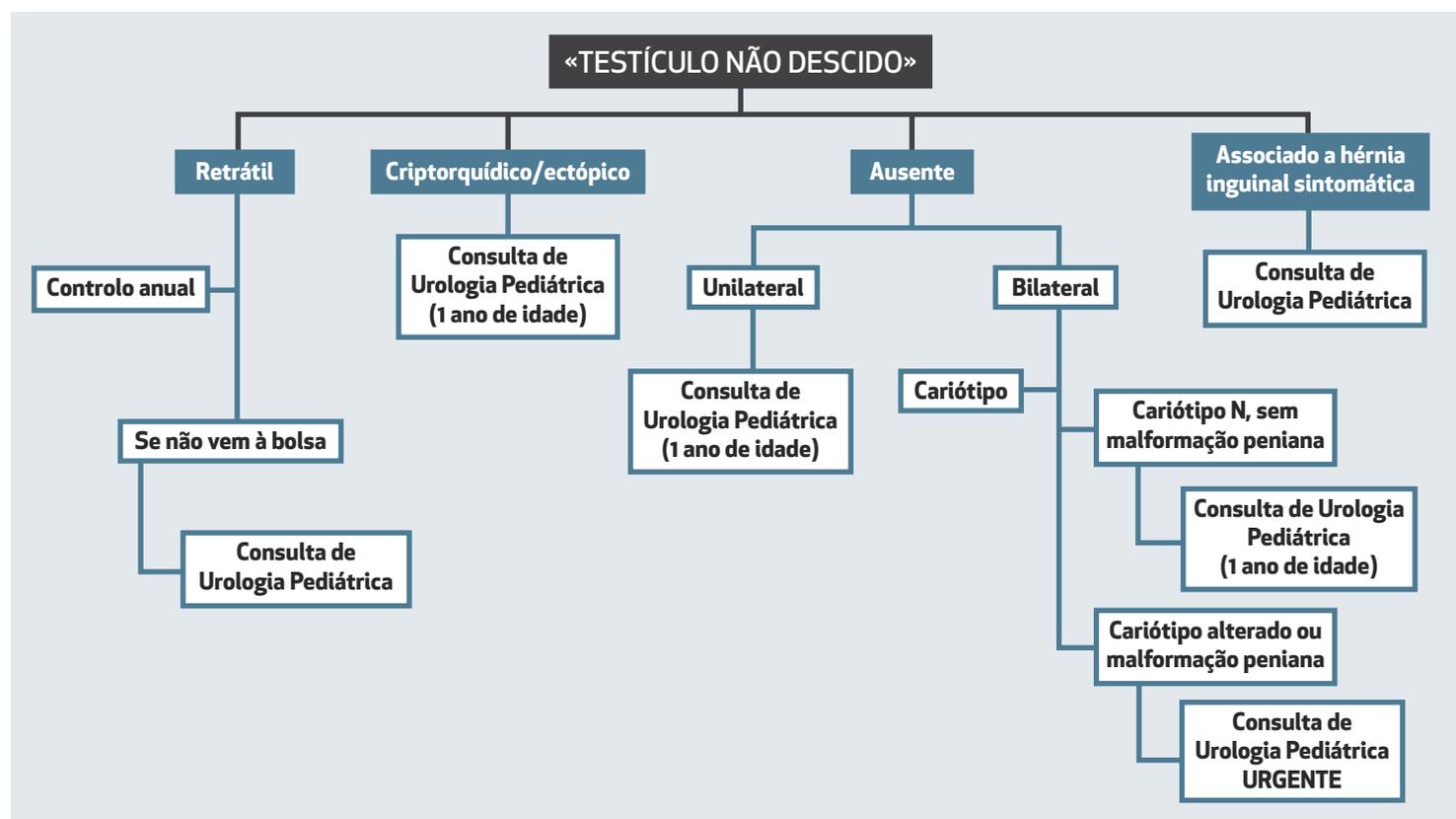
### Noções práticas na abordagem da criança com criptorquidia

O diagnóstico é estabelecido pela história e pela observação da criança, sendo os exames complementares raramente necessários nesta patologia. O papel da Radiologia no esclareci-

mento dos «testículos não descidos» é limitado e o laboratório só é útil na pesquisa de testículos ausentes bilaterais.

Se surgirem dúvidas à palpação, a ecografia pode esclarecer-nos sobre a ecoestrutura e as dimensões testiculares, mas não consegue distinguir os testículos retráteis dos criptorquídicos ou ectópicos. Os testículos intra-abdominais não são identificáveis na ecografia, uma vez que a estrutura testicular é muito semelhante à dos gânglios linfáticos. Assim, só os que estão encostados ao orifício inguinal profundo serão dificilmente palpáveis, mas identificáveis por essa técnica.

Nos casos de testículos não palpáveis bilateralmente, mas com resposta ao teste de estimulação hormonal, a ressonância magnética com gadolínio prova ser de grande utilidade na identificação do testículo intra-abdominal, embora a resposta última seja a da laparoscopia diagnóstica. Também nos casos de DSD (*disorder sexual differentiation*), tanto a ecografia pélvica como a ressonância podem ter um papel importante no reconhecimento de órgãos müllerianos persistentes. ■





**THE**  
**CONCEPT**  
**OF**  
**THE**  
**PROJECT**

**THE**  
**CONCEPT**  
**OF**  
**THE**  
**PROJECT**

## Curso de cirurgia minimamente invasiva colocou Porto no centro do «mundo urológico»

Nos dias 23 e 24 de janeiro passado, as atenções da comunidade urológica internacional viraram-se para o curso «*Bladder and Upper Urinary Tract Minimally Invasive Surgery*», organizado pelo Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA). Esta iniciativa formativa dedicada aos carcinomas da bexiga e do trato urinário superior foi marcada por uma forte componente de cirurgias ao vivo. Reunindo um painel de *experts* de reconhecido mérito, as sessões foram transmitidas em direto para uma plateia de 40 mil urologistas em todo o mundo.

Ana Rita Lúcio

O debate sobre o estado da arte no tratamento cirúrgico dos carcinomas invasivo e não invasivo da bexiga e do carcinoma urotelial do trato urinário superior trouxe ao Auditório Prof. Doutor Alexandre Moreira, no CHP/HSA, 130 urologistas. Acreditado pelo European Accreditation Council for Continuing Medical Education, o curso «*Bladder and Upper Urinary Tract Minimally Invasive Surgery Course*» foi ainda difundido além-fronteiras. «Graças à transmissão em direto através do *website* da Société Internationale d'Urologie [SIU], alcançámos uma comunidade de 40 mil urologistas em todo o mundo», realçou Manuel Castanheira de Oliveira, coordenador deste curso e urologista no CHP/HSA.



No bloco operatório do CHP/HSA, a equipa liderada por Arnulf Stenzl foi responsável por uma ressecção em bloco de tumor da bexiga, realizada com recurso à tecnologia *HybridKnife*

Associando-se, pelo terceiro ano consecutivo, a esta iniciativa formativa do Serviço de Urologia do CHP/HSA, a SIU foi representada por Jean de la Rosette, membro do *board* executivo deste organismo internacional e diretor do Departamento de Urologia do *Academisch Medisch Centrum*, em Amsterdão. O também coordenador do curso, a par de Manuel Castanheira de Oliveira, adiantou que a transmissão «ficou disponível em *webcast* na plataforma *online SIU Academy*, para que internos e especialistas possam, a qualquer momento, ter acesso ao que foi discutido e mostrado». «Isto significa que reconhecemos a qualidade do trabalho desenvolvido e queremos partilhar os conteúdos para fins educacionais», rematou Jean de la Rosette.

Nesta formação «eminente prática», o intuito foi o de olhar para «os aspetos mais controversos da abordagem cirúrgica da neoplasia do urotélio, na qual se incluem os carcinomas da bexiga e do trato urinário superior», notou Manuel Castanheira de Oliveira. A pertinência do tema prende-se também com o facto de estarem em causa «patologias com uma repercussão económica significativa, bem como morbilidade e mortalidade elevadas, que atingem um número crescente de doentes», sublinhou Avelino Fraga, diretor do Serviço de Urologia do CHP/HSA.

Daí que seja fundamental «sensibilizar, não só a comunidade urológica, mas também a população em geral, para a problemática de uma doença [a neoplasia do urotélio] que rapidamente pode fugir do controlo, em termos terapêuticos», preconizou Manuel Castanheira de Oliveira. E, sobretudo, «chamar a atenção para o facto de poder ser uma doença prevenível, através da minimização ou até erradicação dos seus fatores de risco», alertou este urologista. No que toca ao carcinoma da bexiga, «o tabagismo é um dos fatores que está diretamente relacionado com o seu desenvolvimento», afirmou Eduardo Solsona, na mesa-redonda dedicada ao tema. E sublinhou: «Dados recentes demonstram que, dez anos após a cessação tabágica, se observa uma diminuição na recidiva dos tumores vesicais.»

### CIRURGIAS AO VIVO

#### Carcinoma não invasivo da bexiga (23 de janeiro)

- Ressecção transuretral da bexiga (RTUB) com diagnóstico fotodinâmico (PDD, na sigla em inglês) – Alfred Witjes;
- RTUB com *Narrow Band Imaging* (NBI) – Jean de la Rosette;
- RTUB com *Storz Professional Image Enhancement System* (SPIES) – Manuel Castanheira de Oliveira;
- Ressecção em bloco de tumor da bexiga com *HybridKnife* – Arnulf Stenzl.

#### Carcinoma urotelial do trato urinário superior (24 de janeiro)

- Nefroureterectomia radical laparoscópica com linfadenectomia retroperitoneal e cistectomia perimeática – Miguel Ramos;
- Ureterosopia com NBI – Jean de la Rosette;
- Ureterosopia com SPIES – Vítor Cavadas.

### Diretamente do bloco operatório

Finda a primeira palestra, a manhã do dia 23 de janeiro teve como ponto alto a série de quatro cirurgias transmitidas, em direto, a partir do bloco operatório do CHP/HSA (ver caixa «Cirurgias ao vivo»). Além do acompanhamento, estas sessões interativas possibilitaram a troca de impressões, em tempo real, entre as diferentes equipas que estavam nas salas de cirurgia e no auditório. Colocando o foco em «técnicas que não são muito comuns para a maioria dos urologistas», o curso espelhou a «preocupação de mostrar a simplicidade e a exequibilidade das mesmas», procurando «despertar a vontade aos presentes de implementá-las nos seus serviços», afirmou Manuel Castanheira de Oliveira.

Alfred Witjes, urologista no University Hospital Nijmegen, na Holanda, e membro do comité que elaborou as *guidelines* da European Association of Urology sobre carcinoma invasivo e metastático da bexiga, liderou a equipa que realizou a primeira cirurgia: uma ressecção transuretral da bexiga (RTUB) com diagnóstico fotodinâmico (PDD, na sigla em inglês). O «valor e a eficácia» desta técnica, garantiu este especialista, «têm vindo a ser comprovados ao longo de mais de 20 anos, em vários ensaios clínicos». «É um procedimento que, apesar de ser mais oneroso, permite fazer melhores ressecções e ter menos recorrências.»

A manhã do primeiro dia do curso encerrou com a intervenção de Belmiro Parada, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, que incidiu sobre a utilização de biomarcadores no diagnóstico do carcinoma não invasivo da bexiga. Apontando as desvantagens do recurso a exames como a cistoscopia ou a citologia urinária, este especialista destacou «um conjunto de marcadores alternativos», dos quais «o mais promissor» era a técnica de imunofluorescência FISH (*fluorescent in situ hybridization*). «O problema é que se trata de um método muito dispendioso e complexo», que «não está acessível» a todos os centros hospitalares, pelo que «é necessário promover a investigação de novos biomarcadores», defendeu Belmiro Parada.

### Carcinoma invasivo da bexiga: como abordar?

Inaugurando a discussão sobre as opções terapêuticas disponíveis para o carcinoma invasivo da bexiga, Arnulf Stenzl, diretor do Departamento de Urologia da Universitätsklinikum Eberhard Karls, em Tuebingen, na Alemanha, discorreu sobre a cistectomia radical, que, na sua opinião, «continua a ser a melhor forma de curar o carcinoma não invasivo da bexiga». «No entanto, não devemos contentar-nos com esse facto e, desde logo, perguntarmos como podemos prevenir a necessidade de realizar uma cistecto-



O discurso de inauguração do curso foi proferido por Avelino Fraga. Na mesa (da esq. para a dta.): António Sousa Pereira (diretor do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar), Miguel Guimarães (presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos), Jean de la Rosette e Manuel Castanheira de Oliveira



Todas as cirurgias realizadas durante os dois dias deste curso foram alvo de transmissão em direto e troca de impressões entre os especialistas presentes no bloco operatório e na assistência

mia.» Segundo este especialista, «há indicações de que, com uma RTUB perfeita numa fase inicial e superficial do carcinoma da bexiga, se pode prevenir ou adiar a cistectomia».

Carlos Silva, urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, por seu turno, defendeu que é indispensável complementar a cistectomia com uma linfadenectomia. «Os dados demonstram que, com a linfadenectomia, a taxa de sobrevida é mais elevada, sendo menor a taxa de recorrência.» A não ser levado a cabo este procedimento, «o tratamento fica incompleto», argumentou. E, apesar de reconhecer que há «alguma controvérsia sobre qual a extensão recomendável», este especialista foi perentório: «Tem de ser uma linfadenectomia extensa.»

Para o último dia do curso, ficou reservado um debate que opôs as abordagens radical e conservadora no tratamento cirúrgico do carcinoma urotelial do trato urinário superior. Versando sobre a segunda opção, Vítor Cavadas, responsável pela Unidade de Litíase do Serviço de Urologia do CHP/HSA, lembrou que, «não obstante o *gold standard* ser a nefroureterectomia, há doentes nos quais, sem comprometer o tratamento oncológico, se pode garantir a preservação do rim». «Está demonstrado que a preservação da função renal aumenta a sobrevida dos doentes, nomeadamente em indivíduos idosos, com várias comorbilidades ou doentes com rim único», concluiu Vítor Cavadas. ■

## PRÓXIMA EDIÇÃO DEDICADA À CIRURGIA RECONSTRUTIVA

Na abertura do curso deste ano, Avelino Fraga aproveitou para desvendar o tema da próxima edição. Em 2016, o mote desta iniciativa organizada pelo Serviço de Urologia do CHP/HSA «será a cirurgia reconstructiva», ficando a coordenação a cargo de Paulo Príncipe e, novamente, Jean de la Rosette. Para Avelino Fraga, «as expectativas não podiam estar mais elevadas»: «Por todo o mundo, são poucos os centros que fazem cirurgia reconstructiva em Urologia e, na Europa, há um único congresso anual nesta área, pelo que prevemos que o curso de 2016 tenha também grande afluência.»

## Desmistificar a prostatectomia laparoscópica Millin

Difundir uma técnica laparoscópica que ficou um pouco esquecida na prática da cirurgia urológica e demonstrar as suas mais-valias foi o principal objetivo do *workshop* «Laparoscopic Millin Prostatectomy», realizado no passado dia 13 de fevereiro, no Hospital das Forças Armadas, em Lisboa. Durante a formação, especialistas e internos tiveram a oportunidade de assistir à realização desta cirurgia e ouvir a experiência de urologistas que a aplicam com regularidade.

Sofia Cardoso

**A**firmando-se como uma formação essencialmente prática, na parte da manhã, internos e especialistas puderam assistir aos passos necessários para executar com sucesso a prostatectomia laparoscópica Millin. «Mais do que falar sobre esta cirurgia, quisemos mostrá-la e provar que se trata de uma técnica bastante acessível», sublinhou Artur Palmas, diretor do Serviço de Urologia do Hospital das Forças Armadas e o organizador do *workshop*.

De acordo com este especialista, a prostatectomia laparoscópica Millin «está pouco difundida na comunidade urológica portuguesa e ficou um pouco esquecida, porque se pensa, erradamente, que são necessários grandes *skills* laparoscópicos para a realizar». A demonstração desta cirurgia ficou a cargo de Estevão Lima, diretor do Serviço de Urologia do Hospital de Braga, que «é o urologista com mais experiência nesta técnica cirúrgica em Portugal», referiu Artur Palmas.

Durante a cirurgia, Estevão Lima procurou demonstrar à assistência que esta é uma técnica acessível e que vale a pena ser tentada pelas suas vantagens, que são inerentes às técnicas



Durante a prostatectomia laparoscópica Millin, realizada no bloco operatório do Hospital das Forças Armadas, Estevão Lima (terceiro a contar da esq.) procurou demonstrar a facilidade de execução desta técnica

cirúrgicas minimamente invasivas (ver caixa). Do ponto de vista formativo, esta cirurgia tem ainda outra vantagem: «É a técnica ideal para os internos se iniciarem na prática laparoscópica. Além de não acarretar riscos, permite o ensino de técnicas de dissecação e reconstrutivas em simultâneo», defendeu o formador.

A comentar o procedimento, estiveram Luís Campos Pinheiro, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José, e Belmiro Parada, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. «Convidámos estes dois especialistas que não têm experiência nesta técnica precisamente para que colocassem todas as questões pertinentes a quem ainda não iniciou a prostatectomia laparoscópica Millin», justificou Artur Palmas.

### Experiência de diferentes Serviços de Urologia

Depois de realizada a cirurgia no bloco operatório, Luís Osório, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António

(CHP/HSA), e Carlos Santos, urologista no Hospital das Forças Armadas, apresentaram a experiência dos seus serviços na realização desta cirurgia. «O objetivo foi que os especialistas que já detêm alguma prática na execução desta técnica partilhassem as suas dificuldades, para que a curva de aprendizagem de quem está agora a iniciá-la seja mais rápida», explicou Artur Palmas.

No Serviço de Urologia do Hospital das Forças Armadas, a prostatectomia laparoscópica Millin foi iniciada apenas em outubro de 2014 (a cirurgia realizada no dia do *workshop* foi a décima). Um caminho ainda curto, mas que já permite obter algumas conclusões. «Estamos muito satisfeitos com os resultados funcionais e com a taxa mínima de complicações», adiantou Carlos Santos.

Este urologista falou também sobre as «pequenas dificuldades» na realização desta cirurgia, ao longo de meio ano de prática, frisando que este «é um procedimento simples e seguro». «Trata-se de uma cirurgia que tem uma abordagem anatómica semelhante à cirurgia tradicional, por via aberta, e as complicações graves são mínimas», referiu Carlos Santos.

No CHP/HSA, a técnica Millin já é realizada há cerca de quatro anos e o balanço é positivo: «Até ao momento, foram executadas 50 cirurgias e os resultados são, na sua grande maioria, excelentes e em tudo semelhantes aos da cirurgia aberta» disse Luís Osório. ■

### 3 VANTAGENS

- A prostatectomia laparoscópica Millin é uma técnica minimamente invasiva, logo, a dor no pós-operatório é menor, o recobro mais fácil e a alta hospitalar mais precoce;
- Não obriga a uma incisão de grandes dimensões;
- Durante o ato cirúrgico, a perda sanguínea é menor, comparativamente com outras técnicas, nomeadamente a prostatectomia laparoscópica tradicional (por via aberta).

## Diversidade temática nas 15.<sup>as</sup> Jornadas Nacionais de Urologia em Medicina Familiar

Nos dias 26 e 27 de março, decorrem as 15.<sup>as</sup> Jornadas Nacionais de Urologia em Medicina Familiar, no Hotel Sana Metropolitan, em Lisboa. Com as habituais sessões práticas e interativas, a edição deste ano aborda temas diversos e atuais. Os avanços no diagnóstico e no tratamento das doenças da próstata, a disfunção sexual, o envelhecimento geniturinário e a litíase urinária são alguns dos assuntos em debate.

**Sofia Cardoso**

Com o objetivo de promover o diálogo e a colaboração entre urologistas e médicos de Medicina Geral e Familiar (MGF), as Jornadas Nacionais de Urologia em Medicina Familiar reúnem, todos os anos, cerca de 300 especialistas e internos para a apresentação, revisão e discussão de temas de Urologia. De acordo com Manuel Mendes Silva, urologista em Lisboa e presidente destas 15.<sup>as</sup> Jornadas, «as doenças urológicas correspondem a cerca de 15% da atividade dos médicos de MGF».

O programa desta edição elenca «temas atuais e variados, que interessam aos médicos de família, aos internos de Urologia e de MGF, e até a alguns enfermeiros», indica o responsável. Estas 15.<sup>as</sup> Jornadas iniciam-se com uma mesa-

-redonda dedicada aos avanços no diagnóstico e no tratamento das doenças da próstata, na qual se falará do rastreio e dos avanços no diagnóstico do carcinoma da próstata, no tratamento do carcinoma da próstata resistente à castração e no tratamento dos sintomas do trato urinário baixo (LUTS) e da hiperplasia benigna da próstata.

Na sessão oficial de abertura, será homenageado Alberto Galvão Teles, endocrinologista, professor jubilado da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e um dos fundadores e primei-

ro presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia (SPA). «O Prof. Galvão Teles é um especialista muito conceituado, que contribuiu muito para o ensino da Medicina Familiar em Portugal, organizando cursos e publicando livros e revistas, o que faz dele um justo merecedor desta homenagem», justifica Mendes Silva.

Além das habituais sessões de discussão de casos clínicos de Urologia em MGF e de uma sessão de perguntas livres aos *experts*, Manuel Mendes Silva destaca também os temas da atualidade que estarão em debate. Entre eles, a próstata, «sempre com aspetos a necessitar de atualização»; a disfunção sexual, «que ainda hoje está envolta em alguns preconceitos»; o envelhecimento geniturinário, «cada vez mais pertinente, dado o aumento da longevidade da população»; e a litíase urinária, «tantas vezes recidivante e incapacitante», remata o organizador. ■



## X Congresso da APNUG repleto de novidades

Sessões simultâneas, sistema de televoto e um dia dedicado à Medicina Geral e Familiar. Estas são algumas das inovações do próximo Congresso da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (APNUG), que vai decorrer nos dias 20 e 21 de novembro, na Figueira da Foz.

Marisa Teixeira



«Na edição anterior, tentámos chegar a consensos, mas ficamos algumas questões para discutirmos com mais “sal e pimenta”». Esta afirmação é de **Alexandre Lourenço, presidente da comissão organizadora do X Congresso da APNUG**, que terá como tema «Controvérsias em Neurourologia e Uroginecologia». Tal deve-se ao facto de as patologias do pavimento pélvico serem, muitas vezes, tratadas por várias especialidades, logo, com prismas diferentes. «Estas

abordagens diversificadas criam controvérsias, que nem sempre levam a consensos», explica o ginecologista e também vogal do Conselho Fiscal da APNUG. E adianta: «Nos últimos anos, não houve novidades no âmbito do tratamento, portanto, temos de aproveitar para consolidar os conhecimentos e debatê-los.»

Pela primeira vez, vão decorrer sessões distintas em várias salas e em simultâneo, porque «há temas diversos que despertam mais ou menos interesse em cada um dos participantes». Num dos dias, realizar-se-á um «minicongresso» dirigido à Medicina Geral e Familiar (MGF). «Até à data, só tinham sido desenvolvidas pequenas formações dedicadas a estes especialistas. Por isso, desenvolvemos este programa mais dirigido e clínico, pois há casos que podem e devem ser logo diagnosticados e tratados nos cuidados de saúde primários», acrescenta Alexandre Lourenço.

O sistema de televoto em algumas das sessões é outra inovação, para promover maior dinamismo e interação, bem como os pósteres, que passam a ser eletrónicos, podendo ser votados e comentados. Os trabalhos selecionados serão discutidos em sala e, como habitualmente, os vencedores receberão prémios. Outra novidade são os *inverted courses*, nos quais «os participantes é que fazem

as apresentações científicas e as melhores terão a oportunidade de apresentar os trabalhos no programa geral do Congresso». «O objetivo é incentivar os participantes a estudarem previamente, melhorando a aquisição de conhecimentos», refere Alexandre Lourenço.

Outro curso que vai estrear no X Congresso da APNUG, dedicado aos especialistas seniores, versará sobre a gestão clínica em Uroginecologia, no qual se discutirão temas relacionados com a gestão das patologias e das unidades. «Os principais temas do Congresso estão ainda no “segredo dos deuses”, mas posso adiantar que vão ser debatidas situações cujos tratamentos são menos discutidos ou que suscitam dúvidas, bem como temas fraturantes e que antecipam o futuro. O principal objetivo é cativar e fomentar a discussão científica», revela Alexandre Lourenço. ■



## Curso de Urodinâmica dedicado a internos



«Fundamentos e prática da urodinâmica clínica» é o tema do curso promovido pela Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (APNUG), que vai ter lugar no

Hotel Eurostars Oasis Plaza, na Figueira da Foz, no próximo dia 11 de abril. Dedicada especialmente a internos de Medicina Física e de Reabilitação, de Ginecologia e de Urologia, esta formação vai decorrer entre as 10h30 e as 18h00.

Com uma vertente clínica, este curso vai abordar vários estudos – urofluxometria livre, cistometria de enchimento e esvaziamento, perfilometria uretral e videourodinâmica –, a terminologia e as boas práticas em urodinâmica, bem como a sua relação com a neurourologia ou com as disfunções miccionais. Luís Abranches Monteiro, presidente da APNUG e organizador deste curso, salienta outras questões pertinentes, que dizem respeito à necessidade de ser o médico a execu-

tar os exames, algo que não tem acontecido nos últimos anos. «Não faz sentido estes testes serem feitos sem a presença de um clínico que, além de observar o doente, lhe faz as perguntas certas no momento», defende.

Por outro lado, este responsável considera que deve ser evidenciado que «estes estudos não são indicados para verificar se determinado doente deve ou não ser operado ou tratado farmacologicamente». A urodinâmica deve funcionar como uma ferramenta de prognóstico. «Com o seu auxílio, podemos determinar que tipo de problemas podem surgir se for instituído um determinado tipo de terapêutica, seja cirúrgica ou farmacológica», conclui Abranches Monteiro. ■ **Marisa Teixeira**



## Núcleo de Internos aposta na comunicação com congêneres europeus

Melhorar a comunicação entre os internos de Urologia portugueses e dos restantes países europeus é um dos principais desafios do Núcleo de Internos da Associação Portuguesa de Urologia (NIAPU) para o corrente ano. O remodelado *Hospitality Club* é o mais recente projeto da European Society of Residents in Urology (ESRU), no qual o NIAPU está a ter uma participação ativa.

**Sofia Cardoso**

Depois da sua apresentação oficial no XIII Simpósio da APU, em novembro de 2014, o NIAPU dá agora os seus primeiros passos. Para já, está focado em atingir duas metas prioritárias: «Garantir maior representatividade dos internos portugueses na ESRU e promover uma comunicação mais fácil a nível nacional e internacional», frisa Ricardo Pereira e Silva, interno de Urologia no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e presidente do NIAPU.

«Durante algum tempo, os internos portugueses não conheciam a ESRU, nem sabiam o que esta sociedade fazia. Estamos a tentar mudar essa situação e queremos que o NIAPU também tenha uma participação ativa na ESRU», refere o responsável. O reformulado *Hospitality Club*, parte do recém-criado Fórum de Discussão Global da ESRU, é um dos primeiros projetos internacionais com o cunho do NIAPU e visa precisamente fomentar o *networking* entre os internos europeus.

O *Hospitality Club* está disponível na página online da ESRU ([www.esru.eu](http://www.esru.eu)) desde fevereiro deste ano. «É parte de um fórum de acesso livre, onde os internos de Urologia registados no website da ESRU poderão consultar posts de outros internos que estejam disponíveis para orientar e auxiliar os colegas num estágio no serviço a que pertencem, no seu país», explica Ricardo Pereira e Silva.

Em cerca de quatro meses de atividade, o Núcleo tem estado focado na atualização da sua base de dados, na qual, em breve, constarão os dados de todos os internos de Urologia portugueses, e na divulgação do Núcleo a nível nacional e internacional. Neste âmbito, o presidente do NIAPU destaca o artigo publicado no *European Urology Today* (jornal oficial da European Association of Urology) sobre a criação do NIAPU e as suas principais funções.

Este artigo, que deu a conhecer o NIAPU à comunidade urológica europeia, «teve um *feedback* muito positivo». «Fomos contactados por colegas de outros países que ficaram inspirados pela forma como criámos o nosso Núcleo e que, graças a isso, estão agora a pensar reproduzir o mesmo modelo, o que é bastante gratificante e um sinal de que estamos no caminho certo», remata Ricardo Pereira e Silva. ■



O recém-criado logótipo do NIAPU visa reforçar a identidade dos internos portugueses

## Estágio em videolaparoscopia no Hospital das Clínicas, em São Paulo



Sandro Gaspar (à dta.) acompanhado por Roberto Guimarães, também interno (à esq.) e Miguel Srougi

**Sandro Gaspar, interno no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, faz o balanço da sua experiência em laparoscopia urológica no Departamento de Urologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), no Brasil. O seu estágio realizou-se de setembro a novembro de 2014, com o apoio da Associação Portuguesa de Urologia.**

«O estágio que tive oportunidade de realizar no Hospital das Clínicas da FMUSP incidiu, sobretudo, na área da laparoscopia urológica. Sendo o maior complexo hospitalar da América Latina, esta é considerada uma das mais proeminentes instituições médicas latino-americanas. Adicionalmente, pude ainda estagiar no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, situado no mesmo complexo hospitalar.

O Departamento de Urologia do Hospital das Clínicas, liderado pelo Prof. Miguel Srougi, atende, em média, 4 000 doentes por mês e dispõe de excelentes recursos humanos e técnicos. Em outubro de 2012, este Departamento inaugurou duas salas cirúrgicas dedicadas à endourologia, que são tidas como as mais avançadas do sistema de saúde brasileiro. De igual modo, possui o primeiro centro de ensino da rede de saúde pública em cirurgia robótica equipado com simulador virtual.

Semanalmente, decorrem reuniões científicas multidisciplinares sobre casos clínicos

específicos, cuja apresentação fica a cargo dos internos de Urologia. Segue-se a reunião do Departamento, à qual só especialistas e internos de Urologia assistem. Nesta reunião, são discutidas as condutas terapêuticas a adotar nos casos mais complicados.

O Departamento de Urologia está dividido em várias áreas de atuação, cada uma com as suas respetivas camas, reuniões de grupo e discussão de casos próprios. Os internos passam, rotativamente, por cada uma das áreas, com metas já estabelecidas a atingir em cada um dos estágios.

Em suma, a realização deste estágio foi bastante importante na minha formação, permitindo a integração quase total nas áreas de atuação do meu interesse. Foi-me dada a oportunidade de participar nas reuniões, nas discussões de casos, na consultas e nas cirurgias, como se fosse um “residente” da casa, num ambiente fraternal.» ■

## Transplantação renal e litíase urinária no III Módulo da Academia de Urologia

De 29 a 31 de maio, a Academia de Urologia volta ao Hotel Sana Silver Coast, nas Caldas da Rainha, para o III Módulo, que incide, num primeiro momento, sobre o papel do urologista e as principais orientações e desafios no âmbito da transplantação renal. Igual destaque será dado à etiologia, à fisiopatologia e ao diagnóstico da litíase urinária, bem como às estratégias terapêuticas, ao nível da endourologia e das cirurgias percutânea, aberta e laparoscópica.

Ana Rita Lúcio



O III Módulo da Academia de Urologia pretende replicar «o sucesso alcançado pelas edições anteriores» junto dos internos da especialidade. Assim o garantem Pedro Nunes e Garção Nunes, respetivamente secretário-geral e vice-presidente da Associação Portuguesa de Urologia (APU) e coordenadores deste módulo.

Desta feita, a formação compreende dois pontos fundamentais: transplantação renal e litíase urinária. Quanto ao primeiro, Pedro Nunes salienta que «a transplantação renal é um tema importantíssimo para a Urologia moderna». Apesar de se tratar de uma área disputada por outros especialistas, nomeadamente cirurgiões vasculares e cirurgiões gerais, «há centros onde a transplantação renal é realizada, na íntegra, por urologistas», reconhece. E acrescenta: «É nossa opinião que o urologista é o profissional

médico mais capaz de assumir integralmente a vertente cirúrgica do transplante renal.»

Visando mobilizar os internos e prepará-los «para assumir esse desafio», o programa inicia-se com uma revisão histórica da transplantação renal em Portugal e no estrangeiro. No que toca ao transplante de dador cadáver, o nosso País «está na linha da frente em termos mundiais», assegura o também urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. «Ao nível do transplante de dador vivo, estamos um pouco mais atrás», admite. Daí a relevância de «proporcionar conhecimentos sólidos» aos internos, para que eles possam «vir a promover este tipo de doação» no futuro.

Em foco vão estar igualmente a imunobiologia do transplante e as noções básicas de imunossupressão para evitar a rejeição do órgão. Não menos importante é transmitir aos formandos princípios básicos de colheita e preservação de órgãos. «Abordaremos a forma mais correta de preservar os órgãos: no frio e com máquinas de perfusão pulsátil», adianta Pedro Nunes. A preparação do recetor «do ponto de vista urológico» também não será esquecida, principalmente em casos de patologia do aparelho urinário baixo. De resto, a componente cirúrgica propriamente dita vai recorrer também à apresentação de casos práticos em formato vídeo.

### Estudo e terapêutica da litíase urinária

O intuito de proceder «a uma revisão e formação intensas sobre os principais temas da Urologia» prossegue, segundo Garção Nunes, com a atenção dada à litíase urinária. Em cima da mesa vão

estar «as ciências básicas envolvidas no estudo da litíase», assim como «a terapêutica cirúrgica, quer seja endourológica, percutânea ou aberta e laparoscópica». «O objetivo é contribuir para a revisão das *guidelines* já existentes para tratamento de cada caso específico», sustenta este coordenador.

Nesse sentido, este urologista refere que «a indicação da técnica cirúrgica depende da localização e dimensão dos cálculos, pelo que é necessário esclarecer esta situação na investigação inicial». Isto por forma a aferir «a melhor técnica de tratamento para cada caso e definir quais as alternativas adequadas», advoga.

De acordo com Garção Nunes, esta parte do III Módulo da Academia de Urologia divide-se em cinco grandes grupos: «etiologia e fisiopatologia da litíase; técnicas de imagiologia necessárias para o diagnóstico; fontes de energia em endourologia e terapêutica endourológica; componente cirúrgica e casos particulares de litíase menos frequentes, como a litíase nas grávidas e nas crianças ou o rim em ferradura». ■



Pedro Nunes



Garção Nunes

### NÚMERO

**50** participantes é o limite máximo de inscrições permitidas nesta formação, sendo dada prioridade aos internos de Urologia. No final do módulo, como habitualmente, será realizada uma avaliação dos conhecimentos adquiridos, que, mais uma vez, «sublinha a seriedade com que a APU encara a realização da Academia de Urologia», frisa Pedro Nunes.

ALBERTO MATOS FERREIRA **Membro fundador do EBU**

## «Fico muito orgulhoso ao ver a Urologia portuguesa destacar-se pelas melhores razões»

O European Board of Urology (EBU) teve um importante cunho português na sua criação, em 1986. Alberto Matos Ferreira foi um dos seus fundadores e, em entrevista, mostra-se satisfeito com as elevadas classificações que os portugueses costumam alcançar no exame do EBU. Mas, como «nem tudo são rosas», o urologista recorda tanto os momentos «doces» da sua carreira, como os que lhe deixaram um «amargo de boca», como o facto de o Sistema de Créditos que criou não ter sido, até à data, implementado em Portugal.

**Marisa Teixeira**



### Que motivos levaram à criação do EBU?

A Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) foi criada em 1958 por delegados das organizações profissionais representantes dos médicos especialistas dos países-membros da então Comunidade Económica Europeia (CEE). A UEMS era composta por secções de cada uma das especialidades médicas, mas tinha muita burocracia, pelo que se instalou a necessidade de existir um organismo que impulsionasse a vertente mais prática. Assim, em 1985, numa reunião da Secção de Urologia da UEMS [criada cinco anos antes], em Paris, embora ainda estivesse como observador [Portugal só entrou para a CEE em 1986], convidei os vários delegados para um novo encontro, no ano seguinte, em Lisboa. A UroCEE, nome com que denominei essa reunião, foi importantíssima, pois contou com a presença de vários urologistas de renome internacional. Foi aí que surgiu a ideia de criar este *Board*, o que levou John Blandy, um dos convidados, a afirmar que «o espírito do EBU nasceu em Lisboa».

### Além de o EBU ter nascido em Lisboa, que outros contributos deu Portugal para o seu desenvolvimento?

Desde o design do diploma e do logótipo do EBU, que foi criado pelo português Daciano da Costa, ao envolvimento na preparação dos exames, foram vários os contributos. Depois de decidirmos que o exame do EBU só poderia ser efetuado por especialistas, eu e outros elementos do *Board* fomos aos EUA para nos familiarizarmos com a metodologia dos testes de escolha múltipla e assistirmos a exames do American Board of Urology. Já em 1991, todos os delegados passaram três dias na cave de um hotel em Palermo, Itália, a traduzir as 150 questões do exame escrito para as nove línguas dos países da CEE, na altura. Não foi uma tarefa fácil, mas valeu a pena.

### Que memórias guarda dessa época?

Foram tempos entusiasmantes, em que o espírito de equipa foi essencial. Nasceu uma amizade imensa entre todos os envolvidos, que perdurou para sempre, até porque eramos poucos.

Agora são muitos mais. Todos nos dedicámos bastante ao trabalho, para que tudo corresse de feição.

### O primeiro exame escrito realizou-se em 1992, no Congresso da Associação Europeia de Urologia, em Génova. Quais foram as reações dos especialistas?

Nesse ano, decidiu-se que o título de *fellow* do EBU seria atribuído apenas com recurso ao exame escrito, até porque seria mais fácil persuadir os especialistas a fazê-lo. Aliás, elaborei uma carta para os convencer a participar e foi um sucesso: 253 urologistas responderam à chamada. Mais tarde, passaram a efetuar-se também os exames orais, que consistem na resolução de casos clínicos. É fornecido ao candidato o resumo dos mesmos e este questiona o júri – como se do doente se tratasse – sobre a história clínica, os exames complementares e o que for necessário para fazer o diagnóstico e propor a terapêutica. É de salientar que os portugueses sempre foram dos mais bem classificados no exame do EBU.

### Na sua opinião, o que justifica o facto de os urologistas portugueses obterem sempre excelentes resultados no exame do EBU?

A preparação dos médicos portugueses sempre foi muito boa. Atualmente, ainda é exigente, embora menos. Há uma certa desorganização nos hospitais, todavia, os jovens que entram para Medicina são muito bem formados, intelectualmente muito bons e têm sempre prestações formidáveis. Outra questão pertinente prende-se com o facto de, em Portugal, os internos terem mais possibilidade de operar, portanto, têm mais prática do que jovens de outros países europeus. Fico muito orgulhoso ao ver a Urologia portuguesa destacar-se pelas melhores razões.

### Presidiu o EBU durante um ano, entre 1995 e 1996. Que marcos destaca do seu mandato?

A duração do mandato foi algo que sugeri alterar. Na minha opinião, um ano era pouco para avançar com algum projeto, portanto, sugeri que, daí em diante, passasse a ser um biénio. Os restantes membros concordaram com esta proposta e é algo que se mantém até agora. Além disso, esforcei-me para conseguir alcançar apoios importantes, numa altura em que o EBU se deparava com algumas dificuldades financeiras. Entretanto, comecei a delinear o Sistema de Créditos, que implementei dois anos mais tarde e que considero particularmente importante.

### No que consiste o Sistema de Créditos do EBU?

O Sistema de Créditos da Educação Médica Contínua e Desenvolvimento Profissional Contínuo do EBU é voluntário e foi criado com o objetivo de incentivar os urologistas a participarem em ações que contribuam para a sua formação, divididas em cinco categorias distintas: 1) atividades da EAU [European Association of Urology]; 2) atividades nacionais e internacionais não organizadas pela EAU; 3) ensino/trabalho para progressão na carreira; 4) artigos, comunicações científicas, participação em debates, conferências, moderação de sessões científicas e entrevistas; 5) projetos de investigação, organização de reuniões científicas, participação em conselhos e atividades culturais. O médico recebe créditos por cada ação formativa em que se envolva, número que depende de cada situação e, ao fim de cinco anos, recomenda-se que tenha atingido 200 créditos, embora seja um número que vai variando. Este sistema assegura padrões uniformes na qualidade formativa dos especialistas dos vários países europeus, e não só, mas, infelizmente, não está a ser aplicado em Portugal.

## CARREIRA DE DESTAQUE NACIONAL E INTERNACIONAL

**Alberto Matos Ferreira nasceu a 14 de outubro de 1935, em Lisboa. Licenciou-se pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa em 1959, obtendo a média final de 18 valores e defendeu uma tese denominada «Aortografia e Hipertensão Reno-Vascular», também classificada com 18 valores. Entre as inúmeras funções que exerceu a nível nacional, salienta-se o facto de ter sido chefe de serviço de Urologia nos Hospitais Cívicos de Lisboa e, em 1973, foi nomeado diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de Curry Cabral, cargo que ocupou até 2005, ano em que se aposentou.**

**Entretanto, entre 1985 e 1988, presidiu, em simultâneo, a Associação Portuguesa de Urologia e o Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos. No âmbito internacional, Matos Ferreira foi presidente do European Board of Urology (EBU), em 1995-1996. Já em 2002, foi distinguido como Membro Honorário deste Board. O urologista foi também representante de Portugal na Secção de Urologia da Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS), e membro e depois consultor do Executive Board da European School of Urology (ESU). Dois anos depois, tornou-se membro do corpo docente da ESU.**

### O que explica o facto de Portugal ainda não ter aderido a este Sistema de Créditos?

Todo o sistema funciona em articulação com as associações e não pretende substituir-se a elas, portanto, o EBU surge como o organismo harmonizador na União Europeia. Por cá, tenho falado, ao longo dos anos, com os sucessivos bastonários da Ordem dos Médicos sobre o assunto, que se mostram entusiasmados inicialmente, mas acabam por não seguir em frente com o projeto. Honestamente, não sei porquê, pois é essencial, especialmente nos tempos que correm. Os médicos estão «isolados», a transmissão da experiência entre as diferentes gerações está a perder-se pela deterioração da vida hospitalar e pela falta de tempo. Lamento profundamente que um programa aceite oficialmente pela maioria dos países europeus não o seja pelo país do seu fundador. Confesso que não entendo, até porque já está generalizado na União Europeia, inclusive em outras especialidades.

### Como perspetiva o futuro da Urologia, tanto no âmbito nacional quanto internacional?

O progresso da Medicina no mundo tem sido espantoso. E a Urologia de hoje em dia não tem nada a ver com a que eu exerci. Há cada vez mais máquinas e a tecnologia é muito útil, mas o contacto clínico é menor. Há que estar alerta, pois isso pode levar a diagnósticos somente baseados em exames e, muitas vezes, existem situações que se resolvem ao conversar mais aprofundadamente com os doentes. Já resolvi imensos casos clínicos – para os quais se fizeram anteriormente múltiplas técnicas de diagnóstico complexas e dispendiosas – apenas a questionar o doente. Muitos médicos nem sequer falam com os doentes, mas deveriam fazê-lo. ■

**NOTA:** no website da Associação Portuguesa de Urologia ([www.apurologia.pt](http://www.apurologia.pt)), pode consultar um texto da autoria de Alberto Matos Ferreira que apresenta mais informação sobre o European Board of Urology.



Alberto Matos Ferreira (à frente, ao centro), entre os delegados do EBU que reuniram em Eindhoven, Holanda, no ano de 1989

# Confidências de um aquarófilo



Reconhecido pela sua dedicação à urodinâmica, hoje em dia, são os fluxos de dois aquários que absorvem os tempos livres de Victor Hugo Vaz Santos, diretor clínico da PelviClinic, em Lisboa, e ex-diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José. Vidrado na aquariofilia há quase duas décadas, este urologista fez da casa e do consultório o habitat de dezenas de peixes, corais, anêmonas e algas.

Ana Rita Lúcio

Para a história ficou quem pregasse aos peixes. Ávido leitor, capaz de tragar obras inteiras de um só fôlego, Victor Hugo Vaz Santos não vai tão longe quanto o Padre António Vieira. Mas garante-nos, de sorriso aberto e alegria pronta, que os peixes «falam» com ele. «Vejam lá que até têm telefone e me ligam», brinca, empunhando o *smartphone* em cujo ecrã se lê uma SMS enviada «pelo aquário lá de casa». Vo-gando pelas ondas eletromagnéticas, o recado é fruto não de um milagre natural, mas de um «prodígio» tecnológico. Afinal, este sofisticado reser-vatório artificial não só alberga as mais variadas espécies marinhas, com tem incorporado «um sistema que identifica as condições da água e as envia para um número de telemóvel previamente definido», explica o urologista.

Aquariófilo declarado, o conteúdo da mensa-gem não guarda segredos para Vaz Santos. «A

temperatura está a 25° C, o pH a 8.84 e o po-tencial de redução ou *redox* a 242 microvolts», informa-nos, concluindo que «tudo se encontra em perfeitas condições». Num ecossistema tão frágil, porém, o equilíbrio pode ser ameaçado em escassos segundos e o mais ínfimo detalhe basta para que dezenas de vidas possam estar em risco. No dia anterior à visita do *Urologia Actual*, por exemplo, o telemóvel deste especialista to-cou, mas o *bip bip* não foi sinal de boas novas. «Uma das quatro bombas que fazem o *turn-over* da água avariou e foi o suficiente para fazer variar ligeiramente o pH», conta. «Felizmente», não houve danos nem vítimas a registar. Ainda assim, fica o aviso à «navegação»: «há que não descurar a vigilância».

Aos 67 anos, com uma carreira médica que ul-trapassa os 40, o ex-diretor do Serviço de Urolo-gia do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hos-

pital de São José (CHLC/HSJ) sabe bem o que é necessário para zelar pela saúde dos seus doen-tes. Já para assegurar o bem-estar dos peixes, corais, anêmonas, algas, ouriços e estrelas-do-mar que povoam os seus dois aquários – um em casa, com 1 200 litros, outro, «mais rudimentar», no consultório, com 600 litros – Vaz Santos não dispensa a «preciosa ajuda» de outro especialis-ta. «Conto com a colaboração de um biólogo que vigia os aquários e todos os seres vivos que lá se encontram, fazendo também a respetiva limpeza e manutenção, uma ou duas vezes por mês.» A este biólogo cabe ainda o papel de conselheiro.

## Fascínio pelo Oceanário de Lisboa

Embora subaquática, a paixão na qual Victor Hugo Vaz Santos mergulhou há qua-se 20 anos exige que se mantenha com os

pés bem assentes na terra. «Enamorar-se» de determinado espécime não é sinónimo de poder adquiri-lo. «Aprendi que a maioria destes peixes são muito territoriais, pelo que é preciso averiguar primeiro se eles podem conviver», lembra. Se a resposta for afirmativa, mesmo assim, há que planejar a chegada de novos elementos ao habitat. Aqui, o plural é importante: «Não se deve introduzir um só, porque corre o risco de ser atacado; o ideal é introduzir um cardume de pelo menos três ou quatro peixes.»

Por mais «doce» que seja a relação entre os habitantes de cada um dos aquários, a água conserva o sal que «tempera» a vida dentro de quatro espessos vidros. Não é por acaso. «Escolhi ter peixes de água salgada porque, habitualmente, têm maior resistência. Se as condições bioquímicas forem ótimas, duram muito mais tempo do que os de água doce», assegura este aquarífilo. E para compensar as «ligeiríssimas» perdas de salinidade, que se devem ao fenómeno de evaporação, tem sempre à mão um balde de sal, vindo do Mar Morto, tal como a areia que reveste o fundo destes «pequenos mares».

Outras «marés» trouxeram as espécies que dividem o apartamento com Vaz Santos. «Em princípio, deveriam ser todas do mesmo oceano», contudo, esta é a exceção que confirma a regra. «Tenho aqui alguns peixes originários da Grande Barreira de Coral, no Pacífico, e outros do Atlântico», partilha o urologista. Mas, por falar em origens, as deste «gosto tardio», nascido por volta dos 50 anos do nosso protagonista, vão desaguar ali bem perto. Remando contra o «problema de orientação determinista» que o levou a não se sentir «muito ocupado interiormente» com a car-

reira e a cultura médicas em geral, e com a Urologia em particular, Vaz Santos procurou «expandir horizontes» e acabou a «pescar» novos interesses no Oceanário de Lisboa, que se edificou ao pé de sua casa, na zona da antiga EXPO'98.

«O meu fascínio pelo Oceanário despertou quando ainda estava em construção e, assim que foi inaugurado, passei a ser visita assídua. Ainda hoje lá vou, embora não com tanta regularidade», admite. Seguindo à risca o lema da última exposição mundial do século XX – «Os oceanos, um património para o futuro» –, este entusiasta da aquarífilia adotou nessa altura a vontade de transportar um pouco da vida marinha para dentro do seu lar. O projeto ergueu-se das águas, para ocupar um lugar de destaque bem no centro do seu apartamento, «no espaço que corresponderia ao de uma casa de banho social». E a «quimera» inicial que o fazia imaginar «um vidro enorme, com um peixe enorme lá dentro», depressa evoluiu para «o sonho possível» de arquitetar um aquário com quase duas toneladas.

### Um cirurgião entre os cirurgiões

Nem mesmo quando o sonho se vestiu de pesadelo Vaz Santos baixou os braços. Estava esse primeiro tanque «numa fase de plantação, já completamente cheio, embora ainda sem peixes» e, numa fração de segundo, tudo ameaçou vir literalmente «por água abaixo». Numa noite tranquila, um «barulho impensável» fazia adivinhar o pior – «o aquário estava mal fabricado, as juntas cederam e toda a água saiu». As vagas que, em catadupas, desceram as escadas do prédio saldaram-se «numa fatura de euros pouco simpática», em alguns problemas com os vizinhos, mas, acima de tudo, numa certeza: era preciso não abandonar o desejo de construir «um aquário melhor».

Este anseio, entretanto, multiplicou-se. A somar ao maior, «mais sofisticado» e estilizado aquário doméstico, o diretor clínico da PelviClinic colocou outro que pode ser apreciado pelos doentes do seu consultório. Não há dúvidas, no entanto, de que é «pelo lá de casa» e pelos 16 pei-

xes que nele coabitam que seus olhos marejam. Seja a mostrar-nos, *in loco*, os encantos deste habitat recriado, seja a exhibir, orgulhoso, o rol de fotografias de vida selvagem submarina que se acotovelam no seu *smartphone*, Vaz Santos não esconde o deslumbramento pelo estudo da Biologia marinha.

Refletindo o fulgor das luzes que entretanto se acenderam – «o que se pretende é que a luz varie ao longo do dia, como acontece na Natureza» – o desfile dos cirurgiões-amarelos parece ter um brilho especial para o nosso entrevistado, que «sempre quis ser cirurgião». Por entre cirurgiões-patela, peixes-palhaço e peixes-anjo-de-banda-amarela, entre outras espécies, Vaz Santos preserva a memória «dos dois lindíssimos peixes-dragão que já morreram». E flutua no outro sonho «adiado» de ter um aquário de cavalos-marinhos. Antes que se julgue que é uma «onda solitária», afiança que partilha o *hobby* «com um colega neurocirurgião», a quem até já ofereceu algumas anémonas. Esta não é, afinal, a paixão de um urologista «fora de água». ■

Os cirurgiões-amarelos são assim designados por terem duas lâminas bem afiadas, de cada um dos lados do pedúnculo caudal

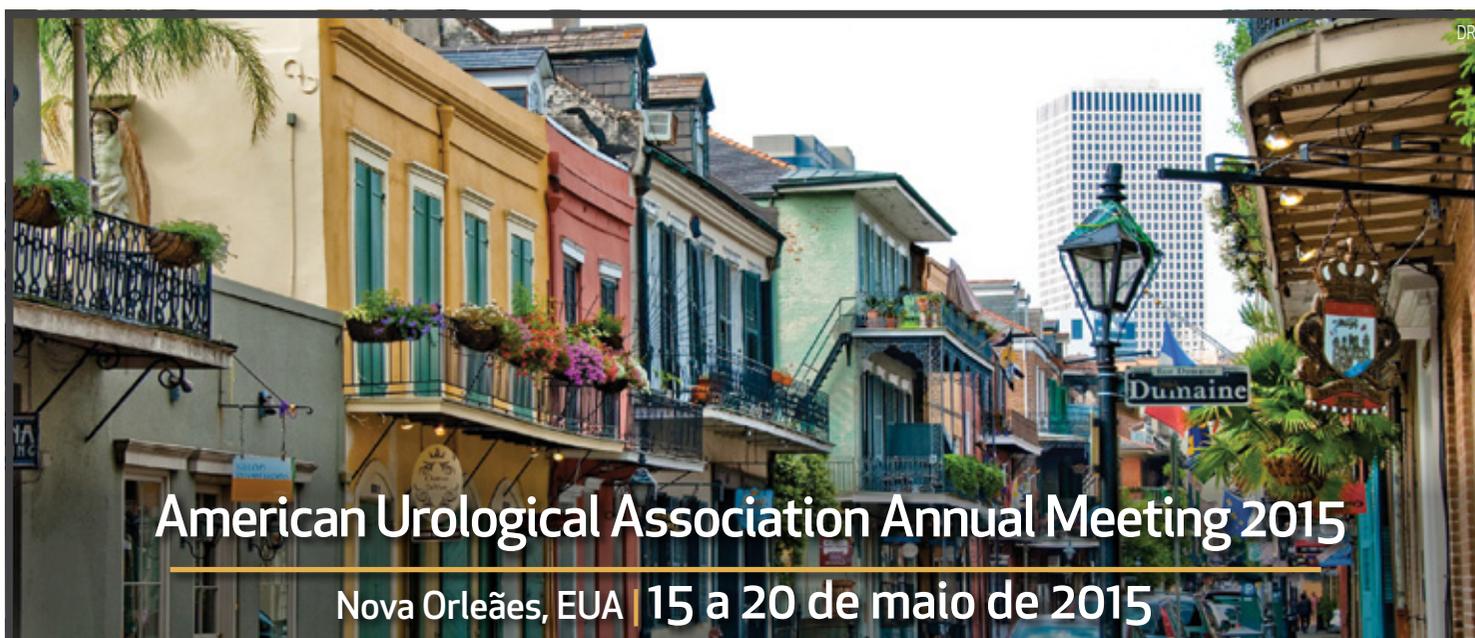
O exemplar embalsamado de um peixe-balão que Victor Hugo Vaz Santos guarda em casa alia duas das suas paixões: a aquarífilia e a taxidermia



## UM HOMEM, MÚLTIPLOS INTERESSES

Urologista formado no atual Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José, do qual foi diretor do Serviço de Urologia entre 2007 e 2014, Victor Hugo Vaz Santos, que se aposentou no ano passado, continua «a não prescindir» da atividade clínica, que exerce na PelviClinic, em Lisboa. Se pudesse voltar atrás, contudo, optaria «por seguir Neurologia». O fascínio pelos desígnios da mente e dos sentidos é o mesmo que o empolga na ópera, reduto «de emoções ao rubro» que lhe preenche boa parte dos dias, mesmo que não se considere melómano. A apetência pelo estudo da História coexiste ainda com o estudo da Biologia, que entretanto saltou da aquarífilia para a taxidermia. «Tanto num caso como no outro, o que me atrai é a oportunidade de estudar o animal», confessa Vaz Santos. Assim, o seu «próximo projeto» passa por juntar ao aquário lá de casa um lobo embalsamado.





# American Urological Association Annual Meeting 2015

Nova Orleães, EUA | 15 a 20 de maio de 2015

DATA	EVENTO	LOCAL	MAIS INFORMAÇÕES
<b>ABRIL</b>			
15 a 18	Annual Meeting of The American Association of Genitourinary Surgeons	São Francisco, EUA	<a href="http://www.aagus.org">www.aagus.org</a>
17 e 18	XX Workshop de Urologia Oncológica	Hotel Tivoli Carvoeiro, Algarve	<a href="http://www.gpgu.org">www.gpgu.org</a>
24 a 26	VI Congresso Nacional de Sexologia Clínica	Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa	<a href="http://www.spssc.pt">www.spssc.pt</a>
<b>MAIO</b>			
15 a 20	American Urological Association Annual Meeting 2015	Nova Orleães, EUA	<a href="http://www.auanet.org">www.auanet.org</a>
20 a 22	10 <sup>th</sup> European Congress on Menopause and Andropause	Madrid, Espanha	<a href="http://www.emas-online.org/home2015">www.emas-online.org/home2015</a>
30 e 31	III Módulo Academia de Urologia	SANA Silver Coast Hotel, Caldas da Rainha	<a href="http://www.academia.apurologia.pt">www.academia.apurologia.pt</a>
29 maio a 2 de junho	American Society of Clinical Oncology (ASCO) Annual Meeting	Chicago, EUA	<a href="http://am.asco.org">am.asco.org</a>
<b>JUNHO</b>			
9 a 13	International Urogynecological Association (IUGA)/40 <sup>th</sup> Annual Meeting	Nice, França	<a href="http://www.iugameeting.org">www.iugameeting.org</a>
10 a 13	LXXX Congreso Nacional de Urología	Salamanca, Espanha	<a href="http://www.aeu.es">www.aeu.es</a>
15	The British Association of Urological Surgeons Annual Meeting	Manchester, Reino Unido	<a href="http://www.baus.org.uk">www.baus.org.uk</a>
21 a 23	Focal Therapy and Imaging in Prostate and Kidney Cancer / 8 <sup>th</sup> International Symposium 2015	Noordwijk, Holanda	<a href="http://www.erasmus.gr/microsites/1044">www.erasmus.gr/microsites/1044</a>
25 e 26	Global Congress on Lower Urinary Tract Dysfunction	Roma, Itália	<a href="http://www.lutd.org">www.lutd.org</a>
28 a 30	5 <sup>th</sup> International Meeting Challenges in Endourology & Functional Urology	Paris, França	<a href="http://www.challenges-endourology.com">www.challenges-endourology.com</a>
<b>AGOSTO</b>			
18 a 21	Prostate Cancer World Congress 2015	Cairns, Austrália	<a href="http://prostatecancercongress.org.au">prostatecancercongress.org.au</a>
<b>SETEMBRO</b>			
3 a 5	EAU Section Of Urolithiasis/3 <sup>rd</sup> Meeting 2015 (EULIS 2015)	Alicante, Espanha	<a href="http://eulis15.uroweb.org">eulis15.uroweb.org</a>
15 a 17	12 <sup>th</sup> Meeting of the EAU Robotic Urology Section	Bilbao, Espanha	<a href="http://erus15.uroweb.org">erus15.uroweb.org</a>
24 a 27	Congresso APU 2015	Hotel Meliã Braga	<a href="http://www.apurologia.pt">www.apurologia.pt</a>

