



«Hoje, o foco está na uro-oncologia e as outras áreas estão um pouco descuradas»

Dirk de Ridder, urologista belga com um percurso dedicado maioritariamente à Urologia funcional, lamenta que, nos últimos anos, a inovação não tenha chegado a esta área ao mesmo ritmo que se verifica, sobretudo, na Urologia oncológica. O diretor do Health Science and Business Institute da Universidade Católica de Leuven aguarda, por isso, com expectativa, o desenvolvimento de fármacos com novos mecanismos de ação para o tratamento da bexiga hiperativa e hipoativa. Relativamente às redes para a cirurgia reconstrutiva do pavimento pélvico, o especialista considera que ainda há espaço para a sua utilização em doentes devidamente selecionados, mas sublinha a mais-valia do desenvolvimento de um modelo de rede mais evoluído

Pág.6

Complicações em Urologia no Simpósio APU 2018

O Simpósio da Associação Portuguesa de Urologia (APU) 2018 decorrerá entre 26 e 28 de outubro, em Albufeira, sob o tema «Complicações em Urologia», sejam elas da litíase, do cancro da próstata, das próteses, intraoperatórias, bem como o tromboembolismo, as infeções no pós-operatório ou os efeitos adversos da terapêutica médica. Também serão discutidos casos de catástrofe, um protocolo proveniente da Cirurgia Geral, que visa a otimização da prevenção e do controlo de complicações cirúrgicas, e questões ligadas à litigância e à jurisprudência, como explica, em entrevista, o presidente da APU, Luís Abranches Monteiro **Pág. 10**

04

ATUALIDADES

Arnaldo Figueiredo é o novo presidente do European Board of Urology, que conta com nove novos *fellows* portugueses



05

APU representada em reunião de associações nacionais de Urologia na Europa



06

DISCURSO DIRETO

O especialista belga Dirk de Ridder analisa a atualidade na área da Urologia funcional



08

MEDICINA FAMILIAR

Algoritmo sobre hipogonadismo elaborado por Nuno Louro



10

Luís Abranches Monteiro faz a antevisão do Simpósio APU 2018



12

Balanço da Reunião «Urologia ao Centro – a Medicina Geral e Familiar no centro dos cuidados de saúde»



14

Highlights do XVI Congresso da SPA/XIII Reunião Ibérica de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução/ESAU Meeting



16

UROEVENTOS

Centro de Formação Pós-graduada em Urologia da FMUL organizou curso de urodinâmica



17

Participação portuguesa no Congresso da American Urological Association



18

CUF Descobertas organizou curso dedicado ao *laser holmium*



20

ECOS DO COLÉGIO

Aníbal Coutinho reflete sobre os tempos médios de consulta



22

ESPAÇO JOVEM

Relatos dos estágios de Maria José Freire e João Ferreira Cabral nos EUA e na Alemanha



24

ANALEPSE

José Luís Carneiro de Moura recorda a sua carreira quase inteiramente dedicada ao Hospital de Santa Maria



26

VIVÊNCIAS

As escolhas musicais de Paulo Temido, urologista conhecedor de *pop/rock*, sobretudo português



Corpos Gerentes da APU para o biénio 2017-2019

ASSEMBLEIA-GERAL

Presidente: Arnaldo Figueiredo
Vogal: Francisco Carrasquinho Gomes
Vogal: Eduardo Cardoso de Oliveira
Suplente: José 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

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

EsferaDasIdeiasLda

Direção: Madalena Barbosa
 (mbarbosa@esferadasideias.pt)

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

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

Textos: Luís Garcia, Rui Alexandre Coelho e Sandra Diogo

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

Design e paginação: Susana Vale

Depósito Legal: N.º 338826/12

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

CORREÇÃO:

No algoritmo da autoria de Ricardo Dias Cruz, publicado na edição n.º 33 do *Urologia Actual* (pág. 10), de dezembro de 2017, foi erradamente referido que «Um incidentaloma da glândula suprarrenal **superior** ou igual a 4 cm de diâmetro, com características imagiológicas sugestivas de benignidade e metabolicamente inativo pode ser vigiado, devido ao seu baixo potencial maligno», quando deveria constar «**menor** ou igual a 4 cm». O erro, ao qual o autor é alheio e que a equipa do *Urologia Actual* assume, está corrigido na versão *online* do jornal, disponível em www.apurologia.pt/jornal/APU_33.pdf.

Pensar no futuro da Urologia em Portugal

Os meios de comunicação social têm noticiado, frequentemente, a falta de pessoal no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Em simultâneo, ouvimos reportar o número impressionante de médicos que não conseguem entrar para uma especialidade e que tentam procurar uma carreira no estrangeiro. Os números oficiais não enganam: em 2016, exerciam em Portugal mais de 50 000 médicos, tendo o nosso país o quinto maior rácio de médico por habitante da Europa e o décimo do Mundo (dados Pordata e Organização Mundial da Saúde). O mesmo se passa com o pessoal de enfermagem e auxiliares de ação médica: embora tenhamos o terceiro maior rácio por habitante da Europa, é inequívoca a falta destes profissionais no SNS.

Muitos gestores e comentadores explicam, com leviandade, que estes números são falsos, uma vez que a Ordem dos Médicos não dá baixa atempadamente de médicos que emigraram, se reformaram ou faleceram. Embora, de facto, seja impossível saber quantos médicos trabalham na clínica privada, até porque alguns poderão ter apenas uma atividade residual, não podemos esquecer que, nos últimos 10 anos, foram formados em Portugal cerca de 18 000 médicos. Considerando o saldo nulo entre os que emigram e os que imigram ou voltam após o curso no estrangeiro, é fácil estimar que o número oficial não andarão longe da realidade.

Situação diferente é a do número de médicos empregados no SNS: em 2017, sabemos que eram

27 140, dos quais 8 893 eram internos. Número que tem aumentado apenas marginalmente nos últimos anos, apesar da quantidade de médicos formados. Estes dados sugerem uma baixa taxa de fixação dos médicos no SNS após o internato complementar. Os decisores políticos deviam questionar-se porque é que os recém-especialistas se interessam cada vez menos pelo serviço público, em vez de formar mais médicos – o que, como se vê, não resolve o problema da falta de médicos no SNS.

Associada a esta questão, está a da qualidade da formação. Este problema não se coloca só durante o curso, mas também nos internatos e, após a especialidade, ao longo de toda a vida do médico. Na minha opinião, os defeitos de formação que possam existir durante o curso são habitualmente mitigados durante o internato complementar que, de uma forma geral, é bem organizado, estruturado e avaliado. No entanto, um número exagerado de médicos numa especialidade cirúrgica obriga a uma diminuição do número de casos por cirurgião, o que, como está bem documentado, diminui a qualidade dos resultados, sobretudo nos procedimentos mais complexos.

Penso que este é um tema que deve ser pensado pela comunidade urológica portuguesa, uma vez que estamos a assistir, na Europa e nos EUA, a uma distinção entre dois tipos de urologista: um com experiência em procedimentos urológicos mais complexos, sobretudo oncológicos, que recebe



doentes referenciados por outros urologistas; e outro com experiência em Urologia geral, que trata sobretudo litíase, sintomas do trato urinário inferior (LUTS) e patologia peno-escrotal. É importante que, como comunidade, pensemos no futuro e que Urologia queremos ter em Portugal.

Miguel Ramos

Vice-presidente da Associação Portuguesa de Urologia

PATROCÍNIOS CIENTÍFICOS CONCEDIDOS RECENTEMENTE PELA APU

2.ªs Jornadas de Urologia e Oncologia do Alentejo

8 e 9 de junho de 2018

Hotel Vila Galé, Évora

Responsável: José Eduardo Cardoso Oliveira

II Jornadas de Urologia de Leiria

14 de setembro de 2018

Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria

Responsável: Ricardo Borges

Curso IPO Porto – Pelvic Tumor Surgery Advanced Course

14 de setembro de 2018

Instituto Português de Oncologia do Porto – Serviço de Oncologia Cirúrgica

Responsável: Joaquim Abreu de Sousa

22.º Congresso Nacional de MGF e 17.º Encontro Nacional de Internos e Jovens Médicos de Família

27 a 30 de setembro de 2018

Centro Cultural e de Congressos

das Caldas da Rainha
Responsável: Rui Nogueira

1.º Simpósio LUTS Masculinos de Causa não Neurogénica

28 e 29 de setembro de 2018

Hospital da Luz Lisboa

Responsáveis: Kris Maes, Bruno Graça, Rui Formoso e Virgílio Vaz

15.ªs Jornadas de Urologia do Norte em Medicina Familiar

15 e 16 de novembro de 2018

Hotel Ipanema Porto

Responsável: Mário Reis

1st Portuguese Symposium on Research and Innovations in Urology

8 de dezembro de 2018

Hospital CUF Infante Santo, em Lisboa

Responsável: Estêvão Lima

2nd Human Cadaveric Advanced Laparoscopic Urology Course

21 a 23 de fevereiro de 2019

Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa

Responsável: Nuno Domingues

Patrocinadores desta edição



Arnaldo Figueiredo no comando do EBU



Acompanhado na foto pelo urologista turco Mete Çek (à esquerda), ex-presidente do EBU (2012-2014), Arnaldo Figueiredo marcou presença, já como presidente em exercício, no exame conjunto do board turco de Urologia com o EBU, em Ancara, nos dias 1 e 2 de junho passado



PORTUGUESES NO EBU ORAL EXAMINATION 2018 (esq. para a dta.): Luís Abranches Monteiro (examinador), Belmiro Parada (examinador), João Pina (novo fellow), Celso Marialva (novo fellow), Maria José Freire (nova fellow), Viviana Azevedo (nova fellow), Pedro Nunes (examinador), Vera Marques (nova fellow), Diogo Gil (novo fellow), João Dores (novo fellow), Daniel Costa (novo fellow), Paulo Mota (novo fellow), Luís Campos Pinheiro (examinador) e João Varregoso (examinador)

Na sequência de uma longa ligação ao European Board of Urology (EBU), no passado mês de maio, Arnaldo Figueiredo assumiu a presidência desta instituição promotora das boas práticas urológicas, para um mandato de dois anos. Segundo o diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, a atribuição do título de *fellow* é a função «com mais expressão perante a comunidade urológica europeia» do EBU, que é uma secção da Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS). Outras atribuições da instituição passam pela «acreditação de eventos formativos, em parceria com o sistema de acreditação da UEMS, bem como a certificação de centros de treino para internos e a certificação de subespecialidades, em parceria com a European Association of Urology».

Enquanto presidente, Arnaldo Figueiredo assume que a sua «primeira bandeira» passa pela intenção de desenvolver uma competência em Uro-oncologia na esfera do EBU, que ateste a competência dos urologistas na prescrição de fármacos oncológicos, sendo essa «aptidão reconhecida por uma entidade idónea e ligada à UEMS», como o próprio EBU. «A Oncologia ocupa um peso enorme na prática urológica, e, nos últimos anos, têm surgido fármacos para tumores metastizados da próstata, rim e bexiga, o que

está a desbravar um novo campo de ação que poderá ser exercido pelos urologistas», defende o especialista.

Novos fellows portugueses

Tiveram sucesso os nove candidatos da Urologia portuguesa que se candidataram às recentes provas de titulação para *fellow* do EBU, juntamente com 271 colegas de outros países. O título foi-lhes garantido após o exame oral internacional realizado em Varsóvia, na Polónia, a 2 de junho passado, que contou também com o contributo de cinco examinadores nacionais. «Habitualmente, os urologistas e internos de Urologia portugueses têm excelentes classificações nestes exames europeus, ao nível das melhores médias, o que dá conta do seu elevado nível de preparação e da boa organização do internato em Portugal», comenta Arnaldo Figueiredo.

O novo presidente do EBU frisa que, dentro da UEMS, a secção que agora dirige é «das mais ativas, com mais *fellows* e com uma estrutura de exames mais bem estruturada». Também por isso, faz questão de deixar «um testemunho de homenagem ao Prof. Alberto Matos Ferreira, um dos fundadores do EBU e a quem esta entidade muito deve».

Paulo Temido é o novo representante da SINUG em Portugal



Urologista Paulo Temido, que exerce no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), aceitou o convite para representar a Sociedad Iberoamericana de Neurourología y Uroginecología (SINUG) em Portugal, substituindo nessa função Francisco Cruz, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de São João, no Porto, e vice-presidente daquela Sociedade. A cortesia foi endereçada a Paulo Temido pelo novo presidente da SINUG, Salvador Arlandis, na sequência da eleição, em finais de 2017, do urologista de Coimbra como presidente da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (APNUG).

«Serei um elemento facilitador da relação entre Portugal e a SINUG, nomeadamente para dinamizar, do ponto de vista funcional ou social, eventos que sejam considerados de interesse comum», explica Paulo Temido. Outra das funções associadas a este cargo será um trabalho de «suporte científico» em eventos desta sociedade ibero-americana, que integra médicos, enfermeiros, psicólogos e outros profissionais de saúde oriundos da América Latina, Espanha e Portugal. A primeira atividade pública das novas funções de Paulo Temido vai ocorrer no próximo Congresso da SINUG, entre 15 e 17 de novembro de 2018, em Sevilha, no qual irá proferir uma conferência na qualidade de presidente da APNUG.

Sociedades europeias discutiram educação em Urologia

Entre 15 e 16 de junho, representantes das sociedades urológicas dos diversos países da Europa estiveram reunidos em Noordwijk, na Holanda, para discutir os desafios que a especialidade enfrenta em cada país e de que modo a European Association of Urology (EAU) pode contribuir para a sua resolução. «Esta iniciativa, que decorre anualmente há vários anos, pretende ser um ponto de encontro e de debate no sentido de tentar identificar, em cada comunidade, as ameaças, sejam elas laborais, científicas ou outras, àquilo que os membros participantes entendem que deve ser a Urologia europeia, mas também o que cada um considera ser a obrigação da EAU face aos vários países e, principalmente, a sua colaboração com cada uma das sociedades locais», explica Luís Abranches Monteiro, presidente da APU.

Para o representante português, ainda que cada nação tenha as suas especificidades, resultantes do sistema político e financeiro, os problemas não diferem muito de país para país. Este ano, o grande enfoque foi a educação dos novos urologistas e os meios que a EAU deve disponibilizar junto das



associações nacionais para a realização de cursos para internos e recém-especialistas no âmbito da European School of Urology.

«Chegámos à conclusão de que a estratégia formativa deve passar por um maior número de iniciativas certificadas, de modo a que os jovens urologistas façam a sua formação de maneira cada vez mais unificadora – e isto não só em termos cirúrgicos, mas também das terapêuticas médicas

das patologias urológicas, cuja necessidade de ensino é crescente, dadas as grandes modificações que têm sofrido de ano para ano», sintetiza o presidente da APU. No mesmo contexto de formação, discutiu-se ainda o facto de a educação não se esgotar no ensino dos profissionais, mas também na realização de textos formativos para as populações, «uma iniciativa fortemente sustentada pela EAU», conclui.



DIRK DE RIDDER

«A seleção dos doentes e a experiência do cirurgião são essenciais para o sucesso da cirurgia com rede»



Entrevistado à margem do Congresso da European Association of Urology (EAU) 2018, que decorreu em Copenhaga, entre 16 e 20 de março, Dirk de Ridder, diretor do Health Science and Business Institute da Universidade Católica de Leuven, na Bélgica, e urologista no Hospital Universitário da mesma instituição, defende que os *slings* e as redes continuam a ter o seu papel no tratamento da incontinência urinária de esforço e do prolapso, ainda que seja urgente rever os conceitos de seleção dos doentes. Figura reconhecida internacionalmente na área da Urologia funcional, o especialista aguarda com expectativa o desenvolvimento de novos fármacos com um mecanismo de ação diferente do que já existe para o tratamento da bexiga hiperativa e hipoativa.

Lúis Garcia e Sandra Diogo

A seu ver, quais os grandes avanços que marcaram a Urologia funcional?

Comecei a trabalhar nesta área em 1995. Nessa altura, a neuroestimulação sagrada surgiu no mercado europeu e isso constituiu um grande marco porque, de repente, começámos a poder tratar pessoas com bexiga hiperativa que não reagiam à oxibutinina, o único medicamento existente. Passámos também a conseguir tratar pessoas com retenção urinária não obstrutiva. Foi fabuloso. Quando comecei a realizar este procedimento, vi-nham pessoas assistir para ver como realizávamos a intervenção. Poucos anos depois, tornou-se um tratamento *standard*. Em 1998, o surgimento do primeiro *sling*, o TVT [*tension free vaginal tape*], veio ajudar outro grupo de pessoas com incontinência urinária de esforço, até então tratadas com técnicas mais invasivas. O terceiro marco é o surgimento de anticolinérgicos mais eficazes, como a solifenacina. Mais tarde, começaram os primeiros ensaios clínicos com os agonistas dos recetores beta-3 adrenérgicos, nomeadamente o mirabegrom. Foi também nesse ano que surgiu a toxina botulínica, ou seja, num intervalo de quatro ou cinco anos, surgiram inúmeras opções terapêuticas. Neste momento, não há qualquer novidade entusiasmante no que diz respeito ao tratamento da Urologia funcional, mas esperamos que algo novo surja. Todo o foco está na uro-oncologia e as outras áreas estão um pouco descuradas. Estamos a prestar pouca atenção a um grande número de doentes crónicos.

«Não há qualquer novidade entusiasmante no tratamento da Urologia funcional, mas esperamos que algo novo surja. Todo o enfoque está na uro-oncologia e as outras áreas estão um pouco descuradas. Estamos a prestar pouca atenção a um grande número de doentes crónicos»

Quais os principais desafios que a Urologia funcional enfrenta atualmente?

Cheguei à conclusão de que precisamos de voltar à estaca zero. Ainda temos um longo caminho a percorrer no que diz respeito à seleção de doentes com incontinência urinária de esforço e prolapso para aplicação de *slings*. Neste mo-

mento, tendemos a optar pela colocação de *slings* e redes nestas situações e a assumir que todos os doentes melhorarão. No entanto, estão agora a surgir resultados indicando que, mesmo com *slings*, 9 a 10% dos doentes voltarão a ter problemas a longo prazo. É neste contexto que estão a aparecer centros especializados em lidar com as complicações destes procedimentos e que estão a tentar desenvolver novos tratamentos para estes doentes. Porém, importa referir que, na maior partes destes casos, a seleção inicial da cirurgia para aquele doente não foi a correta. Há um novo campo que tem de ser explorado nos próximos anos e que diz respeito a uma melhor seleção dos doentes para cada procedimento.

Também parece existir alguma contro- vérsia relativamente ao tratamento da bexiga hiperativa...

Exato. No Congresso da EAU, um dos oradores fez uma revisão de todos os fenótipos de bexiga hiperativa e acabou com uma lista de 11 possíveis etiologias. Mas a verdade é que, neste momento, usamos dois ou três tratamentos para tratar todos os doentes. E o sucesso é limitado porque só conseguimos uma *compliance* de cerca de 40% após dois anos, o que significa que 60% dos doentes interromperam o tratamento por ineficácia do mesmo ou devido aos efeitos secundários. Sempre ignorámos estes casos porque só prestávamos atenção aos respondedores ao tratamento. Neste Congresso, as pessoas começaram a ficar alerta para esta situação e para a necessidade de não colocar os doentes todos no mesmo saco. Temos de regressar à ciência básica e à ciência clínica para tentar selecionar melhor os doentes.

Quando falou da baixa *compliance* estava a referir-se às terapêuticas orais?

Sim, mas também à toxina botulínica. Ao fim de algum tempo, os doentes cansam-se de fazer estes tratamentos porque já não têm o mesmo efeito. Gradualmente, estamos a perder cada vez mais doentes e negligenciamos-los, porque não sabemos o que lhes aconteceu. Isto tem de ser modificado. Este conjunto de doentes que não respondeu à terapêutica pode constituir outro fenótipo e pode ser interessante explorar essa possibilidade.

Qual é a sua opinião sobre as restrições à utilização de redes na cirurgia recons- trutiva do pavimento pélvico?

Penso que talvez tenhamos reagido de forma exagerada, porque, se olharmos para os dados a longo prazo dos centros que costumavam utilizar redes em larga escala, verificamos que são comparáveis com os da colposacropexia. O problema surgiu porque muitos cirurgiões não estão devidamente treinados e foi-lhes dito que

as redes eram um procedimento mais simples de realizar, o que não é o caso. A seleção dos doentes e a experiência do cirurgião são essenciais nestes casos. Pessoalmente, considero que ainda há espaço para o recurso a redes, mas nos doentes certos e colocadas por médicos especializados.

«A abordagem robótica e laparoscópica dos prolapsos está a tornar-se um tratamento *standard* e teremos de descobrir uma forma de lidar com as situações recorrentes. É preciso ter em conta não só o prolapso, mas também a função»

Que novidades têm surgido na área da Urologia funcional?

No que diz respeito à ciência básica, assistimos ao desenvolvimento de novas abordagens e novas ideias. No entanto, os modelos animais e os seres humanos são bastante diferentes, pelo que é necessário encontrar uma melhor forma de integrar esse tipo de investigação na prática clínica. Por outro lado, temos assistido ao surgimento de cada vez mais resultados de longo prazo sobre o uso da toxina botulínica e outros tratamentos que provam que estas opções terapêuticas já estão bem estabelecidas para a bexiga hiperativa, mas que também demonstram que nem todos os doentes têm acesso a elas, o que obriga a uma discussão ética sobre o acesso aos cuidados de saúde.

Do ponto de vista cirúrgico, um grande grupo de médicos está a adotar técnicas robóticas e laparoscópicas para o tratamento de prolapsos, embora este tipo de técnicas esteja direcionado para os prolapsos vulvovaginais e não para os cistocelos ou retocelos. A grande questão é o que poderemos fazer, sem o recurso a redes, para ajudar as doentes que não viram o seu problema resolvido com a cirurgia. Será interessante ver o que vai acontecer nos próximos anos neste campo, que é emergente. O prolapso é uma doença progressiva e estas doentes estão agora a procurar novamente ajuda, sem que tenhamos uma boa resposta para eles.

O que se pode esperar do futuro?

Se alguém conseguir desenvolver um modelo de rede melhor, podemos reciclar parte do que aprendemos com as redes antigas e este método poderá ter uma segunda oportunidade. A abordagem robótica e laparoscópica dos prolapsos também se está a tornar um tratamento *standard* e teremos de descobrir uma forma de lidar com as situações recorrentes. É preciso ter em conta não só o prolapso, mas também a função. A complexidade da cirurgia do pavimento pélvico está a começar a ser entendida por todos.

Do ponto de vista farmacológico, estamos ansiosos pelo surgimento de um novo mecanismo de ação para o tratamento da bexiga hiperativa e hipoativa. Os medicamentos que temos até agora só funcionam em metade dos casos, a longo prazo, por isso há um enorme vazio que é preciso preencher. Claro que temos ao nosso dispor a toxina botulínica e a neuroestimulação, mas, apesar de pouco invasivos, trata-se de procedimentos cirúrgicos caros, e nem todos os doentes querem ser operados ou submetidos a uma anestesia. ■

MELHORAR A FORMAÇÃO DOS UROLOGISTAS

Como diretor do Health Science and Business Institute da Universidade Católica de Leuven, na Bélgica, e urologista no Hospital Universitário da mesma instituição, Dirk de Ridder divide o seu tempo entre ciência e clínica. «Por um lado, tento acompanhar os estudantes de doutoramento a traduzir problemas clínicos em experiências e a encontrar uma explicação clínica para as descobertas da ciência básica; por outro, sou responsável pelos casos mais complicados de incontinência urinária e prolapsos, nomeadamente dos doentes com esclerose múltipla», explica.

Para o especialista, esta ligação entre ciência e clínica é fundamental para evitar repetir os erros do passado. É também por isso que considera imprescindível a contínua aposta na formação dos jovens urologistas. «A Urologia funcional tem como objetivo *major* a qualidade de vida e, nesse campo, é muito mais difícil avaliar os riscos e os benefícios», alerta. «É necessário um conhecimento sobre como falar com os doentes, como selecioná-los, como lidar com as complicações e como realizar as intervenções», especifica, salientando que, para melhorar o treino dos profissionais que se dedicam a esta área, é preciso identificar centros especializados e «proporcionar oportunidades para que as pessoas possam fazer formações prolongadas nessas instituições».

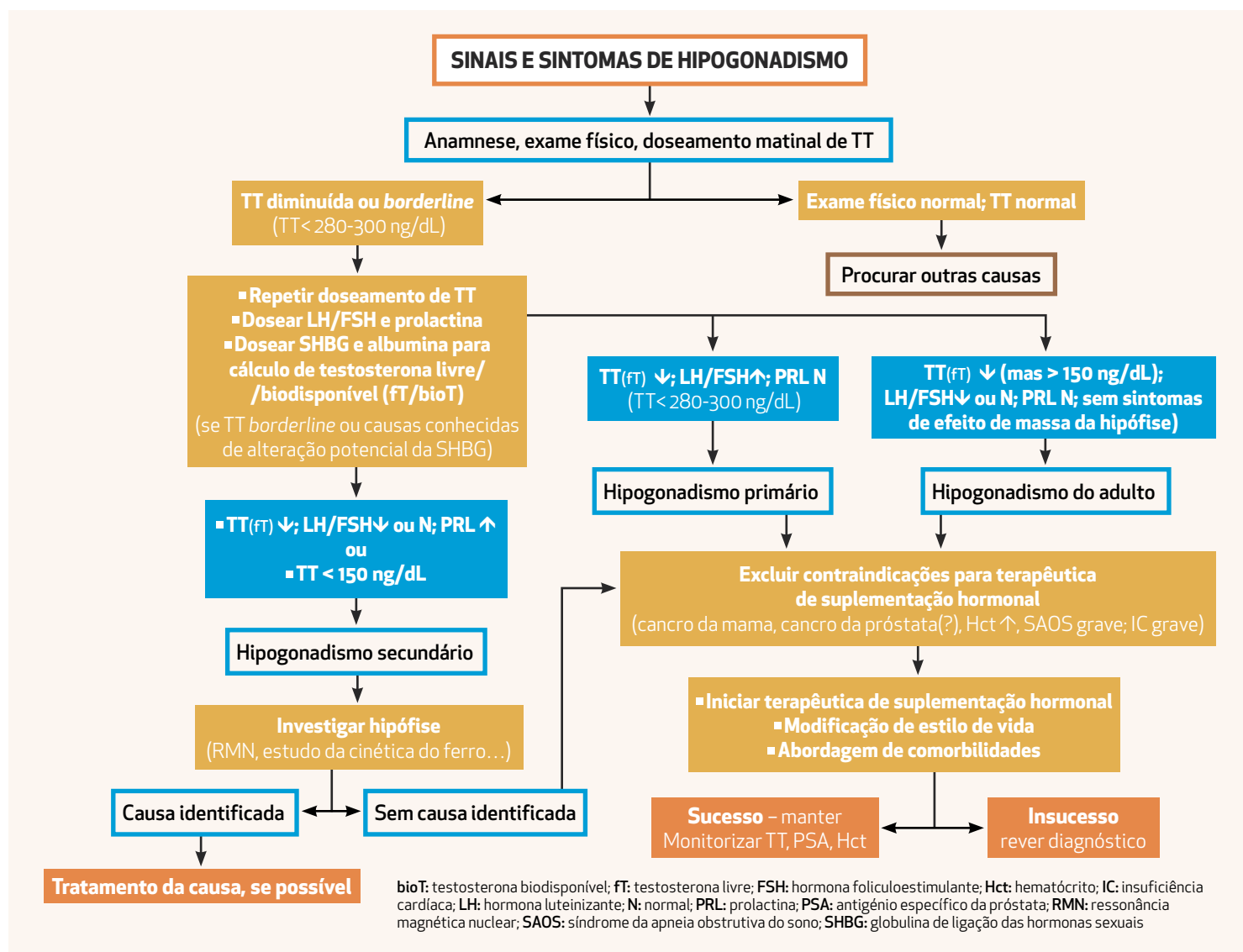


Diagnóstico do hipogonadismo

A deficiência de testosterona é definida como uma síndrome clínica e bioquímica caracterizada por níveis baixos de testosterona plasmática, com sinais e sintomas atribuí-

veis a essa alteração. Os sintomas da deficiência de testosterona englobam vários sistemas, sendo os mais comuns da esfera sexual – diminuição da libido, diminuição das ereções noturnas e matinais e disfunção erétil. Outros sintomas potencialmente associados são a fadiga, a diminuição da motivação, o humor depressivo e a perturbação do sono. Podemos também observar aumento da adiposidade visceral e diminuição da massa muscular e da densidade mineral óssea. Outros sinais de défice de testosterona são a diminuição do volume testicular, a diminuição da pilosidade e a ginecomastia. Paralelamente, a deficiência de testosterona associa-se a várias comorbilidades,

como a diabetes *mellitus*, a hipertensão arterial, a dislipidemia e a obesidade, isoladamente ou associadas (síndrome metabólica). Assim, torna-se bastante clara a forma como esta condição afeta negativamente a saúde masculina. Apesar de alguma controvérsia – sobretudo em relação ao risco cardiovascular e à abordagem dos doentes com cancro da próstata –, parece claro o benefício do tratamento da deficiência de testosterona, se corretamente investigada e diagnosticada, melhorando o controlo metabólico e as comorbilidades cardiovasculares, a função sexual, a densidade mineral óssea e, de forma global, a qualidade de vida masculina. ■





«Gastamos mais tempo e recursos a tratar as complicações do que as patologias iniciais»

Numa antevisão do Simpósio da Associação Portuguesa de Urologia (APU) 2018, que decorrerá entre os dias 26 e 28 de outubro, no EPIC SANA Algarve Hotel, em Albufeira, o **Dr. Luís Abranches Monteiro, presidente da APU**, comenta alguns dos tópicos que serão discutidos e que estão subordinados ao tema central «Complicações em Urologia». Além dos problemas cirúrgicos e dos desafios que as novas terapêuticas médicas suscitam, estarão em análise questões éticas e legais que, cada vez mais, condicionam a relação médico/doente.

Sandra Diogo



Porquê a escolha do tema «Complicações em Urologia» como aglutinador do próximo Simpósio da APU?

Quando se fala em complicações, não nos referimos apenas às que são geradas pelas terapêuticas e cirurgias, mas também às que as próprias doenças urológicas vão provocando. E a verdade é que é frequente gastarmos mais tempo e recursos a tratar não propriamente a doença inicial, mas as suas várias complicações, em particular porque, hoje, os doentes são mais idosos e, por consequência, mais propícios a problemas subsequentes. De certa maneira, é das complicações que se morre ou se desenvolve uma doença grave. Assim, embora os tratamentos tentem ser cada vez menos invasivos, não são menos isentos de perturbações iatrogénicas, pelo que queremos discutir as grandes complicações que as patologias nos obrigam a tratar.

É nesse contexto que a educação cirúrgica foi escolhida como foco de uma conferência?

Sem dúvida. Uma das grandes dificuldades que temos, neste momento, prende-se com a forma de treinar os novos cirurgiões. É evidente que esta atividade é uma ciência, mas, por outro, é uma mestria, e, desde Hipócrates, o ensinamento tem de ser feito profissional a profissional. Claro que, hoje, temos formas audiovisuais mais expeditas

de abordar alguns pontos, nomeadamente os filmes e até as animações, que são muito didáticas e pedagógicas, mas acredito que a essência de toda esta educação médica tem de passar por alguns aspetos que só a experiência de outros profissionais poderá fornecer. Daí que tenhamos convidado o Prof. Arnaldo Figueiredo para proferir esta conferência. A ideia é explorar novos conceitos de educação e de evicção das complicações futuras através do ensino correto dos nossos urologistas.

Na conferência dedicada à prevenção e ao controlo das complicações, o que será abordado pelo cirurgião geral Luís Féria?

Fundamentalmente, queremos falar sobre o protocolo ERAS [*Enhanced Recovery After Surgery*], algo que os cirurgiões gerais têm vindo a desenvolver nas suas intervenções mais longas e complicadas, nomeadamente abdominais, e que diz respeito a um conjunto de regras de preparação pré-operatória do doente, em que este é otimizado em vários aspetos da sua fisiologia. Na Urologia, temos cirurgias igualmente desafiantes e começámos a pensar que também poderíamos aplicar esta filosofia que tem obtido tanto sucesso nos últimos anos. Para esta conferência, convidámos um cirurgião geral de um dos hospitais pioneiros nesse conceito, o Dr. Luís Féria, do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures, para nos apresentar não só esta filosofia, mas, principalmente, os resulta-

dos que têm conseguido e o que se espera que venha a melhorar ainda mais nos próximos anos. É um assunto em tudo relacionado com o tema central do congresso, porque estamos a falar de estratégias de redução do número e da gravidade das complicações pós-cirúrgicas, começando a tratá-las vários dias antes da cirurgia.

Que resultados se obtêm com essas estratégias de otimização fisiológica do doente no pré-operatório?

Além de terem o reforço de alguns aspetos, inclusivamente alimentares, estes doentes apresentam marcadores bioquímicos melhorados, com vista a uma melhor cicatrização e, no pré-operatório imediato, acabam por ver reconstruída uma série de condições completamente transformadoras dos primeiros dias após a cirurgia, que são fulcrais. Estamos a falar da recuperação do trânsito intestinal, da cicatrização dos tecidos afetados e da prevenção do tromboembolismo e da insuficiência cardíaca e respiratória. No fundo, aspetos relacionados com aqueles órgãos que, habitualmente, falham no pós-operatório e provocam mortalidade e morbidade.

O que será discutido na mesa-redonda alusiva aos efeitos adversos da terapêutica médica?

Muita da nossa atividade, principalmente a oncológica, dispõe de cada vez mais trata-

mentos medicamentosos, ou seja, fármacos novos com os quais, muitas vezes, ainda não temos grande experiência. Aliás, existem muitos fármacos que vão surgir até ao final deste ano e durante 2019 para o tratamento médico das várias patologias urológicas oncológicas e que eram completamente desconhecidos até agora nesta área, mas que não são, de modo algum, isentos de efeitos secundários. É essa visão futurística que queremos abordar nesta mesa, ou seja, que novos tratamentos surgirão e que desafios vão proporcionar. Por outro lado, vamos falar de tratamentos que já estão bem estabelecidos, como é o caso dos fármacos

citostáticos e das quimioterapias dos tumores do urotélio e dos carcinomas do rim e da próstata, em que o urologista tem de estar muito ciente das limitações terapêuticas médicas, particularmente em doentes com muito mau estado geral. Nestes casos, é preciso colaborar com outras especialidades, como a Imagiologia, a Oncologia e a Anatomia Patológica.

É nesse seguimento que vem a sessão dedicada às complicações do cancro da próstata e seus tratamentos?

A maior parte das vezes, o cancro da próstata mata os doentes não pelo carcinoma em si, mas pelas

complicações que vai desenvolvendo, nomeadamente ósseas. O sofrimento que os doentes apresentam está muito mais relacionado com essas complicações do que com a doença da próstata propriamente dita. Evidentemente, muitos dos tratamentos existentes já não são dirigidos à próstata, mas sim a estas metastizações muito específicas deste tipo de carcinoma. E se as metástases são uma complicação, as terapêuticas que temos para as tentar controlar também não são isentas de complicações. Penso que todos temos de estar muito cientes desta morbilidade acrescida que o cancro da próstata avançado proporciona.

PROGRAMA DO SIMPÓSIO EM RESUMO

Mesas-redondas

- **Complicações intraoperatórias**
- **Tromboembolismo e infeção no pós-operatório**
- **Complicações da litíase e seus tratamentos**
- **Complicações de anastomoses e próteses**
- **Efeitos adversos da terapêutica médica**
- **Complicações do cancro da próstata e seus tratamentos**
- **Litigância e jurisprudência**

Conferências

- **Educação cirúrgica – na perspetiva de redução do risco de complicações**
- **ERAS – otimização da prevenção e do controlo de complicações cirúrgicas**

Outras sessões

- **Fórum «Relato de caso de catástrofe»**
- **Apresentação dos resultados de algumas bolsas de investigação apoiadas pela APU nos últimos anos**
- **Assembleia-geral da APU**
- **Reunião do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos**
- **Reunião do Núcleo de Internos da APU**
- **Apresentação de vídeos**
- **Sessões patrocinadas**



Quais as «complicações» éticas e legais da Urologia que serão abordadas na mesa-redonda sobre litigância e jurisprudência?

Atualmente, temos de ter cuidados adicionais para evitar qualquer tipo de processo. Infelizmente, quem acaba por sair mais prejudicado com esta situação é o doente, porque isto leva, tão simplesmente, à perda de uma relação pessoal entre o médico e o doente, que deveria ser inalienável. E é neste tipo de encontros, em que se reúne uma grande percentagem dos profissionais de uma área médica, que se deve promover esta análise, face a face. Uma estratégia inicial, que podemos desde já começar a adotar, é ter consciência de que os médicos têm uma má perceção desta relação médico/doente e que, como sociedade e como classe, o primeiro passo deverá ser discutir o assunto. Abordaremos até que ponto cada sociedade científica deve ter o seu papel na resolução deste problema porque, além da Ordem dos Médicos, são elas que, em cada campo, mais têm de zelar pelo bom encaminhamento do tratamento dos doentes.

Haverá também um fórum centrado no relato de um caso de catástrofe. Em que vai consistir?

Trata-se de uma ideia que já vimos acontecer noutros congressos e que nos parece muito interessante, porque, na nossa prática clínica, todos nós já tivemos situações que correram menos bem e que comentamos com os colegas nos corredores do hospital. No fundo, vão ser apresentados dois casos verídicos de Serviços de Urologia nacionais, que consideramos didáticos e que retratam situações de aparente catástrofe, que não tiveram solução ou, pelo menos, não aquela que se gostaria. O objetivo é a assembleia debater o que poderia ter sido feito nestes casos. Esperamos que esta sessão suscite uma discussão acesa, com muita participação da assistência. ■

Um passo firme na articulação entre a Urologia e a Medicina Geral e Familiar

Promover uma simbiose entre a Urologia e a Medicina Geral e Familiar (MGF) foi o objetivo da reunião «Urologia ao Centro – a Medicina Geral e Familiar no Centro dos Cuidados de Saúde», que teve lugar em Coimbra, nos dias 24 e 25 de maio passado. O programa concentrou temas incontornáveis da Urologia, como a hiperplasia benigna da próstata, as infeções urinárias ou a litíase, e também dedicou algum tempo à Oncologia urológica.

Rui Alexandre Coelho



Alguns oradores e elementos das comissões organizadora e científica

As tradicionais Jornadas de Urologia da Zona Centro em Medicina Familiar deram lugar, a partir deste ano, a um novo modelo de formação pós-graduada que se centra, essencialmente, na discussão interativa baseada em casos clínicos. De acordo com presidente desta reunião e diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Arnaldo Figueiredo, a reorientação do evento, que teve como presidente honorário o seu antecessor no Serviço,

Prof. Alfredo Mota, almejou «um envolvimento e uma responsabilização maiores da parte dos elementos das duas especialidades».

Arnaldo Figueiredo também considera que, além da intenção teórica, este tipo de reuniões de ligação entre Urologia e MGF tem, efetivamente, produzido resultados satisfatórios. «Os

laços pessoais que se criam são proveitosos para uma referenciação mais eficaz de casos que sejam entendidos como delicados ou que carecem de uma opinião mais célere.»

Principal responsável da Comissão Científica no plano da MGF, Almerinda Rodrigues salienta a dimensão prática do modelo desta reunião,

ENTREVISTA

«Há que ter cautela com os doentes cuja primeira queixa é a DE»

Uma das sessões de casos clínicos mais participadas incidiu sobre as disfunções sexuais, em particular a disfunção erétil (DE). Segundo o moderador desta sessão e urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Luís Sousa, a dificuldade de criar uma relação de confiança com o doente é o primeiro obstáculo à abordagem desta patologia.

Que tipo de iniciativa poderá ser útil, da parte do médico, para «quebrar o gelo» sobre a DE?

Em primeiro lugar, importa que não tenhamos receio de colocar questões sobre a parte sexual. Entregar um questionário prévio à consulta pode ser uma boa ideia, para deixar o doente um pouco mais à vontade em relação ao tema. Há que ter cautela com os doentes cuja primeira queixa é a DE. Na grande maioria dos casos, trata-se do primeiro sintoma de problemas cardíacos graves que é preciso investigar.

Quais as principais mensagens que foram transmitidas relativamente à infertilidade e à ejaculação prematura?

No caso da infertilidade, o maior desafio diz respeito à dificuldade na realização de alguns exames, principalmente o espermograma. Já a ejaculação prematura é um tema de abordagem muito difícil, principalmente nos doentes muito jovens. Aqui, de novo, a confiança estabelecida entre médico e doente é essencial.



cujo programa foi desenhado «na perspetiva da prática clínica do médico de família». Dentro da panóplia temática da reunião, a especialista em MGF no Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Mondego/Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Cantanhede salienta as duas horas do programa dedicadas à «patologia oncológica, que causa sempre algum problema em termos de referência, nomeadamente em relação ao tempo que demora até o doente ser visto por um urologista e tratado convenientemente».

Saber referenciar urgências raras

Recém-especialista em Urologia pelo CHUC e membro da Comissão Organizadora, Maria José Freire teve o desafio de, no segundo dia de reunião, em 10 minutos, apresentar um conjunto de urgências urológicas que devem ser do conhecimento dos especialistas de MGF. Na impossibilidade de cobrir todo esse campo, a especialista chamou a atenção para urgências menos frequentes como as «patologias do escroto agudo, a formação de abscessos, a gangrena de Fournier, o priapismo e as parafimoses». Apesar de serem mais raras, estas patologias devem ser identificadas e «referenciadas em tempo útil», adverte Maria José Freire.



Por seu lado, Paulo Temido integrou uma Comissão Científica que esteve preocupada com a passagem de «mensagens bidirecionais», sempre com a «Urologia ao Centro». Segundo o especialista, o nome da reunião também demonstra a intenção de alargar o âmbito da reunião a urologistas de toda a região centro e não apenas do CHUC, tendo participado especialistas sediados em cidades como Aveiro, Castelo Branco, Covilhã, Figueira da Foz, Leiria

e Viseu, além de outras instituições de Coimbra, como o Instituto Português de Oncologia.

Paulo Temido frisa que a opção por criar uma reunião em que quase todas as palestras tivessem como objetivo «uma colagem da ciência à realidade diária», visando a promoção da discussão. No que toca ao programa, destacou o tema das infeções urinárias, as quais, lembra, «são a causa urológica de maior procura em cuidados de saúde primários». ■



XVI Congresso da SPA foi o mais internacional de sempre

A procura contínua por integrar a sexualidade na saúde global dos doentes juntou quase 400 participantes no XVI Congresso da Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução (SPA), realizado no Porto, de 31 de maio a 3 de junho deste ano, tendo obtido uma projeção internacional inédita. Além de integrar a XIV Reunião Ibérica da área, em parceria com a Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA), a reunião magna da SPA incluiu a realização inédita, em Portugal, da reunião anual da European Section of Andrological Urology (ESAU) da European Association of Urology.

Rui Alexandre Coelho



INTERVENIENTES NA SESSÃO DE ABERTURA (esq. para a dta): Manuel Pizarro (vereador na Câmara Municipal do Porto), Pedro Vendeira (presidente da Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução), Sandra Vilarinho (presidente da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica), Miguel Guimarães (bastonário da Ordem dos Médicos), Nuno Monteiro Pereira (coordenador da competência de Sexologia Clínica da Ordem dos Médicos) e Luís Abranches Monteiro (presidente da Associação Portuguesa de Urologia)

Neste Congresso tripartido, o fator masculino da reprodução esteve em primeiro plano. Essa aposta pôde ser aferida pela realização de diversas sessões dedicadas ao tema da infertilidade, com formatos mais ou menos teóricos, para as quais foram chamados profissionais de diversas especialidades que têm uma palavra a dizer neste âmbito, como a Medicina Geral e Familiar, a Endocrinologia ou a Psiquiatria.

Mas todas as restantes áreas da Andrologia foram cobertas num total de quatro dias de trabalho, com o foco a ser colocado no estado da arte do diagnóstico e do tratamento das disfunções sexuais masculinas, sem nunca perder de vista o plano feminino. Neste prisma, destacaram-se temas particularmente desafiantes da atualidade, dada a sua crescente importância, como os da cosmética e estética da região genital, que também tiveram o seu espaço no âmbito do programa científico.

A SPA realizou diversas sessões em conjunto com outras sociedades e grupos concomitantes,

tanto a nível nacional como europeu. No que toca aos convidados estrangeiros, contou com a participação de dois oradores que atravessaram o Atlântico: Run Wang, urologista no University of Texas Health Science Center, em Houston, EUA, e Paulo Egydio, urologista em São Paulo, no Brasil.

Feito o rescaldo, a necessidade de um trabalho multidisciplinar nos cuidados prestados a estes doentes foi a mensagem-chave de um Congresso que se quis cientificamente «atrativo» no sentido de «pugnar pela formação dos profissionais da área da Andrologia, Medicina Sexual e saúde reprodutiva», como refere o presidente da SPA, Pedro Vendeira.

Percurso de quase 40 anos

No plano das conferências, realce para a que foi protagonizada por Nuno Monteiro Pereira, coordenador da competência de Sexologia Clínica da Ordem dos Médicos e urologista em Lisboa.

Na qualidade de ex-presidente da SPA (biénios 2002-2004 e 2004-2006), este responsável passou em revista os 39 anos desta Sociedade, desde o lançamento das primeiras sementes, por Adriano Pimenta, coordenador da Unidade de Urologia do Hospital Lusíadas Porto, até à atualidade, já com a Andrologia portuguesa «na idade adulta» e a fazer «investigação a sério», fruto do conhecimento e esmero de «jovens andrologistas muito bem preparados».

Este Congresso serviu ainda para uma discussão preliminar sobre um documento de consenso, redigido pela direção da SPA, de abordagem ao vírus do papiloma humano, no que diz respeito ao diagnóstico, tratamento, seguimento e prevenção. A discussão sobre este documento vai prosseguir numa reunião a realizar ainda este ano, em data por definir.

Destaque ainda para a apresentação do livro *Peniopatía Diabética*, cujo mentor e autor foi La Fuente de Carvalho, em colaboração com Nuno Louro, seu colega no Serviço de Urologia do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António. Em relação às distinções, o Prémio Alexandre Moreira 2016-2017, no valor de 5 000 euros, foi entregue ao projeto «Effects of endocrine disruptors in spermatogonial stem cells: where does the protective role of regucalcin fit in?», cuja autora principal é Sara Correia, investigadora na Universidade da Beira Interior, na Covilhã. ■

NÚMEROS DO CONGRESSO

- 377 inscrições
- 30 pósteres
- 14 comunicações orais
- 4 vídeos
- 20 pedidos de novos sócios da SPA



Curso de urodinâmica com parceria internacional

Um ano depois da primeira colaboração com o Bristol Urological Institute (BUI), o Centro de Formação Pós-graduada em Urologia (CFU) da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa voltou a organizar um curso de urodinâmica com a certificação daquele prestigiado instituto britânico. A formação visou assegurar a qualidade da realização deste exame de diagnóstico e vincar o seu papel na avaliação de diferentes grupos de doentes.

Rui Alexandre Coelho



Docentes e formandos do II Curso Pós-Graduado de Atualização «Lisbon BUI Certificate in Urodynamics». Na primeira fila, o coordenador do curso, Ricardo Pereira e Silva (terceiro a contar da esquerda), ladeado pelos oradores estrangeiros Marcus Drake e Hashim Hashim

Para este II Curso Pós-Graduado de Atualização «Lisbon BUI Certificate in Urodynamics», que decorreu entre 24 e 26 do passado mês de maio, em Lisboa, foram convidados internos e especialistas de Urologia e de outras especialidades já com alguma experiência em urodinâmica. Tendo em conta o *feedback* recebido na edição de estreia, a direção do curso decidiu acrescentar-lhe uma parte prática, com simuladores. «Demos aos formandos a possibilidade de verem traçados de urodinâmica a correr em tempo real e de treinarem alguns diagnósticos», explica Ricardo Pereira e Silva, coordenador do curso.



Outro dos *highlights* destacados por este urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria (CHLN/HSM) foi a participação de formandos oriundos da Medicina Física e Reabilitação (MFR). Para Ricardo Pereira e Silva, «esta presença da MFR faz todo o sentido, já que se trata de uma das especialidades que lidam mais diretamente com as disfunções do aparelho urinário, nomeadamente nos casos complexos, que acumulam doença neurológica».

Numa palestra de introdução, o atual diretor da Unidade de Urodinâmica do BUI, Hashim Hashim, frisou que a urodinâmica é um exame diagnóstico, não de *outcome*. «O mais importante é compreender a importância do estudo e utilizá-lo de forma a que a sua execução seja benéfica para o doente, traduzindo-se num diagnóstico preciso e definitivo.»

Daí a importância de, passo a passo, «cumprir corretamente» cada passo do processo. «Antes

do exame é preciso assegurar que o doente faz um diário da bexiga, um teste de fluxo da urina e ainda um questionário sobre a qualidade de vida. Uma vez feito o estudo urodinâmico, tem de haver uma discussão com o doente sobre os resultados. Estes exames não devem ficar concluídos em menos de uma hora», sublinhou Hashim Hashim.

Segundo Tomé Lopes, diretor deste curso e também do Serviço de Urologia do CLHN/HSM, o futuro desta formação, que é aprovada pela International Continence Society e tem certificação CME (Continuing Medical Education) pela British Association of Urological Surgeons, passa por uma ainda maior abertura ao estrangeiro.



«O objetivo passa por internacionalizar mais esta formação, e já estamos a dar os primeiros passos para que isso aconteça no próximo ano.»

Tito Leitão, urologista no CHLN/HSM e coordenador do CFU, realça «a qualidade do corpo docente», que, além de Hashim Hashim e Ricardo Pereira e Silva, contou com

Rodrigo Garcia, também urologista no CHLN/HSM, e Marcus Drake, urologista no

Hospital Universitário de Bristol (ver caixa). Tito Leitão entende que a discussão prática entre os formandos e os membros da *faculty* sobre traçados típicos dos estudos urodinâmicos foi uma aposta ganha. «Tivemos muitos discentes que, não sendo principiantes, quiseram aperfeiçoar a sua técnica e a sua preparação teórica, e o *feedback* que tivemos foi de que saíram do curso confiantes e preparados para melhorar a sua prática.» ■

MENSAGENS DE MARCUS DRAKE

Papel da urodinâmica na doença neurológica: «Passa por identificar problemas específicos relevantes para o prognóstico e a gestão dos sintomas. A expectativa é determinar até que ponto a bexiga funciona bem durante o armazenamento e se há dissinergia durante a micção.»

Mais-valia da videourodinâmica: «Ajuda a determinar se há deficiência esfíncteriana e a procurar refluxo vesicoureteral. Quem trata estes doentes pode ter de lidar com situações de alto risco, como reações anafiláticas ou disreflexia autonómica. Para casos neurológicos, é necessário conhecimento prático das apresentações clínicas prováveis e das opções terapêuticas.»

Interpretação do estudo urodinâmico: «O estudo deve seguir sempre as recomendações da International Continence Society, com monitorização constante, cuidado com o registo impreciso de pressões e correção de eventuais artefactos. Só com o acumular de experiência aprendemos a lidar com a vasta gama de situações que podem surgir em urodinâmica.»

Portugueses brilharam no congresso americano de Urologia

Portugal contribuiu para a atualização do estado da arte no 113.º Congresso Anual da American Urological Association (AUA), que decorreu entre 18 e 21 de maio passado, em São Francisco, EUA. Através das intervenções de Francisco Cruz, João Pimentel Torres e Agostinho Cordeiro foram divulgados alguns trabalhos inovadores que estão a ser desenvolvidos no nosso país.

Sandra Diogo

Além de moderar uma sessão sobre anatomia, fisiologia e farmacologia da bexiga e da uretra, no primeiro dia do congresso, **Francisco Cruz, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto**, apresentou dois pósteres relativos a trabalhos de investigação elaborados pela sua equipa. O primeiro, intitulado «*Bladder sensory mechanism early impairment induces detrusor underactivity following bladder outlet obstruction*», baseou-se numa investigação realizada por Luís Vale, interno naquela instituição, que induziu obstruções urinárias em animais experimentais, de modo a verificar o modo de atuação da bexiga ao longo do tempo.

«Constatou-se que, numa primeira fase, as bexigas evoluem para uma hiperatividade e, depois, para uma hipoatividade – e foi esta última situação que nos interessou particularmente porque, com o envelhecimento da população, é um cenário que se torna mais frequente», explica o diretor do Serviço de Urologia do CHSJ. Com base nesta investigação, concluiu-se que «essa hipoatividade é motivada, sobretudo, pela diminuição da função do urotélio, que não liberta o neurotransmissor fundamental para iniciar a micção, o ATP [trifosfato de adenosina], e que, ao contrário do que seria expectável, a parte medular não estava comprometida», acrescenta, salientando que essa descoberta é importante em termos de revisões terapêuticas futuras.

O segundo póster apresentado por Francisco Cruz, já no último dia do congresso, resultou de um trabalho conjunto entre instituições portuguesas e espanholas de análise retrospectiva dos dados sobre o tratamento da incontinência urinária do homem pós-prostatectomia com *sling*

ajustável. Esta pesquisa envolveu 215 doentes e tinha como *outcome* primário a cura, que se considerou atingida quando os doentes passaram a usar um ou nenhum penso de proteção ou perderam menos de 5g de urina no *pad-test* de 24 horas. «Conseguimos demonstrar que, se os doentes forem bem selecionados, os resultados podem ser muito bons», declara Francisco Cruz. Em casos de incontinência de base relativamente ligeira,

cerca de 90% dos doentes foram considerados curados e, no total, esse número chegou aos 80%, sempre com um grau de complicações muito reduzido.

Nefroureterectomia inovadora

João Pimentel Torres, interno no Serviço de Urologia do Hospital de Braga (foto abaixo), apresentou um vídeo sobre uma técnica experimental de encerramento da bexiga por via endoscópica que está a ser desenvolvida, há cerca de dois anos, por Estêvão Lima, diretor do Serviço, Carlos Oliveira e Emanuel Carvalho-Dias, urologistas naquela instituição.

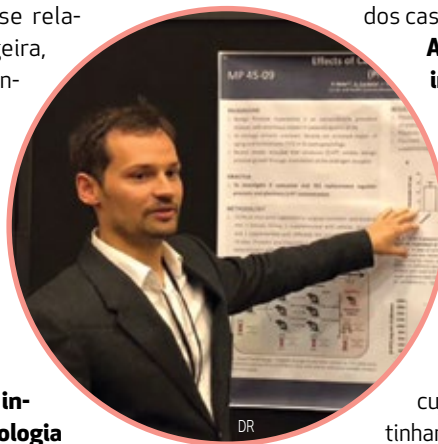
«Quando se faz uma nefroureterectomia pode tentar-se desinsere o ureter por dentro da bexiga, o que nos

deixa sem possibilidade de a fechar e, consequentemente, de realizar quimioterapia dentro da bexiga, como está recomendado; ou retirar o ureter por fora da bexiga, por via aberta, e fechá-la com pontos de sutura, um procedimento mais complexo e demorado», contextualiza o orador. «No nosso hospital, estamos a estudar uma técnica para, após fazer essa desinserção por via endoscópica, fechar a bexiga com um fio de sutura por dentro da mesma», concretiza. Até ao momento, a equipa realizou apenas seis procedimentos, em mulheres, mas todos foram bem-sucedidos e sem complicações, abrindo a porta à sua utilização na generalidade dos casos.

Agostinho Cordeiro, também interno de Urologia no Hospital de Braga

, apresentou um póster sobre um estudo relacionado com os efeitos da castração e da substituição da testosterona sobre a serotonina, um trabalho inovador que tem vindo a ser promovido por Emanuel Carvalho-Dias e Paulo Mota, e cujos resultados preliminares já tinham sido divulgados há dois anos, no congresso da European Association of Urology.

«Com base nos dados obtidos até agora, temos perspetivas de que, provando a teoria sinérgica para a hiperplasia benigna da próstata, possamos prevenir medicamente o aparecimento desta patologia», revelou Agostinho Cordeiro. A equipa espera conseguir comprovar estes bons resultados num ensaio clínico e, dentro de cinco anos, ter «dados concretos com impacto a nível de tratamento futuro». ■



A versatilidade do laser holmium em Urologia

No passado dia 25 de maio, o Hospital CUF Descobertas acolheu o Curso «*The versatility of the holmium laser*», no qual se pretendeu demonstrar as mais-valias deste procedimento no tratamento da hiperplasia benigna da próstata (HPB), dos cálculos renais e de alguns tumores do alto aparelho urinário. Com uma tecnologia inovadora, o *laser* P-120 da Lumenis possui multifuncionalidades, permitindo tratar casos que exigiam cirurgias mais agressivas.

Lúis Garcia e Sandra Diogo



Durante as cirurgias HoLEP realizadas por Tobias Bothmann, o seu colega Vaughan Daniels foi fornecendo algumas informações complementares sobre a técnica em uso

Promovida pela Academia CUF e pela Academia Internacional Lumenis, que providencia formação técnica nas principais capitais europeias, esta reunião contou com cerca de 30 participantes portugueses e estrangeiros. «Este *laser* tem multifunções e vários programas que podem ser aplicados no tratamento dos cálculos renais e nas patologias do aparelho urinário superior e da próstata, com vaporização ou enucleação da mesma», exemplifica Paulo Vale, organizador do encontro, juntamente com a sua equipa, e coordenador da Unidade de Urologia do Hospital CUF Descobertas, em Lisboa.

Salientando que o futuro da Urologia passa pela adoção de metodologias minimamente invasivas, o especialista considera que a utilização deste tipo de *laser* possui inúmeras vantagens. «Além de poder ser utilizado em casos de próstatas volumosas, constitui uma alternativa aos tratamentos que exigiam uma cirurgia aberta, diminuindo o risco de complicações pós-operatórias e uma recuperação mais rápida – o doente regressa a casa em 48 horas, sem algália e a urinar bem. Este *laser holmium* também pode ser usado em doentes que tomam anticoagulantes», explica.

Além de uma apresentação teórica sobre as mais-valias deste tipo de *laser*, o objetivo do curso foi demonstrar a sua utilização em casos

práticos, pelo que a reunião contou com três cirurgias ao vivo. As duas primeiras, enucleações da próstata por *laser holmium* (HoLEP, na sigla em inglês) foram realizadas por Tobias Bothmann, urologista no Humboldt Hospital, em Berlim, e um dos especialistas mundiais com mais experiência nesta técnica. «O HoLEP funciona por impulsos, num movimento de vaivém com formação de bolhas de ar, o que significa que, quando cortamos tecido, se estivermos no caminho certo, atingimos logo o objetivo, diminuindo a incidência nos vasos sanguíneos e, consequentemente, permitindo uma menor perda de sangue», explica.

Utilidade do laser holmium na litíase

Segundo Vaughan Daniels, da Academia Lumenis, «o HoLEP envolve a enucleação do lóbulo mediano, seguido pelos laterais, que são depois colocados na bexiga para remoção por morceação». O organizador internacional das formações em *laser holmium* salienta a importância destes cursos, na medida em que «é possível ver em direto a este procedimento, que é considerado o mais avançado no tratamento da HBP, mas também a sua aplicação em outras patologias urológicas».

A terceira intervenção correspondeu a um caso de litíase e foi realizada por Oriol Angerri, diretor

da Unidade de Urolitíase do Serviço de Urologia da Fundació Puigvert, em Barcelona. O especialista espanhol realizou uma nefrolitotomia percutânea (*miniperc tubeless*) com recurso à tecnologia Moses®, um *update* do *laser holmium* disponível há poucos meses. Com uma experiência muito positiva em casos de cálculos renais, o urologista considera esta técnica a melhor para estas situações, na medida em que «permite alcançar todas as partes do rim, mudando apenas a fibra que se está a utilizar, o que se traduz num aumento de eficácia de entre 15 a 20%».

«A intervenção realizada pelo Dr. Oriol Angerri, de um cálculo renal de grandes dimensões, seria classicamente realizada com uma cirurgia percutânea, o que implicaria a introdução de um tubo muito mais largo do que aquele que foi utilizado, num procedimento mais doloroso para o doente e com um tempo de recuperação mais longo», sintetiza Paulo Vale. Quanto à utilização da tecnologia Moses®, o urologista português também não tem dúvidas em reconhecer as vantagens: «Com os outros *lasers*, a pedra partia e saltava para a frente, num efeito de retropropulsão, mas, com esta tecnologia, existe um efeito de sucção, ou seja, a pedra fica colada na fibra, tornando o procedimento muito mais eficaz e rápido.» ■



Os organizadores do curso, Vaughan Daniels e Paulo Vale, com os dois urologistas que realizaram as cirurgias, Tobias Bothmann e Oriol Angerri (da esq. para a dta.)



Opinião

Tempos médios de consulta: compromisso entre acesso, agendamento, disponibilidade e valor



Aníbal Coutinho

Diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar Universitário do Algarve | Membro da Direção do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos

Consulta de Urologia – características de um compromisso

A atividade de consulta, na prática médica, constitui uma das práticas principais da «arte», sendo fundamental para o diagnóstico, o tratamento e o seguimento do utente, mas igualmente para o estabelecimento e fortalecimento da dualidade médico-doente, bem como para o aconselhamento técnico, para a prevenção, para o delinear da estratégia do combate à doença ou para o esclarecimento e o consentimento, agregando doente-médico e família.

O exercício da consulta, na especialidade de Urologia, não apresenta divergência com os outros ramos do saber médico, embora a vertente cirúrgica da especialidade lhe atribua características próprias. A semiologia e a recolha de sinais e sintomas, embora, por vezes, menos complexas do que nas grandes áreas do saber das especialidades médicas, permitem distinguir pontos particulares.

A Urologia apresenta uma grande diversidade de grupos nosológicos e igualmente uma grande diversidade de prognósticos funcionais e vitais, podendo, num período de consulta, coabitarem doentes oncológicos em diferentes estádios de diagnóstico e tratamento, doentes com disfunção sexual, doentes neurogénicos com limitações motoras, doentes litiásicos e infetados ou apenas utentes solicitando aconselhamento estético ou na atitude perante história familiar ou grupos de risco.

A Urologia, como área de tratamento e diagnóstico de doenças do foro sexual e urogenital, apresenta, na prática da consulta, aspetos culturais e individuais imediatos relacionados com a autoestima do utente e com a sua sexualidade, confrontando o médico e o doente com estratégias de inibição ou ocultação de sintomas ou simplesmente com o pudor.

Sendo o tratamento cirúrgico a mais-valia típica de uma especialidade como a Urologia, o consentimento informado e esclarecido revest-se de uma grande riqueza, envolvendo o doente e a sua família, e necessitando de disponibilidade de comunicação e partilha de informação, que condiciona a consulta.

Estes aspetos da atividade de consulta, na especialidade de Urologia e em outras, implicam características individuais do médico, como a sua autonomia e saber técnico, capacidade de comunicação, emotividade, entrega e disponibilidade temporal. Implicam, igualmente, características organizacionais e físicas da área de consulta tão díspares como a gestão do acesso, o agendamento, o tempo atribuído a cada utente, a existência de gabinetes individuais dotados de equipamento para observação e área de higiene, a existência de salas de espera confortáveis

e amplas, instalações sanitárias, o apoio de equipamento automatizado de consumíveis alimentares, a existência de apoio administrativo, de apoio de enfermagem e de auxiliares.

A abrangência do saber médico confronta-se, na consulta, com a necessidade de subespecialização, permitindo consultas dirigidas e vocacionadas para áreas de patologia distintas, como a litíase urinária, a andrologia, a uroginecologia ou a neurourologia. A existência de consultas específicas de acesso, como as de cirurgia de ambulatório, é igualmente válida e promotora de melhores práticas e rapidez de tratamento.

Acesso e agendamento

No setor privado, o acesso à consulta continua a ser feito pela regra da oferta e da procura, embora esta característica possa vir a deixar de ser determinante, tanto pela contratualização pública e parcerias, como pelo aparecimento predominante de entidades financiadoras de cuidados de saúde, sejam da área dos subsistemas de saúde ou do setor das empresas seguradoras. Excedida a procura no setor privado, é de prever, no futuro, a necessidade de hierarquizar e priorizar o acesso, embora a ótica do ganho económico e da rentabilização de investimentos possa indicar esse futuro como ainda longínquo.

No setor público de saúde, o acesso à consulta e a inter-relação entre os cuidados de saúde primários (centros de saúde) e os cuidados de saúde secundários (hospitais) conheceu sempre um relacionamento difícil e de culpabilização, esbarrando em tempos de demora inaceitáveis no acesso dos utentes e um circuito burocrático, complexo e defeituoso.

Em 2008, no âmbito do processo de simplificação dos procedimentos administrativos e modernização da função pública e do Estado, foi criado o sistema integrado de referência e de gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS), designada por Consulta a Tempo e Horas (CTH) – Portaria n.º 615/2008 de 11/7.

O articulado legislativo, consolidado cinco anos depois pela Portaria n.º 95/2013 de 4/3, referia a necessidade de harmonizar os procedimentos inerentes à implementação e gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, estabelecendo um conjunto de regras que vinculariam as instituições do SNS e os profissionais de saúde intervenientes no processo, articulando-os de forma criteriosa e transparente.

Passados dez anos, sem dúvida que o CTH foi um dos programas mais importantes na reforma do SNS e na metodologia do acesso às instituições hospitalares, introduzindo a informatização e aplicando regras administrativas e de identificação dos utentes, bem como estabelecendo critérios de prioridade clínica dos pedidos de consulta por relatórios emitidos pelos médicos dos centros de saúde e visados por médicos triadores das especialidades hospitalares.

A última portaria, de 2013, alargou e pretendeu clarificar o acesso dos utentes às consultas hospitalares, não só dos centros de saúde, mas igualmente de instituições do setor social com acordo de cooperação com o SNS e de entidades privadas. O conceito de falta não justificada do utente à consulta e o alargamento a consultas de áreas multidisciplinares introduziram mais rigor e melhor acesso.

Consulta a Tempo e Horas – uma oportunidade adiada

No entanto, passados dez anos, apesar da mais-valia do CTH, este continua a ser um programa incompleto e uma oportunidade adiada. O sistema informatizado integrado associado, excessivamente centralizado, baseou-se em dois programas, o Alert P1 – CTH e o Alert Data Warehouse (ADW) – CTH. O primeiro, que poderia ser uma ferramenta de eleição para a comunicação e partilha de doentes entre os médicos dos centros de saúde e os médicos dos hospitais, tornou-se apenas uma página de referência, com dificuldades de evolução e uma interface pouco apelativa para os utilizadores. O segundo, ferramenta de gestão por excelência, apenas permite consultar dados e a sua gestão central, e os relatórios emitidos evidenciam deficiências, com atrasos e ausência de dados em tempo real. Também aqui, sendo uma ferramenta fundamental para diretores de serviço e diretores

de departamento, o programa ADW – CTH não cumpre os seus objetivos, e o acesso à classe médica dirigente é praticamente residual.

O processo de referência, triagem administrativa, triagem médica, agendamento e consulta arrasta-se penosamente. Existe uma grande heterogeneidade entre instituições na adesão ao CTH, com tempos de triagem médica muito longos, e existem especialidades médicas com tempos de demora inaceitáveis no acesso dos utentes, mesmo em casos muito prioritários.

«Admitindo-se a necessidade de disponibilidade temporal do médico para o doente e a complexidade do primeiro contacto, considera-se como tempo mínimo de primeira consulta os 15 minutos e como tempo mínimo de consulta subsequente os 10 minutos»

A mediana do tempo do acesso à primeira consulta hospitalar na Urologia também revela essa heterogeneidade entre instituições, mas esta é identificada a nível nacional como uma das especialidades com maiores dificuldades no acesso, facto que espelha as dificuldades de recursos humanos de médicos urologistas em muitos serviços públicos de Urologia do País e a sua distribuição heterogénea.

O histórico dos pedidos de consulta aguardando triagem e agendamento, tal como a diversidade de motivos e ausência de auditoria clínica sistemática e temporal dos mesmos implicam a proliferação de pedidos, situações de conflito e um número de utentes aguardando uma primeira consulta hospitalar que alimenta o alarme social e o descrédito no sistema de acesso dos hospitais públicos.

Atualmente, ainda existem demasiados casos de doentes com patologias graves, cuja única oportunidade de acesso ao hospital é ou o serviço de urgência, ou a solidariedade de um médico hospitalar.

Tempos médios de consulta – a disponibilidade e o valor técnico

O tempo médio para uma consulta de especialidade de Urologia por utente e por sessão de consulta é variável por instituição, embora se reconheça a pressão nas administrações e a nível central para períodos de consulta mais curtos, que impliquem um maior agendamento de doentes, com maior produção quantitativa, indo ao encontro dos objetivos estratégicos dos contratos-programa de cada hospital, que infelizmente, são maioritariamente negociados por histórico e alicerçados em dados que privilegiam a quantidade de utentes atendidos à qualidade e complexidade do ato médico. Esta pressão para tempos de consulta menores é igualmente observada nas instituições privadas, por motivos que são, genérica e filosoficamente, iguais.

Admitindo-se a necessidade de disponibilidade temporal do médico para o doente e a complexidade do primeiro contacto, considera-se como tempo mínimo de primeira consulta os 15 minutos e como tempo mínimo de consulta subsequente os 10 minutos. Considerando um rácio de 30% entre as primeiras consultas e as subsequentes, uma sessão de consultas de até 3 horas permitiria o atendimento de cerca de 15 utentes. Considera-se válida a afirmação de que sessões de consulta superiores a 3 horas são desadequadas, desgastando-se a capacidade de observação e decisão clínica, assim como aumentando os erros processuais e os erros administrativos da prática clínica.

Assim, a qualidade do exercício da profissão de médico urologista, em sede de consulta externa hospitalar depende sempre de fatores internos e de fatores externos à prática clínica. O tempo que se dedica ao doente está sempre diretamente relacionado com a complexidade da doença, a observação criteriosa do doente, a visualização e a prescrição de exames e a necessidade de informação sobre o diagnóstico e o tratamento. A idade do doente e a sua variabilidade, seja no seu grau de literacia, na sua capacidade cognitiva ou na sua capacidade emocional, determinam ajustamentos. O valor técnico da consulta, nunca dissociado da mais-valia que constituiu para o doente e as suas expectativas, nunca deve ser comprometido por outras necessidades «estranhas». O compromisso será sempre, na consulta como em qualquer outra atividade médica, com o doente. ■

Estágios nos EUA e na Alemanha com o apoio da APU

Com o financiamento da APU, Maria José Freire e João Ferreira Cabral estiveram, respetivamente, no Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC), em Nova Iorque, e no Hospital Universitário de Hanôver, na Alemanha, para reforçarem a sua formação na especialidade. Seguem-se os relatos dessas experiências.

MARIA JOSÉ FREIRE

Recém-especialista em Urologia no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

«Em junho de 2017, tive oportunidade de complementar a formação que me era diariamente proporcionada pelo Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, e que considero já de altíssima qualidade, com um estágio no estrangeiro, especialmente vocacionado para a Uro-Oncologia e a cirurgia minimamente invasiva (laparoscopia/robótica). A formação foi efetuada no Serviço de Urologia do MSKCC, em Nova Iorque, sob orientação do Dr. Karim Touijer.

Este Serviço, centenário e de grande volume, tem sido consecutivamente considerado como o número um no tratamento do cancro nos EUA, fornecendo a mais alta qualidade de cuidados aos doentes, utilizando técnicas inovadoras e as modalidades de tratamento mais avançadas. Além da vertente cirúrgica, o MSKCC é líder mundial na produção científica no que a esta temática diz respeito. São igualmente muito

reconhecidos os programas de *fellowships* realizados nessa instituição, tendo alguns dos mais respeitados urologistas mundiais realizado formação ali.

Assim, tive oportunidade de observar cirurgias laparoscópicas e robóticas, efetuar várias horas de treino no simulador cirúrgico da Vinci®, assistir a reuniões científicas multidisciplinares e à apresentação de ensaios clínicos, estar presente na consulta externa e observar toda a dinâmica do Serviço.

Esta foi, sem dúvida, uma oportunidade imperdível, uma experiência fantástica e uma mais-valia para a minha formação enquanto urologista. Recomendo vivamente este estágio, tanto por ser realizado num centro de excelência a nível mundial, como pela vivência numa cidade extraordinária. Estou muito grata ao meu Serviço pelo incentivo e pela oportunidade de realizar este estágio, e à APU pelo apoio financeiro concedido.»



Maria José Freire com Karim Touijer, urologista e seu orientador de estágio no Memorial Sloan Kettering Cancer Center

JOÃO FERREIRA CABRAL

Recém-especialista em Urologia no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António



«Realizei, em julho de 2017, um estágio no Serviço de Urologia do Hospital Universitário de Hanôver, na Alemanha, dirigido pelo Prof. Markus A. Kuczyk. Composto por nove especialistas e oito internos, o Serviço desenvolve atividade operatória diariamente, com dois tem-

pos de cirurgia endoscópica (de utilização preferencial em regime ambulatorio) e um tempo de bloco central (em regime de internamento). Além disso, assegura o tratamento e seguimento em hospital de dia dos doentes do foro oncológico.

A rotina do Serviço inicia-se às 07h30, com a visita à enfermaria, seguida de uma breve reunião na qual se discute a evolução dos doentes internados ou assistidos no Serviço de Urgência e se apresentam as atividades a desenvolver no dia (bloco operatório, hospital de dia oncológico e consulta). As rotinas cessam por volta das 16h00 com nova reunião, na qual se reapresentam as atividades desenvolvidas durante o dia, com discussão de eventuais intercorrências. A reunião geral do Serviço decorre à quarta-feira após o almoço, com uma duração aproximada de três horas, e tem um caráter multidisciplinar, com a presença de radiologistas, patologistas, radio-terapeutas e internistas.

Durante o período do estágio, acompanhei especialmente o Prof. Thomas Herrmann na rea-

lização de técnicas de enucleação endoscópica da próstata (enucleação com energia bipolar e com *laser thulium*). Pude observar os diversos passos da técnica cirúrgica, desde a enucleação anatómica propriamente dita, hemóstase e morcelação intravesical do adenoma. Verifiquei o material necessário ao desenvolvimento da técnica, bem como os parâmetros de energia utilizados em cada uma das fases do procedimento. Acompanhei a evolução imediata dos doentes, bem como a consulta de pós-operatório, verificando os resultados funcionais da cirurgia realizada.

Esta técnica cirúrgica permite o tratamento, de forma minimamente invasiva, dos doentes com sintomas urinários obstrutivos e próstatas volumosas, tradicionalmente abordados por cirurgia convencional (Freyer/Millin). Considero, desta forma, que o estágio realizado foi uma mais-valia para a aprendizagem, introdução e difusão desta técnica cirúrgica, ainda com pouca expressão no panorama nacional.» ■

Revisão de conceitos sobre tumores do urotélio

O Módulo II do 2.º ciclo da Academia de Urologia, que decorrerá no Hotel da Montanha, em Pedrógão Pequeno, nos dias 24 e 25 do próximo mês de novembro, terá como tema central as neoplasias da bexiga e do urotélio alto. Numa perspetiva de interação e debate entre formadores e formandos, o objetivo é que os internos concluam esta formação com bons conhecimentos sobre as causas e as diversas estratégias de tratamento dos tumores uroteliais, sejam eles superficiais ou invasivos.

Sandra Diogo

«**A** Academia de Urologia é uma iniciativa que foi sempre apoiada por todo o corpo diretivo da Associação Portuguesa de Urologia. Este modelo de módulos não está esgotado e é muito bem-vindo pelos internos, o que se vê pela forte adesão que tem registado», começa por explicar Carlos Silva, urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, e um dos coordenadores deste módulo. O especialista não tem dúvidas quanto à pertinência do tema escolhido para este módulo, neoplasia do urotélio, na medida em que se trata «de um problema com grande representatividade clínica e para o qual há novos tratamentos, como é o caso das terapêuticas sistémicas».

À semelhança dos módulos anteriores, este encontro terá a duração de dois dias. No primeiro, estarão em debate os tumores da bexiga, desde a epidemiologia aos tratamentos, sem esquecer a fase de diagnóstico. «Vamos explorar o que está por trás do surgimento destes carcinomas, e seguir-se-á uma análise da abordagem multidis-



Carlos Silva

ciplinar, porque são várias as especialidades com as quais a Urologia terá necessidade de contactar, quer aquando do diagnóstico quer aquando do tratamento. E há áreas de fronteira com outras especialidades, como é o caso da Oncologia e da Radio-Oncologia», especifica o coordenador.

Neste contexto, Miguel Ramos, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António e também coordenador deste módulo, defende que um dos aspetos importantes do curso é «a participação de oradores com muita



Miguel Ramos

experiência e que se dedicam com mais interesse à patologia do urotélio», pelo que aguarda com muita expectativa uma boa interação entre estes especialistas e os internos.

Acompanhar a mudança

Lembrando que os tumores do urotélio podem ser não musculoinvasivos, com tratamento relativamente simples, ou invasivos, com risco de metastização e prognóstico muito diferente, Miguel Ramos refere que um dos propósitos deste módulo é ajudar os internos a perceber os desafios suscitados pelos carcinomas mais complicados. «A grande dificuldade é saber quais os tumores que têm probabilidade de se tornar invasivos, para que possamos adotar tratamentos mais eficientes, assim como melhorar a qualidade de vida destes doentes, sobretudo depois de uma cistectomia.»

As questões relacionadas com o tratamento, nomeadamente os avanços que têm surgido no âmbito das terapêuticas sistémicas dos cancros metastizados, estarão em análise neste curso. «Estamos a falar de tratamentos que parecem aumentar a sobrevida, com menos efeitos secundários e melhor tolerabilidade, fazendo com que não seja necessário realizar quimioterapia citóxica», especifica este urologista.

Por fim, haverá espaço para debater estratégias de terapêutica de suporte, até porque este tipo de apoio suscita, muitas vezes, dificuldades, tanto no que diz respeito aos tumores da bexiga, como aos do urotélio alto. «É essencial sabermos o que podemos oferecer a um doente que já não está numa fase curativa», conclui Carlos Silva. ■

TEMAS E ORADORES

24 de novembro

- **Epidemiologia, fatores de risco e carcinogénese urotelial** – Francisco Botelho
- **Anatomia patológica** – Rui Henriques
- **Diagnóstico clínico do cancro da bexiga e estadiamento** – Rodrigo Garcia
- **Tratamento e seguimento do tumor não musculoinvasivo** – Manuel Oliveira
- **Cirurgia radical (cistectomia radical, linfadenectomia e uretrectomia)** – Belmiro Parada
- **Terapêuticas conservadoras da bexiga (cistectomia parcial e terapêutica trimodal)** – Rodrigo Garcia
- **Derivações urinárias e complicações metabólicas** – Manuel Oliveira
- **Terapêutica sistémica no cancro da bexiga** – Carlos Silva
- **Melhor terapêutica de suporte** – Catarina Gameiro
- **Atividade motivacional**

25 de novembro

- **Tratamento dos outros tumores vesicais** – Francisco Botelho
- **Diagnóstico e estadiamento das neoplasias do urotélio alto** – Catarina Gameiro
- **Tratamento cirúrgico dos tumores do urotélio alto** – Miguel Ramos
- **Tratamento sistémico dos tumores do urotélio alto** – Belmiro Parada
- **Teste de avaliação de conhecimentos (quiz)**

JOSÉ LUÍS CARNEIRO DE MOURA



«Nunca me inclinei perante ninguém, a não ser os doentes»

José Luís Carneiro de Moura é um homem de paixões. Na Medicina, assume várias, como a cirurgia de acesso mínimo e a investigação científica, mas nenhum sentimento profissional lhe é tão intenso como aquele que nutre pela instituição que serviu toda a vida: Hospital de Santa Maria (HSM), em Lisboa. Nesta entrevista, o urologista de 80 anos evoca alguns dos momentos mais importantes dos 13 anos em que liderou o Serviço de Urologia do HSM (1994–2007) e desvenda o processo de rejuvenescimento pelo qual passou desde a sua aposentação, dedicando-se de tal forma ao exercício físico que chegou a correr mais de 1 000 quilómetros num só ano.

Rui Alexandre Coelho

Pode-se dizer que a sua carreira se funde com o HSM?

Entrei no Hospital de Santa Maria em 1955, jovem estudante de 17 anos, tripulando uma Vespa, e saí, em 2007, como diretor do Serviço de Urologia e professor regente da cadeira, os dois mais altos cargos da instituição. Excluindo o serviço militar em Angola, entre 1963 e 1965, e o tempo na Universidade de Yale, nos EUA, passei a vida a tratar doentes no CHLN/HSM com «diligência vitoriana e ética supletiva», como dizia João Lobo Antunes.

Que tipo de aluno foi?

Um aluno cujas classificações orientavam para uma carreira académica. E desde cedo deixei vincada uma das minhas características, que é a inclinação para a investigação. Anos depois de ter concluído a tese de licenciatura sobre o fenómeno da diurese osmótica, a minha tese de doutoramento foi uma investigação *in vitro* sobre a permeabilidade vesical. Este estudo deu origem a um artigo na reputada revista *Nature*, em 1982, com a demonstração eletrofisiológica do fenó-

meno de translocação de membrana nas células do urotélio. Pela sua originalidade, mereceu um editorial intitulado «Beijos de membrana». Até à data, nunca existia uma tese em Urologia com um tema fora da clínica.

Teve figuras de referência no internato?

À data, pude escolher os melhores Serviços, porque se aplicava a prerrogativa das classificações (tive média de 18 no curso e de 20 valores na tese), e fiz a minha formação cirúrgica com Jaime Celestino da Costa, mestre carismático que me marcou imenso porque me deu uma visão antimecanicista da cirurgia. Ele escreveu um célebre artigo intitulado «Porquê o Farabeuf?», que criticava o modelo cirúrgico francês, no qual a cirurgia portuguesa se baseava. Depois, entrei para o internato de Urologia, que fiz por inteiro no Serviço do Hospital de Santa Maria, sob influência do meu pai, pedagogo e cirurgião excecional. Depois de me tornar especialista, em 1972, e chefe de Serviço, em 1990, cheguei a esse momento culminante para um profissional que fez toda a sua carreira no mesmo hospital: o de dirigir o seu Serviço. Aconteceu em 1994 e, um ano depois, assumi a regência da cadeira de Urologia.

A que desafios teve de responder?

Encontrei enormes carências técnicas e humanas num Serviço que tinha o ónus de assegurar uma urgência externa, com presença física, durante 24 horas por dia e 365 dias por ano. Como os outros hospitais se refugiavam nas urgências internas, a minha equipa carregava todo esse peso da urgência externa com poucos especialistas: eram sete quando cheguei e, entretanto, ficámos com dez. Basta dizer que, entre 1994 e 2003, se fizeram mais de 6 000 derivações urinárias, como nefrostomias percutâneas e colocação de stents.

Que outras medidas fulcrais tomou nesse período?

A minha ação inicial incidiu, essencialmente, em adotar uma estratégia de racionalização e refinamento dos recursos existentes. Por exemplo, para lidar com um problema das listas de espera – a desatualização do perfil de risco – conseguimos, em colaboração com o Serviço de Anestesiologia, criar uma consulta de avaliação pré-operatória. Cerca de uma semana antes da intervenção cirúrgica, num único dia, os doentes atualizavam os exames e faziam pré-colheita para autotransusão, quando indicada. O Serviço de Urologia viria, aliás, a ser líder de transfusões autólogas na instituição. Talvez indicador dessa estratégia foi o estudo que apresentámos no V Congresso Asiático de Urologia, em Pequim, no ano 2000, relatando 24 casos de doentes submetidos a cirurgia prostática com idade igual ou superior a 85 anos e mortalidade zero.

Que ligação teve às modalidades terapêuticas minimamente invasivas?

Comecei por ser um defensor acérrimo do uso da ressecção transuretral da próstata [RTUP], uma operação fascinante alternativa à cirurgia aberta. Depois, introduzi no Serviço de Urologia do HSM vários procedimentos cirúrgicos de invasão mínima, incluindo a primeira utilização de cateter duplo J (1982). Para o Serviço, a instalação da Unidade de Litotricia Interdisciplinar, em 1991, foi um momento histórico, pois foi a primeira vez que um hospital do Serviço Nacional de Saúde no sul do país teve acesso a uma técnica revolucionária minimamente invasiva, na época estado da arte. A Unidade reforçou o estatuto do HSM como hospital europeu universitário e ampliou a sua utilidade social.

Como foi a experiência de trabalhar no contexto de um hospital universitário?

O Hospital de Santa Maria proporcionou-me uma vivência única da Urologia. Dotado de todas as valências, permite uma ação interdisciplinar transversal, e esta partilha faz com que, por exemplo, esteja especialmente vocacionado para o tratamento das doenças oncológicas. No que toca ao ensino, é o terreno ideal para todas as situações de aprendizagem pré e pós-licenciatura. A ligação

PERCURSO PROFISSIONAL

- **1963: licenciatura em Medicina e Cirurgia pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL);**
- **1963-1965: alferes miliciano médico em Angola;**
- **1968: assistente livre da cadeira de Urologia da FMUL;**
- **1968-1971: interno complementar de Urologia no Hospital de Santa Maria (HSM);**
- **1972: especialista em Urologia pela Ordem dos Médicos;**
- **1981-1982: visiting fellow na Universidade de Yale, nos EUA;**
- **1982-1988: secretário-geral da Associação Portuguesa de Urologia;**
- **1990-1994: chefe de Serviço de Urologia no CHLH/HSM;**
- **1994-2007: diretor do Serviço de Urologia do CHLN/HSM;**
- **1995: provas de doutoramento e início de funções como professor auxiliar na FMUL;**
- **2003: professor associado da FMUL;**
- **2007: aposentação.**



A seguir à reforma, o urologista chegou a fazer duas meias maratonas por ano, tendo perdido 20 quilos. Nesta foto, disputava a Meia Maratona de Lisboa, em 2011

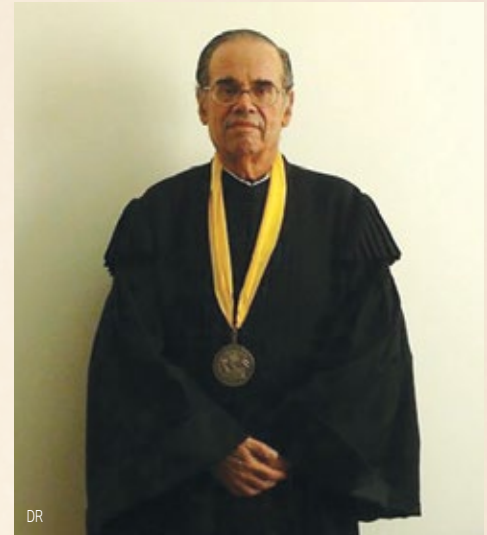
entre o ensino, a prática clínica e a investigação é a razão de ser do médico que quer fazer Urologia num hospital universitário. Dizia William Osler que, no seu epitáfio, só queria que dissessem que tinha ensinado estudantes de Medicina nas enfermarias.

Quais os principais marcos do Serviço no período em que o dirigiu?

A implementação da prostatectomia radical, a prática da litotricia extracorpórea por ondas de choque e a introdução de técnicas inovadoras em endourologia, mas também o incremento da investigação clínica nessas áreas, com apresentações a nível nacional e internacional, a que se juntam os protocolos de investigação clínica sobre o bloqueio androgénico no cancro da próstata metastático a nível europeu (enquadrados na European Organisation for Research and Treatment of Cancer – EORTC). No ensino, destaco os cursos de formação pós-graduada com figuras cimeiras da Urologia mundial. Fui também pioneiro na partilha de cuidados com os especialistas em Medicina Geral e Familiar.

Terminou o seu percurso no HSM em 2007. Que balanço faz?

Fui diretor do Serviço de Urologia com três conselhos de administração sucessivos, tendo deixado uma equipa de dez especialistas. Se compararmos os números *per capita*, diria que nunca tão poucos fizeram tanto. A todos os que me acompanharam nos desafios dessa viagem, aqui deixo o meu profundo reconhecimento. Claro que gostaria de ter contado com outras condições, mas nunca me inclinei perante ninguém, a não ser perante os doentes. Foi um privilégio ter trabalhado ali. Aquela instituição é o templo onde pratiquei a minha «religião», procurando aliviar o sofrimento humano com compaixão.



José Luís Carneiro de Moura, em 2006, antes de uma cerimónia de boas-vindas aos novos alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Para onde caminha a Urologia e a investigação nesta área?

A pujança da investigação urológica é impressionante a nível mundial e, entre nós, também aumentou, com alguns centros a evoluírem bastante, sobretudo em Coimbra e também no Porto. Hoje, no HSM, um jovem interessado na investigação básica já não sente as dificuldades que eu senti, dado que dispõe dos vastos recursos do Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes. Cada vez mais se veem estudos de investigação clínica que associam parâmetros de genética molecular para estratificar as situações e controlar a eficácia terapêutica. Há aqui um novo tipo de investigação que é altamente profícuo.

Como ocupa os seus dias desde que deixou a prática clínica?

Transformei-me num vigorético, desde que me aposentei, e comecei a correr. Fiz 10 000 km entre 2006 e 2017; cheguei a correr 1 200 km por ano. No ano passado, deixei de conseguir correr, mas continuo a ir ao ginásio todos os dias. Sou um divulgador dos benefícios do exercício. Aquilo que retirava da corrida era a superação. Deixar de fazer corrida de longa distância foi uma das minhas maiores perdas. Quando se ultrapassa aquele momento em que se pensa ter atingido os limites da resistência, entra-se num estado de gozo quase sensual.

Que outros passatempos tem?

Contemplar a natureza. Quando estou em Colares, todas as manhãs vou ver o mar, sou um leitor compulsivo e oiço muita música – faço viagens para ouvir ópera, sobretudo Wagner, e tenho a assinatura para os ciclos da Gulbenkian e do Teatro Nacional de São Carlos. A isso acresce ser peregrino de museus e também «cozinheiro improvável», como diz a minha mulher. ■

Consulta de *pop-rock*

com Paulo
Temido

Além da Urologia, a que se dedica no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Paulo Temido tem outra «especialidade», que exerce sem diploma e por gosto próprio: a de estudioso da cena musical *pop-rock*, sobretudo a portuguesa. Nesta conversa, que incluiu a partilha dos gostos musicais do nosso entrevistado e das múltiplas formas como explora o fenómeno, confirmámos que a fama equivale ao proveito: conversar com Paulo Temido é mesmo música para os ouvidos.

Rui Alexandre Coelho



Morou desde cedo em Coimbra, mas foi ali perto, em Soure, que nasceu. Era naquela vila que passava os fins de semana e foi lá que aderiu a um grupo de jovens que promovia atividades culturais, além de formação religiosa. Entre outras coisas, o grupo de jovens fazia espetáculos de teatro, e o teatro necessita de música. Sem conseguir precisar, Paulo Temido desconfia que o seu gosto pela música terá «germinado a partir daí», no fim dos anos 1970.

Viveu o marcante período da adolescência nos anos 1980. As suas primeiras memórias «de gostar, procurar música, comprar discos e partilhá-los com os amigos» remontam ao início dessa década, a última sem Internet, quando surgiu o grande boom do *rock* cantado em português, pelo qual foi contagiado.

Apesar de não saber tocar qualquer instrumento – «as tentativas foram sempre paradas por outras necessidades», admite –, Paulo Temido faz questão de que a experiência de ouvir

uma música seja mais plena do que o processo passivo-aborrecido de gostar/não gostar e passar à frente. E uma das formas de enriquecer essa experiência é estudar a literatura da área.

É nesse sentido que tem uma palavra a dizer sobre a ideia feita de que foi Rui Veloso a dar o pontapé de saída no *rock* cantado em português, com «Chico Fininho», em 1980. Com base na informação que procurou, Paulo Temido refere que o *single* «Cavalos de Corrida», editado no mesmo ano pelos UHF e considerado o segundo grande tema da vaga roqueira portuguesa da época, foi, na verdade, o primeiro. «A questão é que os UHF fizeram o caminho ao contrário do Rui Veloso: primeiro foram para a estrada dar concertos e cantar o tema, e só depois o gravaram.»

Locutor de rádio na clandestinidade

Editado em 1983, «Let's Dance», de David Bowie, não foi o primeiro disco de Paulo Temido, mas foi o primeiro que comprou. Aliás, as bandas que o

marcaram foram aquelas que tiveram êxito nos anos entre o fim da sua adolescência e o início da idade adulta.

Dentro da música anglo-saxónica, as primeiras bandas que seguiu com atenção foram os Dire Straits e The Cure. Os UHF, «com um *rock* de intervenção política», e os Rádio Macau, «com um conjunto de quatro ou cinco músicas muito significativas», foram os projetos portugueses que mais o marcaram. Uns e outros continuam a dizer-lhe muito. Amores de juventude perduram.

Com as plataformas digitais ainda distantes, a troca de discos era um dos caminhos seguidos pelo atual presidente da Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia (APNUG) para chegar à novidade. Assim conheceu alguns tesouros tão belos como fugazes do cancionero nacional, casos de «40 graus à sombra», dos Radar Kadafi, ou «Já não há heróis», dos In Loco.

No tempo das rádios «fora da lei», o urologista também deu o seu contributo a um programa de

RECEITAS MUSICAIS DE PAULO TEMIDO

- ▶ Que canção nos prescreveria para ouvirmos de manhã e ficarmos despertos para um novo dia? «*Move Faster*», *Fingertips*
- ▶ Que canção recomendaria para ajudar no trabalho de equipa no bloco operatório? «*Dá-me a tua melhor faca*», *Linda Martini*
- ▶ Com que canção se «automedicaria» no regresso a casa, depois de uma jornada de trabalho, para relaxar? «*Esse olhar que era só teu*», *Dead Combo*
- ▶ Que canção sombria se adequa a um doente desmotivado, que desistiu de aderir à terapêutica? «*Lullaby*», *The Cure*



Ouçã as músicas referidas por Paulo Temido através deste QR code ou do link www.youtube.com/playlist?list=PLTQvTqGU2b4ze0jSii-H0IH5SniEz-63C



OLP «Let's Dance», de David Bowie, foi o primeiro álbum comprado por Paulo Temido, em 1983



As diferentes fases da coleção do urologista: cassetes gravadas (esquerda), LP (centro) e CD (direita). Anos de partilha com amigos fizeram com que perdesse o rasto a boa parte dos álbuns comprados

uma rádio pirata, a Rádio Saurium, criada em 1987, atual Rádio Popular de Soure. Sem linha editorial a seguir, passava discos a seu bel-prazer. «Hoje, qualquer programa de rádio tem um *jingle* de abertura, mas na altura isso não acontecia. O nosso programa foi o primeiro naquela rádio a ter um *jingle*: usámos uma mesa de mistura para conseguir o resultado mais sofisticado possível», recorda.

Mas a «Meca» musical deste especialista, que tem como principais áreas de interesse a Urologia funcional e do pavimento pélvico, a cirurgia reconstructiva e a Oncologia urológica, era mesmo a Queima das Fitas de Coimbra, que sempre encarou como a sua própria festa, uma vez que estudou e trabalhou toda a vida naquela cidade. Ali assistiu aos seus primeiros concertos e aos de muitas das suas bandas favoritas, como Xutos e Pontapés, GNR, Heróis do Mar, Sétima Legião e BAN. Hoje, Paulo Temido continua a envolver-se no imaginário académico da cidade, tendo participado, este ano, no cortejo da Queima das Fitas, 27 anos após concluir a sua licenciatura na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. «Claro que houve alguns anos em que participei menos, mas nunca me desliguei completamente e espero que assim continue.»

«Amena cavaqueira» com os Scorpions

«Em 2013, os Capitão Fausto viajavam rumo a Guimarães quando ficaram “presos” na A1, devido a um acidente que envolveu um camião. O trânsito ficou cortado durante horas e, para se entreter, o baterista do grupo, Salvador, montou o seu equipamento no asfalto e deu um concerto de improviso.» Esta é uma das muitas histórias do universo musical *pop-rock* conhecidas por Paulo Temido. «Além de fazer muita pesquisa em plataformas digitais, estou ligado a vários grupos de partilha de música no Facebook e vou encontrando muitas histórias, que considero o sal e a pimenta das músicas.»

Além de procurar histórias de outros, o urologista também tem as suas próprias para contar. Uma delas aconteceu-lhe em 2007, no primeiro dia do Congresso da European Association of Urology, em Berlim: depois de ter saído para almoçar, encontrou os músicos dos Scorpions no *hall* de entrada do Congresso. «Meti conversa com

eles e perguntei o que estavam ali a fazer. Foram muito cordatos, sem tiques de estrelas de *rock*, e fiquei a saber que tinham sido convidados para tocar na sessão de abertura do Congresso, o que aconteceria dentro de poucos minutos. Dei por mim ali, em amena cavaqueira com os Scorpions.»

Em cada canção, Paulo Temido procura um encanto maior. Nesse sentido, com ouvido de produtor, tem por hábito isolar instrumentos nas músicas e ouvi-las por etapas. «Às vezes consigo ouvir uma música inteira apenas focado no baixo ou na bateria. Isso permite-me obter *nuances* diferentes. É como se as recriasse.»

Mas pôr a imaginação a trabalhar para proveito próprio não esgota o envolvimento do urologista na música, nomeadamente a portuguesa: também exerce um papel ativista. «Há cerca de um ano, em

conversa com um amigo, estávamos a falar de música e disse-lhe que gostava particularmente da portuguesa. Como ele desvalorizou, e para lhe provar o contrário, comecei a publicar músicas portuguesas no Facebook, por vezes associando um texto. Entretanto já o convenci do valor da música portuguesa. A ele e a outros.»

Atualmente, fruto de exigências profissionais e familiares, o urologista dedica menos tempo a explorar o seu gosto «fora da caixa», mas frisa que continua a acompanhar as novidades musicais portuguesas, destacando o trabalho de músicos como Manuel Cruz, Samuel Úria e de bandas como Dead Combo e Linda Martini – neste caso sem grande apoio familiar. «Tenho tentado “fazer catequese” lá em casa pelos Linda Martini, por enquanto sem sorte...», brinca Paulo Temido. ■

INVESTIGAÇÃO E CURIOSIDADES

Scorpions

«Durante anos, a letra da música “Wind of Change” evocou-me a mudança política que tinha havido no leste europeu. Só mais tarde, depois de investigar sobre isso, é que me apercebi que, efetivamente, a letra tinha sido escrita poucos meses antes da queda do muro de Berlim, após a *tour* dos Scorpions pela Rússia, em 1988, inspirada pelos ventos de mudança que atingiram aquela zona do Velho Continente.»

GNR

«Quando da formação da banda, e durante alguns anos, os GNR (Grupo Novo Rock) tiveram problemas com a Guarda Nacional Republicana por usarem a sua sigla. Depois, a polémica acalmou e, em 2008, até houve um concerto conjunto entre a banda da Guarda Nacional Republicana e os GNR, em Guimarães, que serviu de apaziguamento público entre as hostes.»

Tédio Boys

«A viatura desta banda de Coimbra, que incluía o Paulo Furtado (The Legendary Tigerman) na guitarra, era um carro funerário dos anos de 1950. Parecia um carro de *gangsters* e causava um certo impacto quando eles iam para os concertos. Um colega meu do Hospital dos Covões era *manager* deles e, de vez em quando, também ia para o hospital no carro funerário, só para dar espetáculo.»

Jorge Palma

«Editado em 2007, o 13.º álbum do Jorge Palma chamou-se “Voo noturno” e teve uma música de grande sucesso, “Encosta-te a mim”. Quatro anos depois, ele foi a Las Vegas casar-se com uma antiga namorada, mesmo à artista. Foram de Portugal para os EUA num voo noturno e casaram-se, não ao som da marcha nupcial, mas da canção “Encosta-te a mim”. Para Jorge Palma, o número 13 foi mesmo de sorte.»

Comentários de Paulo Temido



