



Aceda à versão digital

UROLOGIA ACTUAL



Devolver tempo à interação médico/doente

Os oradores e moderadores da mesa-redonda «Litigância e jurisprudência» (P.14) são unânimes na afirmação de que a progressiva redução do tempo de consulta é o que mais justifica o aumento de conflitos e até litígios entre médicos e doentes. Não há tempo para o essencial, como explicar a doença e o tratamento, muito menos para gerar empatia. Em resultado, os doentes acusam cada vez mais os médicos de negligência, um cenário que urge reverter. O programa de hoje e amanhã inclui ainda os seguintes temas: complicações de anastomoses e próteses (P.4), otimização da recuperação cirúrgica (P.6), complicações em cancro da próstata (P.8), efeitos adversos da terapêutica médica (P.10) e «casos-catástrofe» (P.15). A não perder também as reuniões do NIAPU (P.11) e do Colégio da Especialidade (P.12)



Jornal da:



Associação
Portuguesa
de Urologia

www.apurologia.pt



Instantes





Ficha Técnica

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

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
Correio do leitor: urologia.actual@gmail.com
Depósito Legal: N.º 338826/12

Edição:



Campo Grande, n.º 56, 8.º B, 1700-093 LISBOA
Tel.: (+351) 219 172 815 | geral@esferadasideias.pt
www.esferadasideias.pt | **f** 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 e Rui Santos Jorge ■ **Design/paginação:** Susana Vale

Patrocinadores desta edição:



Desafios das anastomoses, das próteses penianas e dos esfíncteres artificiais

Depois de uma sessão de apresentação de vídeos, este segundo dia do Simpósio APU 2018 arranca com a mesa-redonda que, entre as 9h30 e as 10h45, vai debater as complicações das anastomoses, nomeadamente as derivações urinárias, da colocação de próteses penianas e da implantação de esfíncteres urinários artificiais. Os três oradores partilharam com o *Urologia Actual* os resumos abaixo, que servem de «aperitivo» para as suas preleções.

Os pormenores fazem a diferença nas anastomoses

«As complicações associadas à cirurgia vesical estão sobretudo relacionadas com a derivação urinária, em particular com a anastomose realizada entre o trato urinário e o gastrointestinal. Mais importante do que tratar estas complicações, sobretudo a estenose, é ter atenção à prevenção da sua ocorrência. Neste aspeto, é fundamental que a manipulação do ureter seja mínima, com máxima preservação da sua vascularização, assegurando uma adequada drenagem da urina, para prevenção não só da estenose, mas também das fístulas urinárias. Nesta sessão, vou dar particular ênfase a diferentes abordagens na técnica cirúrgica por forma a reduzir a incidência de complicações associadas a este tipo de anastomoses, tendo por base a revisão da literatura, bem como o que vou aprendendo com a minha prática diária. A cirurgia radical da bexiga é o procedimento com maior morbidade na prática urológica, porque implica várias intervenções simultâneas, em doentes já de si debilitados, sendo que as complicações estão sobretudo associadas à derivação urinária. Assim, o sucesso desta cirurgia depende de termos especial atenção aos pormenores técnicos e a diferentes truques que farão toda a diferença no resultado final. Obviamente que não existe apenas uma técnica correta, mas é fundamental cumprir os princípios básicos do procedimento, que, por vezes, são descurados. Por isso, nunca é de mais insistir que os pormenores farão a diferença no sucesso, não só das anastomoses, mas de toda a cirurgia radical e reconstrutiva da bexiga e do ureter.» **Manuel Castanheira de Oliveira, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António**



Quando nem tudo corre bem com a prótese peniana



«O implante de prótese peniana é uma excelente solução para a disfunção erétil grave, que é refratária aos tratamentos conservadores. Trata-se de uma cirurgia relativamente simples, na medida em que não impõe grandes dificuldades técnicas. Apesar disso, o cirurgião que coloca a prótese deve ser experiente na resolução das complicações infecciosas e mecânicas, que, embora pouco frequentes, são devastadoras. Portanto, exige-se um conhecimento aprofundado sobre as complicações associadas ao implante de prótese peniana e a sua resolução, tanto no intra como no pós-operatório. As complicações podem surgir nos diferentes momentos cirúrgicos. Por isso, vou falar sobre os truques que podemos utilizar na fase de preparação do doente e durante a própria intervenção cirúrgica para evitarmos as complicações. Quanto ao período pós-operatório, vou focar-me, sobretudo, nas formas de resolução das complicações mecânicas das próteses penianas, até porque podem ter consequências devastadoras. Entre estas, realce para a infeção, o mau funcionamento da prótese, a erosão do componente e o mau funcionamento de parte do dispositivo, partindo do pressuposto que estamos a falar da colocação de próteses com três componentes.»

Nuno Tomada, urologista e investigador no i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde da Universidade do Porto

Esfíncter urinário artificial para casos muito selecionados

«A cirurgia para implantação de esfíncter urinário artificial não é complexa, mas deve ser realizada por especialistas e centros com algum volume cirúrgico, porque é um procedimento caro. Um esfíncter custa cerca de nove mil euros e muitos hospitais portugueses nem sequer têm orçamento para poderem abraçar esta valência. Devido ao elevado custo e para evitar complicações, temos de ser muito rigorosos e selecionar bem os doentes que devem realizar esta cirurgia, porque nem todos os casos de incontinência urinária são candidatos a implantação de esfíncter urinário artificial. As complicações deste procedimento podem ser classificadas em dois tipos: as precoces, que surgem durante a cirurgia, no período perioperatório ou no pós-operatório imediato (infeção urinária, hemorragia e outras); e as mais tardias, que podem ser a falência mecânica do esfíncter artificial, novamente a infeção ou a erosão do esfíncter, que ocorre sobretudo em doentes submetidos a radioterapia. Nos doentes com problemas de defesa imunitária, como é o caso dos diabéticos, a maioria destas complicações só se resolve com outra cirurgia. A exigência de o doente ter destreza manual para manipular o esfíncter, o que não é necessário com os *slings*, constitui outro desafio. Por isso, um doente que tenha sofrido um acidente vascular cerebral ou que sofra de tremor neurológico, por exemplo, não deve ser candidato à implantação de esfíncter artificial. Além disso, o doente deve ter a capacidade mental e cognitiva suficiente para compreender como é que este esfíncter funciona.» **Francisco Martins, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria** ■





«No pós-operatório, o objetivo principal é padronizar cuidados para que o doente tenha alta o mais cedo possível»

Criado na Suécia e na Dinamarca, o programa ERAS® (*Enhanced Recovery After Surgery*) chegou a Portugal em janeiro de 2017, estando a ser implementado no Hospital Beatriz Ângelo (HBA), em Loures. **Luís Palma Féria**, cirurgião-geral neste hospital, vem ao Simpósio APU 2018 apresentar este projeto multidisciplinar que é baseado na evidência científica e centrado no doente, com o objetivo final de melhorar a recuperação cirúrgica. Em entrevista, o preletor da conferência «ERAS – otimização da prevenção e do controlo de complicações», com início agendado para as 11h15 de hoje, explica que a padronização dos cuidados pós-cirúrgicos contribui para que o doente regresse o mais rapidamente possível à sua vida normal.

Rui Alexandre Coelho

Quais os pilares em que assenta o programa ERAS®?

É um programa que já vem sendo aplicado em todo o mundo há vários anos. Foi criado na Suécia e na Dinamarca, em colaboração com o Reino Unido, tendo a sede na capital sueca, Estocolmo. Entretanto, já foi mesmo criada a sociedade ERAS®, que existe como tal desde 2010. O objetivo último desta iniciativa é melhorar e homogeneizar os cuidados perioperatórios prestados aos doentes submetidos a determinadas intervenções cirúrgicas. Em consequência, pretende-se acelerar a recuperação, facilitando o retorno precoce do doente à sua vida normal.

Existem muitas lacunas no seguimento dos doentes após cirurgia?

O que verificamos é que há uma grande discrepância no tratamento dos doentes nos períodos pré, intra e pós-operatório. Essa uma grande variabilidade, quer entre países quer dentro do próprio país e até do próprio hospital, não contribui para bons resultados. Por outro lado, existe também um grande lapso temporal entre os conhecimentos científicos baseados na evidência e a sua aplicação à prática clínica. Há muitos estudos que mostram que essa distância é de cerca de 15 anos.

Como é que o programa ERAS® contribui para a uniformização dos cuidados?

Atuando nas fases pré, intra e pós-operatória de forma multidisciplinar, com o envolvimento de médicos de várias especialidades e enfer-

meiros, dietistas, fisioterapeutas, fisiatras. Em primeiro lugar, pretende-se que o doente esteja o mais bem preparado possível para a cirurgia. Depois, no intraperatório, o mais importante é que os anesthesiologistas e cirurgiões trabalhem em conjunto para conseguirem os melhores resultados. Por fim, no pós-operatório, o objetivo principal é padronizar todos os cuidados, de forma a que o doente tenha alta o mais precocemente possível. O intuito de enviar o doente para casa rapidamente não passa por o tirar do hospital, reduzindo custos, mas sobretudo por o proteger de todos os problemas que podem decorrer do internamento, nomeadamente da exposição a bactérias hospitalares.

Para que tipo de cirurgias este projeto é mais indicado?

No início, o ERAS® foi desenvolvido para a cirurgia do cólon e do reto. Posteriormente, foi-se alargando a outras áreas, nomeadamente à Urologia, à Ginecologia, à Ortopedia e à Cirurgia Cardíaca. No âmbito da Urologia, este programa aplica-se, sobretudo, às cistectomias radicais, cuja variabilidade de cuidados pós-cirúrgicos é muito problemática do ponto de vista dos resultados do doente.

Que crescimento tem registado este programa a nível mundial?

O ERAS® já está bem estabelecido, não só em países desenvolvidos, como aqueles do norte da Europa onde foi iniciado, mas também em regiões mais carenciadas da América Latina, da Ásia e de África. Assim acontece porque está



completamente demonstrado que os resultados deste programa são bons em qualquer tipo de hospital. É por isso com muito entusiasmo que estamos a iniciar este projeto em Portugal.

Como está a decorrer a implementação no Hospital Beatriz Ângelo?

O programa ERAS® está em curso no HBA desde janeiro de 2017, sendo que começou por ser aplicado na cirurgia colorretal. Alguns meses volvidos, apostámos na cirurgia do pâncreas e estamos a avançar agora para a cirurgia hepática e para a urológica. Temos também já preparada a progressão para a cirurgia ginecológica maligna e, depois, para outras áreas cirúrgicas, nomeadamente a Ortopedia, no âmbito da qual pretendemos começar pelas artroplastias da anca e do joelho.

Até que ponto as equipas multidisciplinares são importantes dentro do modelo de atuação preconizado pelo ERAS®?

São fulcrais! No nosso hospital, temos equipas multidisciplinares que funcionam por patologia e em todo o internamento do doente. Este conceito aplica-se também em determinadas áreas dos cuidados intensivos, nomeadamente nos cuidados a doentes com enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e pneumonia grave, e ainda no internamento em geral. No HBA, já temos este caminho multidisciplinar projetado. ■



Adversidades no âmbito do cancro da próstata

As complicações do cancro da próstata (CaP) e de algumas das suas abordagens diagnósticas e terapêuticas estarão no cerne da mesa-redonda que se realiza entre as 16h00 e as 17h00 de hoje. Uma oportunidade para perceber o lugar do rastreio do CaP no atual contexto de algum sobrediagnóstico e sobretatamento, os desafios das novas biópsias dirigidas e os esforços para manter a função urinária após prostatectomia radical.

Sobrediagnóstico e sobretatamento

«O sobrediagnóstico é o diagnóstico de uma patologia ou condição que, se não fosse reconhecida, não causaria sintomas ou prejuízo para o doente durante o seu tempo de vida. O sobretatamento é a consequência lógica do sobrediagnóstico. No caso do cancro da próstata (CaP), esta conduta de extremo zelo pode revelar-se prejudicial, resultando em sequelas como disfunções sexuais ou incontinência urinária, entre outras. Por isso, na atualidade, o rastreio do CaP é visto como um tema controverso. Na verdade, não está claro se este rastreio deve ser realizado de forma rotineira, porque os dados disponíveis mostram taxas de benefício ao nível da mortalidade que são discordantes. Na melhor das hipóteses, pensamos que o rastreio do CaP pode levar a uma pequena redução da taxa de mortalidade, mas à custa de um sobrediagnóstico e de um sobretatamento consideráveis. Neste momento, as avaliações decorrentes de um dos dois principais estudos nesta área, o europeu, parecem indicar que, quanto mais precoce for o rastreio, maior será o benefício em termos de redução da taxa de mortalidade. Isto leva-nos a crer que o rastreio do CaP continuará a ter o seu papel importante, mas não nas condições atuais. Por um lado, temos de reduzir o tratamento excessivo de doentes que não necessitem de ser tratados; por outro lado, devemos diminuir as sequelas das terapêuticas necessárias.» **Pedro Eufrásio, urologista no Centro Hospitalar de Leiria/Hospital de Santo André**



Novas biópsias, novas complicações?



«O objetivo principal das novas biópsias prostáticas, que se realizam através de técnicas dirigidas ou de fusão, é chegar ao diagnóstico com maior certeza e, se possível, menos taxa de complicações. Isto é importante porque a biópsia prostática *standard* não se tem revelado isenta de complicações, principalmente as infecciosas, que são as que mais assustam e cuja percentagem tem vindo a aumentar. Além das infeções, as complicações mais comuns da biópsia clássica da próstata são a hematúria e a hematospermia, mas estas não são muito preocupantes. De facto, as complicações infecciosas são as que mais nos preocupam, nomeadamente as febres que podem evoluir para sépsis. Na biópsia realizada por via transretal há um risco infeccioso elevado. Mas, se mudarmos a via de abordagem, talvez consigamos reduzir a taxa de complicações. O que pode acontecer é, porventura, começarmos a ter outras queixas, sobretudo urinárias. Por isso, temos de perceber o que é menos significativo para cada doente. Há estudos atuais que tentam relacionar o número de fragmentos da próstata retirados com a biópsia com o número de complicações, no entanto, o que começa a ser cada vez mais evidente

é que o principal preditor de complicações não é o número de fragmentos, mas sim a via de abordagem.» **João Pina, urologista no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São José**

Incontinência e estenose da anastomose após prostatectomia radical

«A função urinária tem grande impacto na satisfação do doente após a cirurgia da próstata e é o mais forte preditor de qualidade de vida após prostatectomia radical (PR). Dado que o *screening* do cancro da próstata (CaP) tem como objetivo, cada vez mais, o diagnóstico precoce para detetar, e não propriamente para tratar, importa também refletir sobre o binómio sobrediagnóstico/sobretatamento em relação à incontinência urinária (IU) pós-PR. Na avaliação da função urinária a longo prazo pós-PR, há uma escassez de estudos que estimem quanto da função urinária pós-operatória o doente recuperou, o que dificulta a aplicação de conhecimentos com base na evidência para aconselhar os homens que ficaram com IU após a cirurgia. É que não nos podemos esquecer de que existe um *pool* de doentes com potencial de recuperação para além dos 12 meses pós-PR. Por sua vez, a estenose da anastomose é uma complicação bem conhecida da prostatectomia radical e, geralmente, é tratada de forma endoscópica, quer por dilatação quer por incisão ou ressecção da estenose. No entanto, há o estigma de que poderá inferir novamente IU. Por isso, com base nos estudos nacionais e internacionais existentes nesta área, importa dar a conhecer as taxas de recuperação da continência após incisão da anastomose, assim como as taxas de re-estenose da anastomose.» **José Pedro Cadilhe, urologista na Unidade Local de Saúde do Alto Minho/Hospital de Santa Luzia, em Viana do Castelo**





Efeitos adversos da terapêutica médica

A atenção que se deve dar às interações medicamentosas no âmbito da Urologia funcional e aos efeitos colaterais indesejados da administração de terapêuticas intravesicais e dos novos fármacos de imunoterapia, bem como aos efeitos secundários da radioterapia externa, da braquiterapia e da crioterapia, são os temas que protagonizam a mesa-redonda que dá início ao programa desta tarde (das 14h00 às 15h30). Fique com o resumo antecipado do que será discutido.



Ferdinando Pereira (moderador), Paulo Azinhais, Ricardo Pereira e Silva e Rodrigo Ramos

Relevância de uma abordagem farmacológica integrada

«No âmbito das disfunções do armazenamento e do esvaziamento da bexiga, além de nos preocuparmos com os efeitos adversos das terapêuticas que prescrevemos, também temos de ter atenção aos fármacos que os doentes já tomam para outras patologias. Por exemplo, alguns antidepressivos seletivos podem interferir no esvaziamento e alguns medicamentos utilizados a nível neurológico, como certos antedemenciais, podem prejudicar a capacidade de armazenamento da bexiga. Isto quer dizer que estes tratamentos podem provocar ou agravar uma bexiga hiperativa previamente existente, mas clinicamente insignificante. No fundo, queremos que, na colheita da história clínica, os nossos colegas urologistas tenham uma visão global sobre algumas terapêuticas para as quais é preciso estar particularmente atento, percebendo se o doente as está a tomar, pois podem ter influência sobre a patologia urológica. É frequente que os doentes estejam polimedicados e, conversando com os colegas das outras especialidades envolvidas nas diferentes comorbilidades, até poderíamos adotar uma abordagem farmacológica mais integrada, substituindo esses fármacos que têm efeitos adversos do ponto de vista urinário. É normal que nos foquemos muito na nossa área. Contudo, ao invés de atribuímos os sintomas urinários de imediato à bexiga ou próstata, devemos estar alerta para a possibilidade de a causa desses sintomas serem os fármacos que o doente já toma para outras patologias.» **Ricardo Pereira e Silva, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria**

Riscos das terapêuticas intravesicais

«Dada a elevada prevalência dos tumores da bexiga, a administração de terapêuticas intravesicais é uma prática diária em Urologia. Este tratamento, que é adjuvante à cirurgia, prolonga-se por um período de vários meses a um ano, dependendo do esquema vigente em cada hospital. No Instituto Português de Oncologia (IPO) de Lisboa, a administração intravesical de *bacilo Calmette-Guérin* (BCG) e de mitomicina C é acompanhada bem de perto pelos médicos do Serviço de Urologia, dado que estes dois tratamentos têm os seus riscos. Sobretudo no que toca ao BCG, tem havido um aumento da preocupação com os casos de infeção local ou sistémica associada ao seu uso. O facto é que, estando mais atentos a estas situações, somos capazes de as diagnosticar com maior precocidade e orientar o doente para um tratamento mais rápido, seja médico ou cirúrgico. Neste âmbito, destaca-se a experiência recente com a tuberculose miliar, a prostatite granulomatosa ou a orquiepididimite granulomatosa em doentes sob tratamento com BCG. Devemos ter noção de que estas infeções ocorrem, são potencialmente graves e devem ser alvo de um tratamento rápido e adequado. Uma vez que a sintomatologia inicial é frequentemente pouco exuberante, estas infeções beneficiam do subdiagnóstico, pelo que é essencial estar alerta para a sua existência.»

Rodrigo Ramos, urologista no IPO de Lisboa

Novos tratamentos, novos efeitos colaterais

«Embora a terapêutica médica continue a passar também pela quimioterapia e pelos inibidores da tirosina-cinase, a imunoterapia é a solução mais inovadora, que está “na boca” de todos os urologistas e que se impõe transversalmente à Oncologia, nomeadamente às patologias uro-oncológicas da próstata, rim e bexiga. Dito isto, os efeitos adversos da imunoterapia são, claro, completamente novos e configuram um desafio para urologistas e oncologistas, uma vez que se trata de uma nova classe terapêutica. Por isso, há que tomar contacto com esses novos efeitos adversos e conhecê-los bem, para saber como tratá-los. Estes novos fármacos são, de facto, muito úteis, porque constituem uma nova via de ataque metabólico ao tumor de tal forma transversal que não se aplica só a um ou dois tumores, tendo igualmente aplicações gerais em muitos órgãos sólidos e até líquidos, nomeadamente como terapêutica de carcinomas hematopoiéticos. Contudo, ainda há muito para saber. Já sabemos que alguns marcadores não são bem aquilo que esperávamos, como é o caso do PD-1 e do PD-L1, que nos dizem quais os tumores mais ou menos responsivos, mas isso não é suficiente. A investigação mais atual começa a apontar no sentido das associações de imunoterapia, ou seja, não só de anticorpos monoclonais associados entre si, mas também de anticorpos associados a vacinas ou terapias oncolíticas. É claro que daí vão resultar mais efeitos adversos, todos eles relacionados com problemas imunitários, pelo que será fulcral conhecê-los para os controlar e minimizar.» **Paulo Azinhais, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra**

Radioterapia externa, braquiterapia e crioterapia



«Nos próximos anos, 20 a 30% das novas neoplasias primárias diagnosticadas serão relacionadas com órgãos pélvicos. Em quase metade destes casos, o tratamento envolve a radioterapia em alguma fase da evolução da doença. Para uma melhor tomada de decisão clínica, devemos não só informar os doentes sobre os benefícios desta abordagem terapêutica, mas também sobre os seus efeitos colaterais, nomeadamente a toxicidade urinária. Existem dois tipos principais de administração da radioterapia: a externa, em que a fonte da radiação aplicada à lesão tumoral é exterior, tentando minimizar a exposição às estruturas adjacentes; e a braquiterapia (interna), em que a radiação provém de uma fonte implantada temporariamente ou de forma permanente no tumor e na sua proximidade, com uma ação local e decaimento rápido fora da área de tratamento. Conhecer a radiobiologia dos efeitos tecidulares agudos e tardios da radioterapia é fundamental para uma abordagem sistemática e diferenciada das complicações associadas, sobretudo as do aparelho geniturinário. Desde as abordagens conservadoras, inclusive a medicina hiperbárica, à necessidade de cirurgias complexas, o tratamento

dos efeitos adversos da radioterapia é um desafio para os urologistas, sobretudo tendo em conta que a sobrevida dos doentes oncológicos é cada vez maior. Quanto à crioterapia prostática, ainda é utilizada sobretudo a título experimental, faltando evidência quer para atestar a sua capacidade de controlo oncológico, quer para perceber quais os seus efeitos secundários a longo prazo. Contudo, sabemos hoje que este tratamento também não é imune a complicações urinárias com grande impacto na qualidade de vida do doente.» **Carlos Ferreira, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António** ■

Nova direção do NIAPU apresentada hoje

O novo corpo diretivo do Núcleo de Internos da Associação Portuguesa de Urologia (NIAPU), que vai vigorar no biénio 2018/2020, foi eleito na passada quinta-feira, durante o jantar de internos de Urologia. O novo coordenador é João Almeida, interno no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, que transita da direção anterior, tal como Mário Lourenço, interno no Instituto Português de Oncologia de Coimbra. Os restantes membros da nova direção, que vai ser oficialmente apresentada na Reunião do NIAPU desta tarde, a decorrer entre as 18h45 e as 20h00, são André Marques Pinto (interno no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António), João Carvalho (interno no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra) e Sara Anacleto (interna no Hospital de Braga).

Num momento de balanço do seu mandato à frente dos destinos do NIAPU, Agostinho Cordeiro, interno no Hospital de Braga, mostra-se «satisfeito pelo trabalho de equipa que foi desenvolvido» durante os últimos dois anos. «Sem esse esforço coletivo, não teria sido possível realizar a 1.ª Reunião Ibérica de Internos», que teve lugar no Porto, em setembro de 2017, na véspera do Congresso da APU. A segunda edição já está confirmada para o próximo ano, em Espanha, durante o LXXXIV Congresso Nacional de Urologia, que vai decorrer em Bilbao, de 12 a 15 de junho. «É excelente termos dado início a uma iniciativa que vai originar no-



Agostinho Cordeiro (foto da esq.) **passou «a pasta» de coordenador do NIAPU a João Almeida** (ao centro da foto da dta., ladeado por Mário Lourenço e João Carvalho, que também integram a nova equipa diretiva)

vas amizades e oportunidades de colaboração», sublinha o coordenador cessante do NIAPU.

Sobre os internos de Urologia portugueses, Agostinho Cordeiro considera que «mantiveram sempre um bom contacto» com a direção do NIAPU, para tirarem dúvidas e ficarem a par das atividades programadas. Por outro lado, também manifestaram sempre um «importante espírito de entajuda». Desejando sucesso à nova direção, Agostinho Cordeiro assume que apenas uma das suas bandeiras não chegou a ser içada, pelo menos na totalidade: a publicação do *Manual de Apoio ao Interno*. E deixa o repto: «Já está escrito, mas ainda não foi publicado. Esse objetivo poderá ser alcançado pela nova direção.»

A Reunião do NIAPU de hoje terá como ponto alto a realização do *Campbell Quiz*, que, através de um formato competitivo inter-hospitalar para colocar à prova os conhecimentos, visa a promoção da partilha científica e da camaradagem entre internos, à semelhança do que já aconteceu em 2017. De escolha múltipla, as perguntas vão abranger todo o espectro da Urologia. A equipa vencedora receberá um prémio, cujo valor ou conteúdo não foi divulgado. «Vamos tentar manter mais ou menos a linha de pensamento do *quiz* do ano passado, que foi bastante divertido e participado», afirma Agostinho Cordeiro. ■

Rui Alexandre Coelho



Colégio da Especialidade discute alterações

A discussão da proposta de revisão da Tabela de Códigos de Nomenclatura e Valores Relativos dos Atos Médicos da Ordem dos Médicos (OM), sobretudo no âmbito da Urologia, é um dos pontos fortes da Reunião do Colégio da Especialidade de Urologia da Ordem dos Médicos (CEUOM), que vai desenrolar-se entre as 17h50 e as 18h45 de hoje. Outro destaque é a apresentação da proposta de alteração da grelha de avaliação final do internato de Urologia. Sem querer revelar muito por antecedência, os dois dinamizadores desta reunião partilharam com o *Urologia Actual* algumas explicações.



José Dias, Avelino Fraga (moderador) e Belmiro Parada

Atualização da grelha de avaliação final do internato

«A apresentação de propostas para revisão da grelha de avaliação final do internato de Urologia é um dos compromissos do programa de ação da atual Direção do Colégio da Especialidade de Urologia da OM. A evolução que se verifica nos diversos quadrantes da Medicina, e nomeadamente na Urologia, leva a que estejamos atentos para acompanhar essa evolução e proceder aos devidos ajustamentos, quer ao programa quer à avaliação de final do internato. É inevitável proceder a mudanças periódicas, sobretudo quando se percebe que determinadas situações não estão a resultar bem. Contudo, não estamos a falar de transformações profundas, mas sim de ajustamentos *minor*, apenas justificados pela perspectiva de otimizar ainda mais um modelo que, não temos quaisquer dúvidas, tem sido um verdadeiro sucesso.» **Belmiro Parada, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e membro da Direção do CEUOM**

Revisão dos códigos de nomenclatura, 21 anos depois

«A Tabela de Códigos de Nomenclatura e Valores Relativos dos Atos Médicos pela qual se rege a atividade de uma especialidade tão dinâmica e inovadora como a Urologia tem... 21 anos. Há 21 anos, a cirurgia laparoscópica era residual, não se sabia o que era um TOT [*transobturator tape*], RIRS [*retrograde intrarenal surgery*] era uma sigla desconhecida, ECIRS [*endoscopic combined intrarenal surgery*] idem. Não se fazia praticamente braquiterapia ou crioterapia da próstata, crioterapia de tumores do rim, nefrectomias parciais (mesmo sem falar das supersseletivas sem clampagem da artéria), o *single port* era uma miragem e a robótica algo do domínio da ficção científica.

Fora do âmbito da Medicina, há 21 anos, Bill Clinton iniciava o seu segundo mandato como presidente dos EUA, estreava-se a série *South Park*, morriam Madre Teresa de Calcutá, Mobutu Sese Seko ou a princesa Diana. Chegava ao Benfica o jogador mais caro de sempre do futebol português até então, por um milhão e meio de contos, o grande Paulo Nunes. A NATO alargava-se a Leste com a entrada da Hungria, da Polónia e da República Checa, e a sonda Mars Pathfinder chegava a Marte. Nesse ano de 1997, não existiam a Google, o Facebook, a Tesla... E muitas mais empresas e marcas sem as quais já quase não concebemos o nosso dia-a-dia.

No seu programa eleitoral, o atual bastonário da OM defendeu a atualização da Tabela de Códigos de Nomenclatura e Valores Relativos dos Atos Médicos. Após a sua tomada de posse, esta foi uma das primeiras medidas implementadas. Para o efeito, foi criada uma comissão para coordenar a atualização desta tabela e nomearam-se, dentro dos diversos colégios, responsáveis a propor uma tabela específica para cada especialidade e adequada aos tempos atuais. Esta orientação do bastonário veio ao encontro da vontade da atual Direção Colégio de Urologia, que tem a atualização desta tabela como uma das prioridades. Por motivos vários, tal não foi possível concretizar no primeiro mandato, mas esperamos fazer em breve esta marcante alteração.» **José Dias, urologista no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria e membro da Direção do CEUOM** ■



Melhores cartazes e vídeos divulgados ao jantar

O dia de hoje termina com «chave de ouro», pois o jantar oficial do XV Simpósio APU 2018, cujo início está marcado para as 20h30, além de ser uma oportunidade ímpar de convívio entre colegas de profissão que exercem nos mais distantes pontos do país, será o palco da entrega de prémios. Este ano, com o apoio da Pfizer, a APU distingue os três melhores cartazes apresentados em sala e, com o apoio da Astellas, os três melhores vídeos apresentados em sala.

Dos 82 cartazes expostos ao longo dos três dias desta reunião, dez foram escolhidos para apresentação em sala e é entre estes que se encontram os três vencedores a conhecer mais logo. No caso dos vídeos, os três melhores serão escolhidos entre os dez apresentados hoje, na sessão que decorre entre as 8h00 e as 9h30. Durante o jantar, vão também ser conhecidos os projetos vencedores das bolsas de investigação concedidas pela APU em 2018. ■



Em busca do tempo perdido para reduzir a litigância

A avaliar pelos comentários transcritos abaixo, os três oradores da mesa-redonda «Litigância e jurisprudência», que terá lugar amanhã, são unânimes na afirmação de que a progressiva redução do tempo de consulta é o que mais justifica o aumento de conflitos e até litígios entre médicos e doentes. Uma consulta durar 15 a 20 minutos, como acontecia no passado, é hoje uma miragem, porque as instituições exigem que se atendam cada vez mais doentes em cada período de consulta. Não há tempo para o essencial, como explicar a doença e o tratamento, muito menos para gerar empatia. Em resultado, os doentes acusam cada vez mais os médicos de negligência. Este é um cenário que urge reverter, começando por consciencializar os médicos para este problema que se adensa à custa da sua atitude passiva. É exatamente esse o objetivo desta mesa-redonda moderada por José Eduardo Cardoso de Oliveira, diretor do Serviço de Urologia do Hospital do Espírito Santo de Évora, e Paulo Príncipe, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António.



Luís Abranches Monteiro (orador), **José Eduardo Cardoso de Oliveira** (moderador) e **Paulo Príncipe** (moderador)

Reaproximar médicos e doentes

«Os desafios atuais da relação médico/doente estão muito relacionados com a evolução tecnológica e informática, com a própria informação e a velocidade a que circula. No meio destes processos, os médicos e os doentes acabam por estar cada vez mais distantes e já não é só a barreira do computador a contribuir para tal. A agravar esta situação, temos a pressão enorme sobre os profissionais de saúde, que é exercida por quem tem responsabilidades a nível hospitalar ou dos cuidados de saúde de primários, para que mais doentes sejam marcados em cada período de consulta. Os tempos das consultas, sejam primeiras ou de seguimento, deveriam estar programados para 15 em 15 ou 20 em 20 minutos, como acontecia antigamente.

Hoje em dia, o Sistema de Serviços Partilhados do Ministério da Saúde permite que os hospitais marquem muitas consultas num período de tempo curto. Qual a desvantagem desta pressão? Primeiro, prejudica a empatia que deve existir na relação médico/doente, porque o tempo é fundamental para o médico conseguir colocar ao doente questões de índole mais pessoal, não se focando apenas nos sintomas. Do lado do doente, é importante dar-lhe mais tempo para esclarecer dúvidas e conversar com o seu médico. Perante o cenário atual, é urgente estabelecer tempos-padrão de consulta que salvaguardem a relação médico/doente. É nesse sentido que a Ordem dos Médicos está a trabalhar.» **Miguel Guimarães, bastonário da Ordem dos Médicos e urologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto**



O processo disciplinar

«Há uma forte relação entre o crescimento dos casos de litigância que chegam à Ordem dos Médicos (OM) e a perda da relação médico/doente. Muitos dos processos reportados à OM têm a ver com o facto de os médicos darem um tempo de consulta escasso aos doentes, porque, simplesmente, não têm mais tempo para dar. Em resultado, muitas vezes, passamos à frente o exame objetivo e a explicação cuidadosa da doença ao doente. Se é verdade que não temos condições para dar mais tempo aos doentes, isso também acontece porque não temos tido a coragem de nos negar a trabalhar nessas condições. E é desta situação, da qual somos os principais culpados, que resultam as principais causas para que os doentes acionem processos litigiosos, alegando terem sido atendidos com alguma negligência.

O problema é que estes doentes têm razão. É negligente conceder tão pouco tempo a uma consulta, sem possibilidade de fazer uma observação ao doente como mandam as leis da arte. Penso que a maioria dos médicos não tem noção disto. Estamos a ser progressivamente empurrados para este sistema "armadilhado", que foi criado por instituições públicas e privadas cujo interesse não é que o doente seja atendido corretamente. Querem é que sejam vistos muitos doentes, por vezes porque existe financiamento por número de consultas realizadas. Urge alertar os colegas para este cenário, por isso afirmo que esta é uma mesa-redonda corajosa.» **Luís Abranches Monteiro, presidente da APU, membro do Conselho Disciplinar da OM e urologista no Hospital Beatriz Ângelo, em Loures**

Desafios médico-legais

«No final do século passado, o Prof. Doutor Guilherme de Oliveira preconizou a Medicina portuguesa “o fim da arte silenciosa”. Acertou. Se durante muito tempo imperou o silêncio “hipocrático”, hoje em dia existe um ruído insustentável que vai da investigação à comunicação social, passando pela multiplicação (patológica) de normas e de censores. Mas algo vai mal. Entre todas as “arenas”, dói-me a da comunicação social. A razão é simples: os “infaustos médicos” têm mais audiência do que os êxitos, incluindo mesmo as boas notícias da ciência, os “cabos de boa esperança”. Por outro lado, a Medicina tem uma vocação milenar, mas eficácias muito recentes. Hoje, a inexorabilidade da morte encontra-se acelerada pela perversidade dos “tempos máximos”. E se o escopo persiste em protelar a finitude, é legítimo perguntar quanto tempo existe para se esclarecerem os intervenientes?»

A “arte silenciosa” ameaça voltar nos cronómetros das estatísticas. A areia da ampulheta está desgovernada. Na Medicina, a ética da responsabilidade densificou-se de tal modo que os profissionais de saúde respondem perante os seus pares, perante a administração pública, perante os tribunais e perante a opinião pública, tudo por força do mesmo caso, podendo acumular sanções, tantas vezes colhidas na fronteira entre o erro e o evento adverso. Será excessivo? Veremos... Este ano de 2018 (14 de março) ficou cunhado pela morte de Stephen Hawking e, de ora em diante, nada voltará a ser igual para o *Homo Sapiens*.» **João Vaz Rodrigues, advogado, professor na Universidade de Évora, associado do Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra e membro da Comissão de Ética para a Saúde do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA)** ■



Casos de prevalência rara e resolução difícil



Este ano, o habitual espaço destinado à experiência dos Serviços de Urologia nacionais, no âmbito dos Simpósios organizados pela Associação Portuguesa de Urologia (APU), será ocupado com a partilha de casos de prevalência rara e resolução difícil. O fórum «Relato de caso catástrofe», do qual se espera gerar uma discussão especialmente enriquecedora, desenrolar-se-á entre as 9h00 e as 10h30 de amanhã.

Rui Alexandre Coelho

O fórum dedicado à partilha de experiências pelos vários Serviços de Urologia nacionais não foge ao tema geral deste XV Simpósio APU 2018 – «Complicações em Urologia», pelo que vai promover a apresentação e a discussão de «casos complexos, que não têm um fluxograma normal quanto ao modo de atuação», explica **Miguel Ramos, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António**, que vai moderar este fórum em conjunto com Paulo Temido, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. «Trazer estes casos de resolução particularmente difícil para os programas dos nossos encontros científicos é uma maneira de pôr os especialistas e internos a pensar em casos diferentes, abrindo terreno para que se possa criar uma discussão interessante sobre a maneira como esses casos evoluíram e sobre os procedimentos certos e errados que foram adotados», acrescenta o também vice-presidente da APU.

Amanhã, no fórum «Relato de caso catástrofe», representantes de nove Serviços de Urologia distribuídos de norte a sul do país vão descrever casos cujo desfecho não foi positivo, mas que não implicam necessariamente erro médico. «Há complicações que, de facto, decorrem dos procedimentos urológicos, mas há casos que são claramente difíceis de manusear», frisa Miguel Ramos. Hematúrias refratárias ao tratamento conservador e complicações que ocorrem em contexto intraoperatório são algumas das situações geradoras de maiores «dores de cabeça» em Urologia, no entender deste responsável.

Além de situações mais incontornáveis, neste fórum, vão também ser partilhados casos polémicos, ou seja, desfechos negativos resultantes de «abordagens menos evidentes». Aqui, segundo o moderador, a opinião da plateia «pode e deve ser divergente». E fundamenta: «Se todos concordarem com tudo, pouco aprenderemos. É bom que haja opiniões diferentes para, no fundo, tornar a discussão mais enriquecedora, que é o objetivo desta sessão.»

Está previsto que o representante de cada Serviço de Urologia disponha de cinco minutos para apresentar o respetivo caso, seguindo-se mais cinco minutos para discussão com a assistência. Segundo Miguel Ramos, este tempo total de dez minutos para expor e discutir cada caso «é suficiente para que a apresentação seja pormenorizada e a discussão intensa». Afinal, o objetivo principal deste fórum é conseguir abordar o maior número possível de situações de difícil resolução, para que, no futuro, casos semelhantes tenham um desfecho mais positivo. ■

