

BIAPU

Boletim Informativo
da Associação Portuguesa
de Urologia

Revista trimestral – Ano II – N.º 3 – Julho/Setembro, 2002



Director

M. Mendes Silva

Editor

Francisco Rolo

Propriedade

Associação Portuguesa
de Urologia

Rua Nova do Almada,
95, 3.º A

1200-288 LISBOA

Tel. 213 243 590

Fax 213 243 599

E-mail:

apurologia@mail.telepac.pt

Site: www.apurologia.pt

CORPOS GERENTES

ASSEMBLEIA GERAL

Adriano Pimenta

Luis Campos Pinheiro

Arnaldo Figueiredo

CONSELHO DIRECTIVO

Presidente

Manuel Mendes Silva

Secretário Geral

Francisco Rolo

Tesoureiro

Helder Monteiro

Vogais

Paula Vale

Francisco Cruz

Mendes Leal

Suplentes

João Bastos

Almeida e Sousa

Arnaldo Lhamas

CONSELHO FISCAL

A Requiça

Virgílio Vaz

Rui Santos

CONSELHO CONSULTIVO

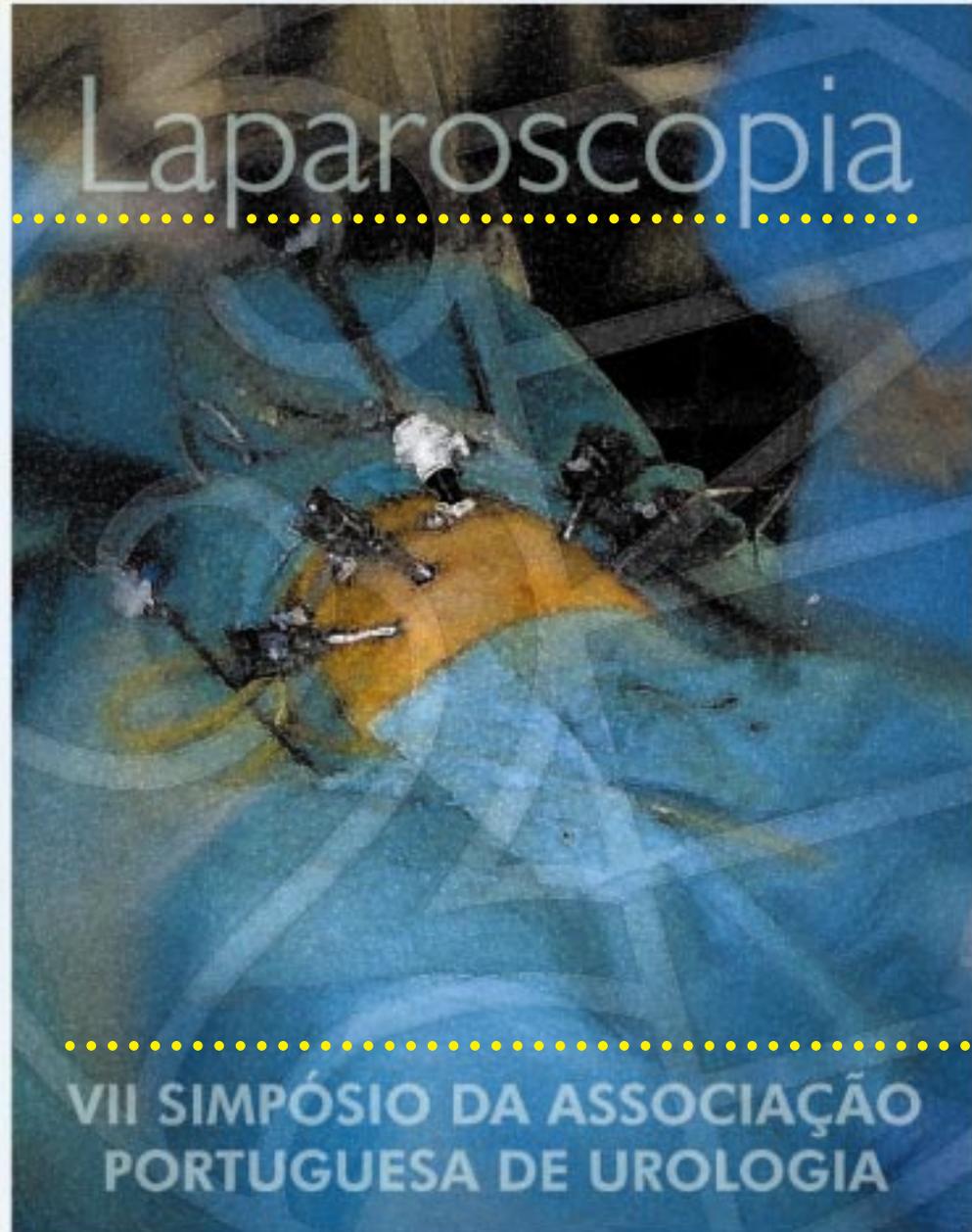
Mário Reis

Adriano Pimenta

Joshua Ruah

J Campos Pinheiro

Matos Ferreira



SUMÁRIO

Editorial 3

Entrevista com um Director de Serviço - Dr. Fernando Calais 4

O Efeito dos Tomates - Ou a rejeição da Laparoscopia Urológica 5

Notícias 10

Calendário de Reuniões 13





Realizou-se em Heidelberg na Alemanha de 28 a 30 de Agosto de 2002 a 32nd Annual Meeting of the International Continence Society.

É o palco privilegiado da apresentação de trabalhos de grupos das várias partes do Mundo, versando os aspectos mais actuais da Etiopatogenia, Diagnóstico e Tratamento da Incontinência Urinária.

Dos vários workshops sob aspectos Neuro-Urológicos e Uro-ginecológicos que aí decorreram em paralelo, destacaria o do “The Vanilloid Club” Chair: Francisco Cruz, Clare Fowler, muito concorrido e de altíssima qualidade científica.

Este ano os State of the Art priverligaram o tema da etiopatogenia, diagnóstico e tratamento em Neuro-Urologia.

Outro tema forte, foram os aspectos das alterações pélvicas e prolapsos genitais relacionados com a incontinência urinária.

Também os avanços na terapêutica médica e cirúrgica da IU tiveram um papel de realce.

No dia anterior ao Meeting realizou-se a Reunião Luso-Hispânica de parceria da ICS-APNUG (Assoc. Port. Neurol. e Uroginec.) e SINUG (Soc. Iberoamer. Neurol. e Uroginec.).

A participação Portuguesa com uma mesa redonda “Cistocelo e Incontinência Urinária” foi constituída por Paulo Vale, Mário J. Gomes, Vaz Santos e Andrade Moniz, foi muito activa e participada.

Esta Reunião começa a ser uma tradição e pretende trazer a colaboração de Urologistas Luso-Hispânico falantes, que num ambiente mais familiar e sem a barreira linguística possam mostrar os seus trabalhos.

Para o ano a Reunião será em Florença e pretendemos divulgá-la mais, para que a presença Portuguesa se possa reforçar.

Este evento embora numa escala diferente, vem mais uma vez ao encontro do que já foi focado neste mesmo Editorial pelo Prof. Francisco Cruz, a propósito do Congresso da APU em 2001, mostrando que existe qualidade na produção científica nacional e que é necessário estar mais presente.

Haverá pois falta de motivação ou tempo para mais apresentações em Reuniões Nacionais e Internacionais? Como em tudo se se está presente é-se lembrado, senão é-se esquecido e secundarizado.

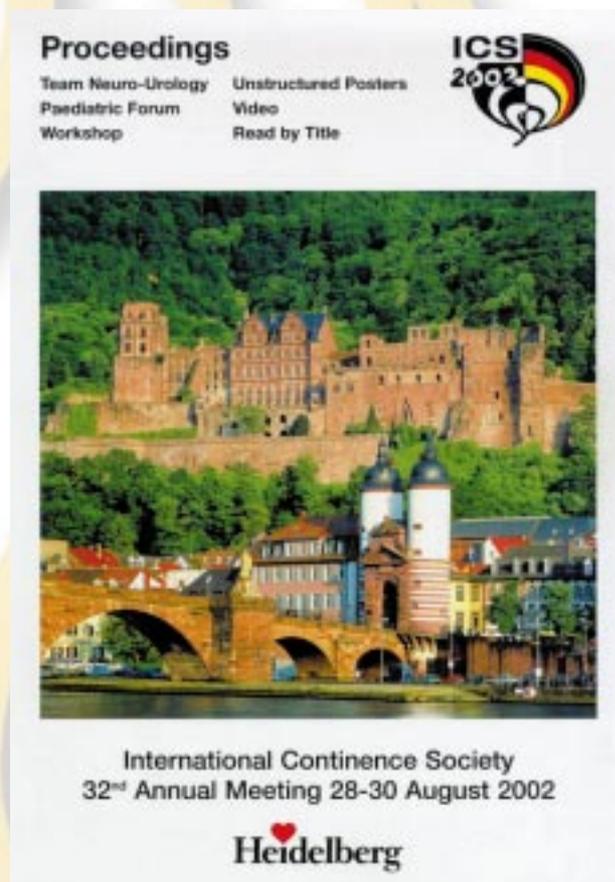
De igual modo sabemos quão difícil tem sido a recolha de textos para a revista da APU.

Que nos falta para haver mais cultura de escrita de artigos? Obrigatoriedade nos currícula?... Estimular os internos com alguma forma de apoio compensatória como a ida a Reuniões?

Estipular um prémio bi-anual para o melhor artigo de revisão e/ou artigo original?

Incentivar por exemplo os Urologistas Sêniores a comentar na Revista da APU os casos clínicos apresentados ou outros temas, beneficiando da sua mais longa experiência clínica?

Todas as sugestões serão bem-vindas para que se possa enriquecer a revista da APU igualando-a a outras congêneres Europeias e prestigiar deste modo o trabalho de todos os Urologistas Portugueses



Paulo Vale
Urologista,

Membro da Direcção da Associação Portuguesa de Urologia

Entrevista com um Director de Serviço - Dr. Fernando Calais

BIAPU – A maioria dos urologistas portugueses conhece o trabalho do Dr. Calais pela sua participação em reuniões internacionais ao lado dos maiores vultos da urologia mundial no âmbito da EORTC, mas as gerações mais novas porventura desconhecem ou conhecerão só parcialmente o seu trabalho assim como os objectivos desta organização.

O que é a EORTC-G.U. Group, como surge e quais os seus objectivos? Qual a importância que esta organização teve na evolução da urologia europeia?

F. Calais – A EORTC, Organização Europeia para a pesquisa e Tratamento do Cancro, tem sido um pilar na evolução dos tratamentos em oncologia.

A organização está dividida em vários ramos, por exemplo, pesquisa base, novas drogas, e grupos cooperativos que estudam determinados tipos de doenças, um dos quais é o Grupo Génito-Urinário.

Este grupo começou a funcionar em 1976, sendo o primeiro Chairman o Prof. Pavone Macaluso e dedicou-se ao tratamento de doenças do foro urooncológico, elaborando e coordenando protocolos internacionais. Nesta altura foi criado o centro de dados com sede em Bruxelas, que fazia e faz toda a randomização dos doentes em tratamento, e a avaliação estatística dos dados.

Tem sido um êxito, dada a colaboração de toda a Europa e ultimamente também dos países de Leste, dado que a existência de protocolos faz com que os doentes sejam melhor aconselhados, e tenham um melhor follow up, sendo obviamente fornecida uma boa informação ao doente explicando-lhe pormenorizadamente toda a evolução do estudo.

Parece à primeira vista, que é um acréscimo de trabalho, o que é verdade, mas que com uma boa organização, e com apoio de um verdadeiro secretariado médico é possível implementar.

Hoje em dia e já desde há alguns anos o Grupo Europeu é considerado como um dos melhores do mundo, sendo a sua voz ouvida e respeitada em todas as reuniões.

BIAPU – Desde quando colabora com a EORTC e quais as motivações que o levaram a empenhar-se de uma forma tão intensa nesta organização e nesta área da urologia?

Dr. F. Calais – Tendo tomado conhecimento desta realidade pensámos que talvez fosse possível organizar em Portugal um Grupo que fosse uma “cópia” da EORTC e para isso pedimos ajuda ao Grupo Europeu.

Em 1984 começamos a preparar reuniões em Portugal, tendo paulatinamente sido criados os alicerces, sempre com o apoio de Urologistas destacados do Grupo Europeu, e foi possível realizar múltiplas reuniões, para difundir novos conceitos e os resultados dos protocolos do Grupo.

Em Portugal o Grupo Português tem persistido na sua acção e pensamos que temos prestado um bom serviço à causa da Urologia, tendo já por diversas vezes sido apresentados resultados de estudos efectuados no Congresso Europeu e Americano.

Em todas as organizações é obvio que tem de haver um esquema de funcionamento bem organizado, alicerçado num bom secretariado.



A colaboração não só dos urologistas mas também dos anatomo-patologistas e dos oncologistas, tem contribuído para que o Grupo tenha singrado e conseguido efectuar estudos.

BIAPU – A sua experiência permite-lhe por certo ter uma opinião formada sobre a oncologia urológica portuguesa. Qual a sua opinião sobre a forma como são orientados e tratados estes doentes e sobre os custos e eficácia do nosso sistema actual?

Dr. F. Calais – Hoje em dia o tratamento dos nossos doentes é feito em moldes internacionais, não havendo em geral, qualquer diferença em relação ao estrangeiro, na parte científica, mas por vezes a organização dos serviços não é de molde a proporcionarmos aos doentes os cuidados que gostaríamos e que estamos aptos a conseguir.

Só com colaboração de todos será possível construir novas bases, novos conceitos, novas terapêuticas, que serão o resultado da organização de ensaios clínicos devidamente fundamentados o que não é possível fazer numa única instituição. Portanto, pensamos que devemos em Portugal dar as mãos e colaborarmos pois só com o esforço conjunto será possível atingir objectivos cientificamente válidos.

BIAPU – Vai organizar-se durante o mês de Outubro o 5º Curso Ibérico de Oncologia Urológica. Está satisfeito com o modo como correram os cursos anteriores? É um projecto para continuar?

Dr. F. Calais – A realização dos cursos de Oncologia-urológica que se realizam de 2 em 2 anos apoiados pela E.S.O. (European School of Oncology, traduziu-se também na afirmação junto da comunidade Urológica Europeia das nossas possibilidades, que se reflecte no nível conseguido, não só nas apresentações como também no número de participantes.

Na organização destes cursos, haverá que ter em conta o interesse dos urologistas despertando o interesse para novas terapêuticas medicas e cirúrgicas.

Finalmente, gostaríamos de vos dizer que os cursos de urologia oncológica serão para continuar dado que constituem uma informação muito válida, não só para os internos, mas para todos os que estão interessados em Urologia Oncológica porque a aprendizagem tem de ser continuada.



O Efeito dos Tomates

– Ou a Rejeição da Laparoscopia Urológica

Definição

O “efeito dos tomates” (adaptação liberal do Inglês: *the tomato effect*) em medicina ocorre quando um tratamento altamente eficaz para uma determinada doença é ignorado ou rejeitado só porque *não faz sentido* à luz dos modelos teóricos e dos padrões rígidos de *comportamento científico* vigentes.

Objectivo

Com base na nossa experiência, tentaremos identificar o impacto do “efeito dos tomates” (e de outros factores) no desenvolvimento da laparoscopia, inseridos no pequeno universo da comunidade urológica portuguesa.

A quem lê, poderá parecer (erradamente!) nortista ou elitista, algo iconoclasta ou demasiado irreverente. Tal é deliberado. A intenção é divulgar, provocando.

Uma pequena História dos Tomates

Comemos tomates e sempre se comeram tomates. Comer tomates é bom e faz bem. São dados adquiridos na nossa forma de estar no mundo. A concepção global das coisas assim o implica, e outra coisa, além de ser impensável, também nunca se pensa. Pois bem: nem sempre foi assim:

Tal como a batata, o milho e o cacau, o tomate teve origem na América do Sul. Estas plantas, que iriam revolucionar os hábitos alimentares da Europa, só foram conhecidas no velho mundo durante a época dos descobrimentos, trazidos pelos navegadores vindos do Novo Mundo. Foi assim que o tomate chegou a Espanha e com velocidade se disseminou por todo o continente, com particular sucesso em Itália (é impossível imaginar a gastronomia italiana sem *pomodoro*!). Em alguns países desde cedo foi conotado com a esfera sexual. Em França era chamado de *pomme d’amour* e pensava-se que possuía propriedades afrodisíacas (provavelmente trata-se aqui de um outro efeito, o efeito placebo, do qual voltaremos a falar mais à frente). Em Portugal é de todos conhecido o significado da palavra *tomates*, identificando o fruto com órgão. É ainda curioso registar que nos países anglo-saxónicos a analogia correspondente a *tomates* (portugueses) seja *eggs* (ovos): diferem no tamanho!? Voltando à história: tão grande foi o sucesso deste versátil e adaptativo fruto, que em meados do século XVI, era já uma das bases da dieta europeia.

Mas o que realmente nos interessa saber é que, ao mesmo tempo que o tomate era rapidamente aceite e provocava uma revolução na dieta europeia, ele era ou ignorado ou activamente afastado do consumo alimentar nas colónias da América do Norte.

A razão pela qual os norte-americanos não comiam este simpático e saboroso fruto era simples e universalmente aceite na sua comunidade fechada e conservadora: os tomates eram venenosos, toda a gente o sabia, e obviamente não fazia sentido comer comida perigosa. Portanto ninguém os comia.

A ordem natural das coisas implicava que assim fosse, ao que se juntava o facto do tomate (*Lycopersicon esculentum*) pertencer às família das *Solanaceae*, na companhia de plantas reconhecidamente venenosas como a beladona (produtora de atropina) e a mandrágora (associada à imagem da forca), capazes de produzir a morte de quem as ingerisse em quantidades suficientes. Curiosamente a tradução em inglês para *solanaceae* é *nightshade*, termo soturno que só agravava a má reputação da família.

Assim, nesta região e durante vários séculos, o tomate tornou-se num fruto desconhecido para muitos e proscrito para alguns. Pouco se importavam os autóctones com notícias do exterior que aludiam ao facto dos europeus comerem tomates: se comiam venenos, deviam ser doidos, esse europeus!

Já no século XIX, um cidadão de New Jersey, de nome Robert Gibbon Johnson tem a ousadia de comer um tomate em público, na escadaria do tribunal do condado. Para espanto de todos os seus semelhantes, sobreviveu!

Só depois deste episódio começa o tomate a ser, a medo, cultivado e consumido em pequena escala. Só no início do século XX desperta o interesse comercial dos norte-americanos.

Hoje tornou-se na maior colheita comercial do sistema agrícola dos USA.

Exemplos em medicina

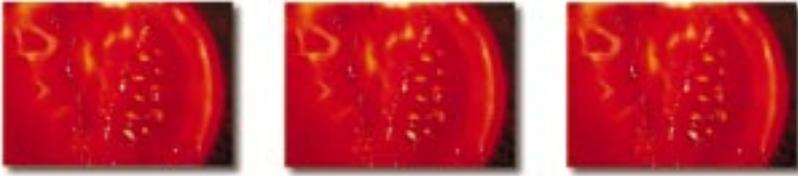
Do capítulo anterior retira-se a essência conceptual da derivação do termo “efeito dos tomates”. A história da medicina mostra-nos inúmeros casos. Salientarei só dois exemplos, que hoje nos parecem ridículos e grotescos. Apesar de muito eficazes, quer o uso da colchicina no tratamento da crise de gota aguda, quer o valor do ácido acetil-salicílico no tratamento da Artrite Reumatóide, foram durante muito tempo negligenciados ou activamente combatidos, por não se enquadrarem nos padrões teóricos de então e “não fazerem sentido” nos modelos clínicos da época (século XX). Actualmente todos sabemos que a primeira substância é o paradigma da especificidade de uma droga para determinada afecção, e que a segunda é um exemplo da terapêutica em altas doses para uma doença crónica.

Efeitos diversos

O efeito anterior não deve ser confundido com outros factores que por vezes retardam o desenvolvimento da medicina, como o demonstra bem o caso da descoberta do poder terapêutico da penicilina: É conhecido o episódio em que, ao aperceber-se de todo o alcance dos trabalhos de Flemming um seu superior hierárquico os terá tentado ocultar e desacreditar. Talvez por não ter sido ele próprio (o chefe) o principal protagonista ou talvez porque quisesse mais tarde apoderar-se dos créditos e louros científicos do seu discípulo. Talvez tivesse simplesmente falta de visão para o futuro. Atendendo às altas taxas de incidência e prevalência e das variantes deste tipo de efeito, dispenso a apresentação doutros exemplos. São com certeza do conhecimento do leitor. Conhecimento directo, eventualmente, até, atrevo-me eu a dizer.

Serve o último parágrafo para realçar o carácter “inocente” do “efeito dos tomates”, por contraponto à natureza maquiavélica de factores mais perversos e relacionados com a natureza humana. O resultado final de ambos é tristemente o mesmo: retardam o desenvolvimento científico e prejudicam gravemente os doentes, privando-os de uma terapêutica efectiva.

Como complemento recorde ainda o efeito placebo. Sobre ele direi apenas que a sua principal consequência é a aceitação fácil e a utilização indiscriminada ou generalizada de terapêuticas inúteis, mas nem sempre inócuas. De certa forma, e numa análise superficial, ele é o oposto do “efeito dos tomates”. Mas nada é mais falso: durante o tempo em que oferecemos ao doente algo ineficaz, estamos simultaneamente a sonegar-lhe um tratamento



adequado. O resultado final de cada um deles volta a ser, também, semelhante: impedem o acesso ao melhor tratamento disponível.

Outro tipo de exemplos em urologia

Considero-me um jovem urologista. Iniciei o internato complementar da especialidade há 15 anos. Estou portanto na adolescência urológica. Nestes poucos anos tive contudo o privilégio de observar uma época de grandes mudanças e de assistir a alguns factos curiosos relacionados com o tema deste artigo:

Vi algumas opções terapêuticas, como a hipertermia e termoterapia prostáticas, serem entusiasticamente acolhidas e empregues, para depois serem discretamente abandonadas e esquecidas.

Vi outras, como a cirurgia percutânea, em dado momento ser sumariamente enjeitada e no geral declarada sem interesse, apesar de ainda hoje representar um valor estabelecido e com indicações indiscutíveis.

Vi ainda outras, como a prostatectomia radical retropúbica, serem ignoradas primeiro, ostracizadas depois e combatidas por fim. Actualmente é uma operação amplamente divulgada e uma rotina clínica estabelecida. Os primórdios da fase de expansão deste tipo de cirurgia entre nós são ainda hoje activamente olvidados. Com a discrição da conveniência. Ou com a conveniência da discrição.

Certamente que outros factores, independentes das qualidades intrínsecas destas técnicas condicionaram, durante um determinado período de tempo, a sua aplicação. Seria agora fácil identificá-los “à posteriori” mas isso foge ao âmbito deste trabalho.

Iremos, por outro lado, dedicar-nos a tarefa mais difícil: nos capítulos seguintes vamos analisar os diversos factores e efeitos que poderão estar a influenciar o desenvolvimento da cirurgia laparoscópica no nosso meio. Acreditamos que tem estado a ser sistematicamente subestimado e subaproveitado o seu imenso potencial, no seio da indiferença quase geral da comunidade urológica. Como o processo de implantação da técnica está ainda a decorrer, necessitamos primeiro de determinar qual o seu estado de desenvolvimento e divulgação, na actualidade e no nosso país.

Laparoscopia Urológica em Portugal

Material e métodos:

Na ausência virtual de outros dados disponíveis sobre esta matéria, consultamos todos os números da Acta Urológica Portuguesa publicados desde 1990 e o livro de resumos do congresso de 2001 da Associação Portuguesa de Urologia (APU).

Analisamos em detalhe todos os trabalhos livres apresentados nos congressos da APU desde 1990 até à actualidade, considerando que eles são uma amostragem fiel e consensual da actividade produzida a nível nacional. Aliás, a cada congresso, aparecem citados como o “reflexo” ou o “espelho” da urologia nacional. O princípio “*publish or perish*” (ou publicas ou pereces!), tão caro aos anglo-saxónicos, funciona como a base racional da nossa metodologia.

Uma pesquisa alargada e temporalmente coincidente, incidindo sobre comunicações dedicada à laparoscopia e feitas no estrangeiro por autores portugueses foi também inicialmente considerada. Para além dos trabalhos da autoria dos membros do

serviço a que pertencem, apresentados desde meados da década de 90 em alguns dos principais eventos de dimensão mundial não conseguimos encontrar qualquer outra referência ou presença nacional. Esses trabalhos não serão aqui incluídos: a incerteza sobre o rigor absoluto da pesquisa, determinada por eventuais erros por omissão (dimensão virtualmente imperfeita do grande universo de recolha de dados) obriga-nos restringir o âmbito do nosso estudo ao nível nacional.

A data de início baseia-se no facto de só no começo dos anos 90 Clayman ter realizado a primeira nefrectomia, inaugurando verdadeiramente a era da laparoscopia avançada na especialidade. Assistiu-se nos anos seguintes à aplicação da técnica a virtualmente todos os procedimentos urológicos complexos. O final da década fica marcado pela sistematização e divulgação da prostatectomia radical feita por esta via.

Estudamos algumas variáveis: a diversidade de origem dos trabalhos (para determinar a disseminação da técnica), o seu conteúdo (caso clínico isolado versus análise de séries) e a diferenciação cirúrgica dos autores (para definir o grau de autonomia técnica relativamente a outras especialidades).

Aos dados quantitativos recolhidos aplicamos o “European Scoring System for Laparoscopic Operations in Urology”, proposto recentemente por um painel alargado de personalidades e instituições europeias. Baseia-se na resultante de três parâmetros (técnica, risco e atenção / concentração) para classificar o grau de dificuldade das intervenções. Tão discutível como qualquer outro, é contudo um critério globalmente preciso e neutro, logo uma ferramenta adequada para uma análise qualitativa.

Resultados:

Num universo de 7 congressos da APU obtivemos um número total de 990 trabalhos apresentados, dos quais só 30 foram dedicados à laparoscopia. Destes, dois têm origem numa instituição estrangeira, pelo que foram excluídos. Para objecto de estudo restam assim 28 com origem nacional, geograficamente assim distribuídos: 4 no sul (Lisboa) e 24 no Norte (Matosinhos, Porto e Guimarães).

As primeiras referências datam de 1993, correspondendo a 6 o número total de apresentações feitas na primeira metade da década de 90. Desde 1995 até ao presente encontramos as restantes 22. Destas, 17 têm origem num único serviço (formado apenas em 1994) e apenas 5 são da responsabilidade de outras 4 instituições.

Globalmente só 6 instituições estão na génese da totalidade dos trabalhos e, como já vimos, um serviço é responsável por 17 apresentações repartidas por todos os congressos desde 1995 até à actualidade. As restantes 11 tiveram origem em cinco instituições: duas estiveram presentes em dois congressos, mas não apresentaram trabalhos desde 1997. As outras três prontificaram num único ano: uma em 93, uma em 97 e outra em 2001.

Ao analisarmos estas 11 últimas comunicações, verificamos que à excepção de uma, todas se restringem ao relato de casos clínicos. Encontrámos em cinco o nome de colegas de outras especialidades (Cirurgia) como co-autores dos trabalhos. Só 6 intervenções são atribuídas unicamente a urologistas. Ao aplicar o sistema de “score” de dificuldade às 11 operações reportadas, verificamos que 6 são classificadas como “fáceis”, 4 como “pouco



(slightly) difíceis” e uma como “razoavelmente (fairly) difícil”. A média (5,9) da sua pontuação somada corresponde a uma classificação global na transição do “fácil” (3 a 5) para o limite inferior do “pouco difícil” (6 a 8). O grau de dificuldade destas cirurgias não sofreu alterações significativas com o decurso do tempo.

Nos 17 trabalhos oriundos de um só serviço, 4 incluem o estudo de casuística e 13 descrevem técnicas cirúrgicas ou casos clínicos. Na sua autoria ou co-autoria participam exclusivamente urologistas. Nas intervenções por eles descritas, a aplicação do “score” anteriormente referido revelou a seguinte estratificação: uma “fácil”; 7 “pouco difíceis”; 6 “razoavelmente difíceis”; 1 “difícil” e 2 “extremamente difíceis”. A média resultante (9,7) coloca claramente o conjunto na faixa do “razoavelmente difícil” (9 a 11). Encontra-se ainda uma variação positiva na qualidade dos actos cirúrgicos em função do tempo, sendo que em 2001 o seu grau de dificuldade médio (13,5) se situa já perto do limite superior do “difícil” (12 a 14).

Comentários:

Durante última década em Portugal, um serviço acolheu, utilizou e desenvolveu a técnica de forma autónoma, apresentando regularmente a resultante do seu trabalho nas diversas aplicações (diagnóstico, cirurgia ablativa e reconstrutiva), diferentes campos de acção (andrologia, patologia benigna e oncológica, cirurgia pediátrica e do adulto) e principais variantes (retroperitoneoscopia, vias transperitoneais, técnicas “hand-assisted” e microlaparoscopia). Executado exclusivamente por urologistas, documenta as operações fundamentais sobre os órgãos-alvo do aparelho genito-urinário: orquidopexia, adrenalectomia, nefrectomia (e outra cirurgia renal avançada), intervenções sobre o ureter e bexiga, cirurgia da litíase, linfadenectomia pélvica, e prostatectomia radical. Qualitativamente progrediu até atingir um nível técnico de excelência (prostatectomia radical).

Outras cinco instituições demonstraram ocasionalmente algum interesse pela laparoscopia mas o carácter esporádico, o nível básico das intervenções apresentadas e o elevado grau de dependência técnica (evidenciada pela forte presença de cirurgiões gerais) revelam claramente um deficiente domínio da técnica pelos urologistas.

Conclusão:

Em Portugal, o potencial intrínseco da laparoscopia urológica foi explorado num único centro (ao qual o autor pertence, conforme a inteligência do leitor lhe terá certamente já revelado).

Todas as outras instituições foram incapazes de dominar e desenvolver a técnica de forma sustentada e autónoma, comunicando regularmente os resultados obtidos aos seus pares.

Uma questão:

Demonstramos assim a reduzida divulgação da laparoscopia.

Como se trata de um fenómeno quase geral, podemos deduzir que as particularidades dos diversos ambientes clínicos não funcionaram como elementos positivos para a sua implementação: Como explicar, por exemplo, que as instituições Universitárias não tenham adoptado uma tecnologia em expansão, quando a sua vocação é precisamente a pesquisa, o desenvolvimento e a formação das futuras gerações de utilizadores? Como explicar

que as instituições dedicadas à área oncológica não apliquem um recurso disponível no universo patológico onde as indicações já foram significativas no passado, são importantes no presente e serão virtualmente ilimitadas no futuro próximo? Como explicar que serviços com vocação generalista não tivessem adquirido experiência com uma técnica de eleição na patologia andrológica, renal e supra-renal? Como explicar, finalmente, que os grupos dedicados à transplantação dispensem a via minimamente invasiva para as colheitas de dador vivo, quando ela representa o avanço cirúrgico isolado mais importante passível de incrementar o número de órgãos disponíveis? (na medida em que é comparativamente muito mais atractiva para o dador vivo)

Se estas condições, teoricamente favoráveis e próprias de cada instituição não foram facilitadoras, de imediato uma questão se apresenta obvia: *que factores comuns actuaram de forma a impedir a implantação generalizada da laparoscopia?*

Várias respostas

Para além de uma sólida formação anatómica e dos requisitos mínimos de sobriedade na forma, elegância no estilo, humildade na atitude, rapidez na decisão e eficácia no desempenho, comuns a todos os géneros de cirurgia, são frequentemente mencionadas algumas características inerentes à própria técnica que dificultam a sua aprendizagem: a adaptação à ausência da terceira dimensão visual (profundidade de campo) e a falta de aferências tácteis do cirurgião serão porventura as mais básicas. A adaptação ao instrumental específico e a alguns gestos técnicos intrinsecamente difíceis, bem como o rearranjo da interacção entre toda a equipe cirúrgica também condicionam a curva de aprendizagem inicial. As cirurgias mais avançadas exigem ainda altos níveis de atenção, concentração e precisão, muito superiores aos requeridos pelas intervenções clássicas equivalentes. Nos procedimentos mais complexos e de grau de desempenho superior é necessário manter esses níveis estáveis e sem pausas, durante quase toda a duração da intervenção. Em alguns casos, a configuração anatómica do doente conduz a uma disposição ergonómica menos favorável para a equipe cirúrgica, o que também tem implicações no equilíbrio do desempenho físico.

Por fim, a capacidade para trabalhar com o grupo (e aprender a dele depender) é absolutamente decisiva para obter resultados, sublinhando de certa forma o final de uma era dominada pela figura arcaica do cirurgião-líder absoluto. A evidência desta realidade é ilustrada cabalmente por um facto singular: até a visão do cirurgião está sob controle directo do ajudante que opera o laparoscópio, impondo entendimentos de carácter intuitivo e instintivo. Habitualmente, traduzimos oralmente este entendimento não verbal numa frase singular: “*Tu és os meus olhos!*”

Um programa racional de formação e treino aliados a uma prática contínua e progressiva são a base para a evolução qualitativa.

Na nossa realidade sabemos que é necessário muita imaginação e iniciativa, aliadas a uma clara definição de estratégias e prioridades por parte da direcção dos serviços para conseguir integrar na actividade operatória habitual estas componentes de formação e desenvolvimento.

São de todos conhecidos os factos anteriores. O seu conjunto traduz uma realidade: Como em qualquer actividade humana de



alto rendimento a laparoscopia avançada exige ao cirurgião treino adequado, coordenação perfeita com a equipe, índices elevados e sustentados de concentração e um desempenho físico estável. Requer muito claramente um nível superior de exigência técnica, mental e física quando comparada com a cirurgia convencional.

Provavelmente esse patamar de qualidade não estará ao alcance de todos, como é próprio das actividades humanas de alto rendimento.

Por isso torna-se imperioso dizer agora que todos os urologistas-cirurgiões são diferentes: na formação, na experiência, no acesso à informação, na disponibilidade de recursos, no enquadramento hierárquico e na integração institucional. São sobretudo diferentes em certos atributos pessoais: na idade, nas qualidades psicológicas, ou nas capacidades físicas. E nas diferenças fundamentais das características inatas, tão naturalmente evidentes entre músicos, atletas, actores ou cirurgiões: Tal como na vida, assim na cirurgia!

Temo estar a embrenhar-me em assunto "tabu", pois embora verbalmente tal não seja uma prática infrequente, é pelo menos inconveniente realçar por escrito as naturais diferenças *inter pares*. Afirmar aqui que há enormes diferenças entre colegas no desempenho operatório, segurança, eficácia, complicações, resultados e credibilidade, é porventura atentar contra um dos mais impronunciáveis totens da nossa comunidade urológica. Mas, mesmo que seja "politicamente incorrecto", devo fazê-lo, porque a cirurgia laparoscópica introduziu novos desafios e dificuldades, agravando as diferenças já existentes entre os cirurgiões. Tal como todas as técnicas de grande exigência, a laparoscopia não cria as diferenças: cruelmente, só as revela ou coloca em maior evidência.

Aliás é neste campo que antevemos o maior benefício futuro da robótica aplicada: ao suprir as insuficiências dos menos dotados vai permitir nivelar pelo alto o desempenho geral, multiplicar o número de utilizadores e diluir assim quer o carácter de exclusividade quer as conotações elitistas actuais.

Decorre do que anteriormente expusemos que, enquanto a técnica não se "democratizar", vai continuar a transportar con-

sigo o potencial de gerar novos e distintos equilíbrios inter-pessoais, promovendo desta forma mutações nas instituições e nos serviços. Porque, no seu ambiente natural, cada cirurgião tende a ser considerado mais em função da sua performance operatória do que por qualquer outro parâmetro isolado.

Todos estes factores, quer institucionais, quer pessoais, agem assim cumulativamente no sentido negativo, impedindo que a maioria dos urologistas actualmente no activo venha alguma vez a empregar este recurso. E as causas principais podem mesmo ser as mais simples: falta de formação adequada, limitações materiais ou de gestão, auto-reconhecimento de insuficiências técnicas individuais. Ou simplesmente por integrar uma geração que já não disponha do tempo necessário para apreender e rentabilizar uma técnica nova.

O efeito dos Tomates

Por outro lado, temos a certeza de que muitos urologistas dispõem de todas as condições individuais e institucionais para praticar a cirurgia laparoscópica, embora o não tenham feito com consequência até agora. E, se até conseguimos entender que os sectores mais conservadores, retrógrados e envelhecidos da nossa classe sejam os naturais detractores deste avanço, já não é tão fácil conceber a inércia e o imobilismo das gerações mais jovens ou mais dinâmicas. A técnica continua assim a ser esquecida, mesmo depois de estar cabalmente demonstrado que esta via é altamente reprodutível, logo após cada procedimento específico estar sistematizado. Aliás, praticamente todas as intervenções da nossa especialidade, mesmo mais complexas como a prostatectomia radical obedecem já a esta regra.

Aos benefícios gerais obtidos pelo doente (minimização da dor, encurtamento da estada hospitalar, ganhos estéticos) e pela sociedade (com um retorno precoce à actividade produtiva habitual), somam-se as vantagens específicas que a técnica pode proporcionar. Algumas estão já definitivamente documentadas para procedimentos definidos. Um paradigma destes últimos é a adrenalectomia. Mas mesmo nestes casos, a via minimamente invasiva não é no geral considerada seriamente como uma alter-



XXIIº Curso Internacional sobre CIRUGÍA ENDOUROLÓGICA

dirigido por:

J. G. Valdivia Uría

J. A. López López

C. Rioja Sanz

Zaragoza, 10-11-12 Feberero 2003

intensivo, cirugía "en directo", seminarios, videoforuns

información: Dr. J. G. Valdivia Uría <uroh@huc-lblesa.es>





nativa prática, sendo mesmo negligenciada por grande parte dos urologistas (mas não pelos cirurgiões gerais, curiosamente).

Estas conjunções particulares, evidentes nos últimos parágrafos, levam-nos a suspeitar fortemente de influência insidiosa e discreta, mas não menos poderosa do “efeito dos tomates”.

De facto, todos os ingredientes necessários estão presentes: Temos uma técnica altamente eficaz quando executada por cirurgiões experientes, de aplicações quase universais na sua área, com comprovada reprodutibilidade em larga escala e geradora de ganhos em saúde para o doente e para a comunidade que, por motivos aparentemente pouco evidentes, continua a ser absolutamente esquecida por quase todos, enfeitada por muitos, e (quase) morta com o silêncio por alguns. (do japonês, *mokusatsu*, literalmente: *matar com o silêncio*) Não existe assim argumentação sólida de base racional ou científica que limite a sua expansão. Tão pouco logística, pois no presente todos os hospitais estão equipados com os apetrechos tecnológicos adequados. Simplesmente não os utilizam porque a laparoscopia não se enquadra facilmente nos padrões clínicos pouco exigentes estabelecidos. Simplesmente não “faz sentido” no ambiente clínico e científico pouco competitivo dum sector público e universitário constrangidos por falta de uma orientação de regime. Nem “faz sentido” no enquadramento volátil do sector privado, com mecanismos de funcionamento misóginos, perpetuados pelo (ainda) deficiente grau de informação da comunidade em geral (gerador de baixas expectativas em saúde). Simplesmente, “não faz sentido”, quando a excelência não é alma dos sistemas, nem a motivação das pessoas, até.

É claro que, como o efeito ainda está a decorrer, é extremamente difícil demonstrá-lo agora, porquanto não chegou ainda ao seu termo. Contudo, apesar de não ser possível ainda quantificar exactamente o seu real impacto, já podemos modelá-lo, só por admitir a possibilidade da sua existência. Ou tão só por tomar consciência desta simples hipótese de trabalho, que aqui vos apresento. Porque ao adquirir a consciência, conferimos a dimensão da responsabilidade ao comportamento, modificando-lhe a natureza. Esse é o principal objectivo destas linhas.

Mas ousamos vaticinar que prova definitiva de que o “efeito dos tomates” teve um papel importante em todo o processo de implantação da laparoscopia será evidente a muito breve prazo. A razão principal deve-se a um episódio de sentido análogo àquele de Mr. Gibbon Johnson, levado a efeito na escadaria do tribunal de New Jersey. De facto, só depois assistir com um sentimento de alguma incrudelidade, à realização e sistemática da prostatectomia radical laparoscópica, a generalidade dos urologistas dedicou o foco da sua atenção mais para estas matérias. Paralelamente a laparoscopia tem-se revelado como uma técnica de excelência na maioria dos procedimentos sobre o rim, antevendo-se com naturalidade que estas venham a ser as intervenções onde a técnica terá um mais forte impacto, inclusivé na área oncológica. Se bem que de proporções menos míticas que a primeira, o significado fundamental e as consequências futuras desta segunda realidade estão também a ser evidente para todos.

Resumindo: a generalidade dos urologistas só deixou de considerar a laparoscopia um assunto marginal depois de esta interferir no seu domínio mais “nobre” (o rim) e no seu território mais “sagrado” (a próstata). Só agora a técnica começa a ser vista como

uma alternativa válida, impondo-se à antiga indiferença de muitos e perdendo, para sempre, o carácter exótico-circense com que foi encarada no passado por alguns. Passou a ser definitivamente um assunto sério. Aliás, desde que algo se aplique à próstata, *merece realmente* atenção e só *pode ser* um assunto sério. É uma tradição que faz parte do nosso legado cultural urológico.

A facilidade, rapidamente progressiva, no acesso à informação determina ainda uma crescente pressão evolutiva sobre nós, médicos. Cada vez mais, as decisões terapêuticas são partilhadas entre o médico e o doente. Os sectores mais esclarecidos da sociedade procuram já a terapêutica mais actualizada e os executantes mais experientes. A generalização desta tendência é irreversível e o paciente demandará o melhor tratamento disponível com o menor sofrimento possível. Sob este ponto de vista a laparoscopia é indiscutivelmente atraente para o doente. Será obviamente a sua escolha preferida.

Não é assim difícil antever num futuro próximo um renovado interesse dos urologistas pela laparoscopia. Quiçá mesmo uma aceitação entusiástica mais ou menos vasta e mais ou menos genuína. Se como prevemos, proliferarem os centros nacionais que aplicam a técnica e apresentam aos pares a resultante do seu trabalho, teremos demonstrado definitivamente esta hipótese de trabalho: “o efeito dos tomates” discretamente, também actuou!

Comentários finais

No fabuloso livro de Joseph Mitchell “O Segredo de Joe Gould”, o visionário protagonista dedicou um capítulo inteiro da sua obra imaginária aos malefícios causados pelo consumo de tomates. Intitula-se “A terrível mania do tomate, um capítulo da história oral de Joe Gould” e contém as mais extravagantes afirmações sobre doenças e sobre médicos. Após vinte e oito páginas seguidas de estatísticas irracionais termina com uma conclusão delirante: «...a ingestão de tomates pelos engenheiros dos caminhos de ferro foi responsável por cinquenta e três por cento dos descarrilamentos nos Estados Unidos nos últimos sete anos.»

No artigo “The Tomato Effect”, publicado no Journal of American Medical Association, James Goodwin alerta-nos para a possibilidade real de uma estrutura teórica rígida conduzir à rejeição colateral de tratamentos eficazes. Conclui o trabalho recomendando que «...antes de rejeitar um tratamento, devemos perguntar “será que é um tomate?”»

O livro de Mitchell é uma deliciosa sátira sem qualquer pretensão científica.

O artigo de Goodwin é uma comunicação científica, com alguma pretensão satírica.

Cabe ao leitor decidir a natureza deste, que aqui lhe deixo.

Como sempre, o importante é a intenção de quem lê, não a de quem escreve.

Mas pelo menos – há-de concordar o leitor – foram necessários tomates para escrever este artigo!

Agradecimento especial

Ao Dr. Paulo Reed Petracchi pela colaboração preciosa no âmbito da língua inglesa.

Notícias



Dia da Próstata

No dia 16 de Maio teve lugar na sede da APU, uma conferência de imprensa sobre as doenças da próstata. Estiveram presentes para além de membros do Conselho Directivo da APU vários representantes da indústria farmacêutica, a Presidente da Associação Nacional de Farmácias, Dr.^a Maria da Luz Sequeira e o Bastonário da OM, Dr. Germano de Sousa. O Presidente da APU, Dr. Mendes Silva, salientou para a imprensa presente a importância do esclarecimento da população sobre as doenças da próstata dada a grande prevalência que estas doenças apresentam e os avanços que têm surgido para a sua terapêutica.

Reflexão e Recomendações da APU sobre a Gestão dos Serviços Hospitalares

No dia 16 de Julho, pelas 11:00 horas, teve lugar uma conferência de imprensa na sede da APU, para a apresentação do trabalho - "Subsídios para a Optimização da Gestão dos Serviços Hospitalares".



O Grupo de Trabalho responsável por este contributo foi coordenado pelo Dr. J M Campos Pinheiro que contou com a colaboração dos Drs. Helder Monteiro, João Real Dias, Fernando Carreira e Jorge Almeida e Sousa.

II Encontro Nacional de Jovens Urologistas e Internos de Urologia

Decorreu nos passados dias 28 a 30 de Junhos, em Évora, o II Encontro Nacional de Jovens Urologistas e Internos de Urologia. A segunda edição desta iniciativa, promovida pela Associação Portuguesa de Urologia e cuja Comissão Organizadora foi este ano constituída pelos Drs. Manuel Mendes Silva, José Santos Dias, Carlos Rabaça e Rui Carneiro, decorreu com assinalável êxito. Para este êxito contribuíram quer a componente científica, quer a componente social.





I Jornadas de Urologia em Medicina Familiar

Realizaram-se em 26 e 27 de Agosto, na Cidade da Praia, em Cabo Verde, as I Jornadas de Urologia em Medicina Familiar Luso-Cabo-verdianas, presididas por Manuel Mendes Silva e Sidónio Monteiro, com um programa científico interessante, teve o patrocínio das Ordens dos Médicos de Portugal e Cabo Verde e do Governo Cabo-verdiano. Foi um momento de



A abordagem de temas como o papel da cirurgia radical no século XXI, os avanços recentes em endo-urologia e em laparoscopia urológica, bem como as questões relacionadas com o papel e importância das associações profissionais e científicas representativas dos Urologistas e as saídas profissionais para os jovens urologistas no actual e complexo quadro da saúde no nosso país, foram temas aliciantes e que suscitaram interessantes debates, para os quais contribuiu a ampla e activa participação dos jovens urologistas presentes. Esta participação permitiu tornar as sessões bastante animadas, demonstrando a vitalidade dos jovens Especialistas e Internos e augurando um futuro promissor para a Urologia portuguesa.

O programa social decorreu no Kartódromo de Évora e foi igualmente concebido e “adaptado” ao grupo etário dos participantes, com actividades ao ar livre que exigiam perícia, destreza e alguma capacidade física. A participação de todos demonstrou que, também sob estes aspectos, a Urologia Portuguesa não deve temer o futuro próximo.

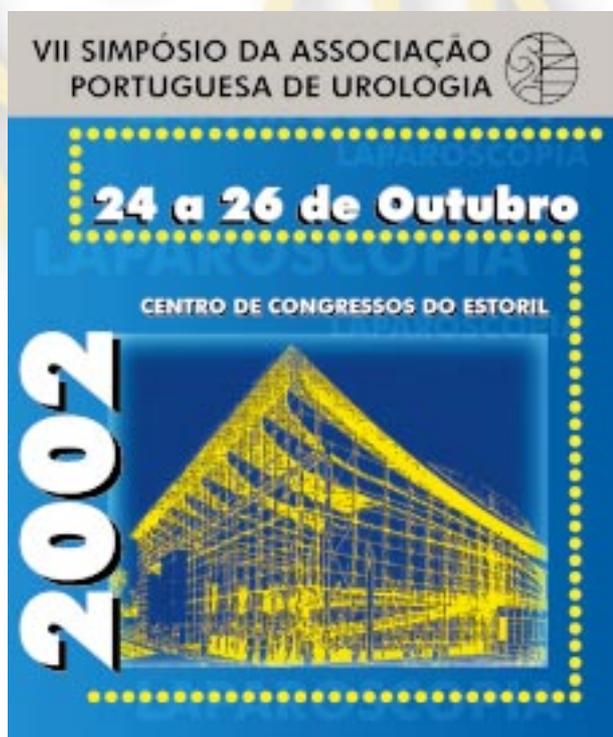
aproximação entre os dois povos, as duas culturas e as duas comunidades científicas que muito contribuiu para a sua aproximação e aprofundamento de relações.



Notícias

VII Simpósio APU - Centro de Congressos do Estoril

O programa científico completo e actualizado do nosso simpósio, a ocorrer de 24 a 26 de Outubro de 2002, encontra-se disponível no "site" do simpósio www.simpósiourologia2002.com. Não esqueça de marcar na sua agenda pois o programa e os intervenientes prometem um elevado interesse científico.



Dia da Incontinência

Trata-se de um trabalho conjunto APU com a APNUG. O plano de actividades encontra-se em destaque neste boletim. De entre as várias iniciativas programadas para este evento, terá lugar uma conferência de imprensa a realizar na sede da APU em 30 de Janeiro de 2003.

X Curso Internacional de Urologia

"4 dias de Cirurgia em Directo", é este ano a proposta da organização do Serviço de Urologia do Hospital Universitário Miguel Servet, a realizar em Zaragoza de 3 a 6 de Fevereiro de 2003.

Trata-se de um curso essencialmente cirúrgico, onde se realizarão as mais recentes técnicas de Endoscopia, Laparoscopia e Cirurgia Convencional.

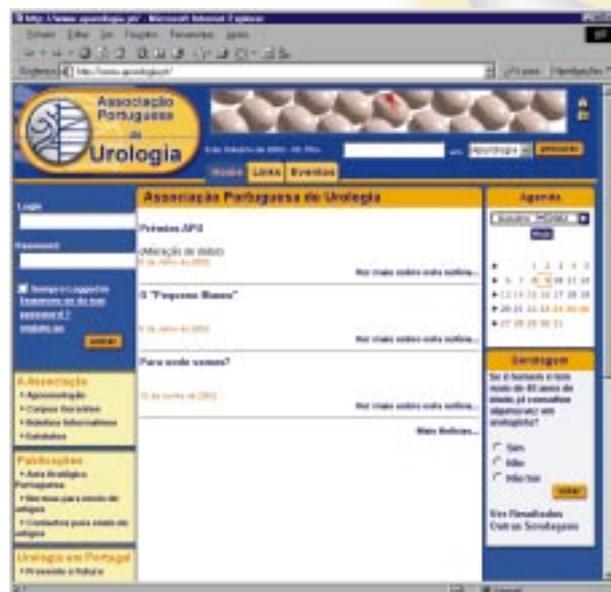


Congresso APU de 2003

Terá lugar a 5-6-7 Junho no *Caesar Park - Penha Longa Golf Resort - Linhó - Sintra*, conforme tem sido divulgado pela organização, presidida pelo Professor Matos Ferreira. Não esqueça que este é o lugar onde deve estar representada a actividade científica portuguesa.

Novo "layout" da nossa página na Net

O Dr. Manuel Macieira Pires é o responsável pela actualização da nossa página, com novo visual e informações actualizadas e que estará disponível ao público dentro em breve.



Calendário de Reuniões

2002

2 a 6 Outubro

37th Annual Meeting of Egyptian Urological Association

– Luxor, Egito

E-mail: eua@uroegypt.com

7 a 9 Outubro

5 Curso Ibérico de Oncologia Urológica

– Espinho

Fax: 217 952 497

24 a 26 Outubro

VII Simpósio de Urologia

– Centro de Congressos do Estoril

Web: www.simposiurologia2002.

E-mail: apurologia@mail.telepac.pt

24 a 26 de Outubro

European Society for Urological Research

– Trento – Itália

Web: www.omniameeting.com

E-mail: 16thESUR@omniameeting.com

14 a 17 de Novembro

7th Asian Congress of Sexology

– Singapura

WEB: www.7acs.com

E-mail: obgnawc@nus.edu.sg

14 a 16 Novembro

VIII Congresso Português de Andrologia e V Reunião Ibérica de Andrologia

– Hotel Almansor – Carvoeiro, Algarve

Web: www.andrologiasimposio.com

E-mail: rosatours@mail.telepac.pt

22 e 23 de Novembro

2nd Annual Conference: Perspectives in Bladder Cancer

– Lisboa

E-mail: h.drew@imedex.com

1 a 4 Dezembro

5th Congress of the European Society for Sexual and Impotence Research

– Hamburgo – Alemanha

(Data limite para envio de resumos 15/7/02)

Web: www.essir-hamburg-2002.de

E-mail: hamburg@cpo-hanser.de

1 a 5 de Dezembro

European Urological Winter Escape Meeting

– Playa de las Americas – Tenerife

Web: www.uroweb.org

E-mail: congress.consultants@uroweb.nl

5 a 7 Dezembro

1st Eurolithiasis Society Congress (EULIS)

– Manchester – UK

E-mail: congress.consultants@uroweb.nl

12 e 13 Dezembro

7º AAPS World Meeting – 7º Congresso Mundial de Faloplastia

– Rio de Janeiro - Brazil

Web: www.7aapsmeeting.com

E-mail: sbandrologia@uol.com.br

2003

16 a 17 Janeiro

4th International Meeting of the European society of Uro-Technology (ESUT)

– Paris – Versalhes – França

E-mail: congress.consultants@uroweb.nl

12 a 15 Março

XVIIIth EAU Congress

– Madrid – Espanha

Web: www.uroweb.org

26 Abril a 1 Maio

AUA Annual Meeting

– Chicago

5 a 7 Junho

Congresso da APU – 2003

– Caesar Park – Penha Longa Golf Resort – Linhó

– Sintra

Web: www.urologia2003.com

11 a 14 Junho

15th Video-Urology World Congress

– Busan – Coreia

E-mail: urodonga@yahoo.co.kr

12 a 15 Outubro

6th Congress of European Society for Sexual and Impotence Research

– Istambul

Web: www.essir2003.com