

PÁG. 10



ENTREVISTA | PROF. DR. JORGE POLÓNIA

## “Dois terços dos portugueses não tem a hipertensão controlada”

O especialista do Hospital Pedro Hispano sublinha os pontos mais importantes das mais recentes guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia e alerta para a necessidade de mudar comportamentos, nomeadamente através da redução do consumo de sal

PÁG. 32



ENTREVISTA | ALBERTO MELLO E SILVA

## Na dislipidemia aterogénica o C-LDL não é o único “mau da fita”

### “Medicamentos vão ter de subir de preço”, alerta presidente da Apifarma

No período de ajustamento financeiro, os preços dos medicamentos baixaram 30%. A partir daí, os preços estagnaram, o que está a deixar muitas farmácias em grandes dificuldades. PÁG. 31



ESPECIAL – ROTA DA SAÚDE

PÁG. 14

## 6ª ENCONTRO DAS USF DO PINHAL LITORAL



UMA INICIATIVA



### Espírito de equipa é fator primordial para cumprir metas da nova contratualização

A Escola Secundária do Pombal foi o palco escolhido para o 6º Encontro das USF do Agrupamento de centros de Saúde (ACES) Pinhal Litoral.

## “Falha na eliminação da Hepatite C será vergonha Nacional”

Se Portugal falhar o objetivo da Agenda para o Desenvolvimento Sustentável, delineada pelas Nações Unidas, de reduzir a incidência do vírus da Hepatite C (VHC) em 90% e a mortalidade associada em 65% até 2030, será uma verdadeira “Vergonha Nacional”.

REPORTAGEM | PROFESSOR DR. GUILHERME MACEDO



PÁG. 28

### “Horários desumanos” e salários baixos levam médicos a sair do SNS

Propostas chegam do estrangeiro e dos grupos privados e podem levar muitos médicos a deixar o SNS. Bastonário e sindicatos criticam falta de investimento da tutela PÁG. 8



### MINISTÉRIO RECUA E DIZ NÃO QUERER OBRIGAR RECÉM-ESPECIALISTAS A FICAR NO SNS

Ministra da Saúde tinha admitido a introdução de um período de vinculação obrigatória ao SNS dos recém-especialistas. Médicos contestaram proposta e agora a tutela recua. PÁG. 12



# Programa Gilead GÉNESE

## 6ª Edição

### Candidaturas abertas

de 1 de março a 14 de maio de 2019

Mais informação em: [www.gileadgenese.pt](http://www.gileadgenese.pt)

Bolsas até  
**40.000 €**  
por projeto

### 3 ÁREAS TERAPÉUTICAS

- Hemato-oncologia
- Doenças hepáticas virais e metabólicas
- Infeção VIH/SIDA

## Vertentes do programa

### INVESTIGAÇÃO

- Resultados em Saúde
- Diagnóstico
- Investigação Translacional
- Tecnologia ao Serviço da Saúde

### COMUNIDADE

- Qualidade de Vida
- Diagnóstico
- Educação para a Saúde
- Tecnologia ao Serviço da Saúde

# SUMÁRIO

## Prof. Dr. Jorge Polónia “Dois terços dos portugueses não tem a hipertensão controlada”

O especialista do Hospital Pedro Hispano sublinha os pontos mais importantes das mais recentes guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia e alerta para a necessidade de mudar comportamentos, nomeadamente através da redução do consumo de sal



### 4 Opinião | Luís Gouveia Andrade

**A Aderência ao Tratamento Revisitada**

### 6 Opinião | Francisco Araújo

**Doença renal crónica e doença cardiovascular: uma relação duplamente prejudicial**

### 8 Nacional | “Horários desumanos” e salários baixos levam médicos a sair do SNS

Propostas chegam do estrangeiro e dos grupos privados e podem levar muitos médicos a deixar o SNS. Bastonário e sindicatos criticam falta de investimento da tutela.

### 10 Entrevista | Prof. Dr. Jorge Polónia

O especialista do Hospital Pedro Hispano sublinha os pontos mais importantes das mais recentes guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia e alerta para a necessidade de mudar comportamentos, nomeadamente através da redução do consumo de sal.

### 12 Nacional | Ministério recua e diz não querer obrigar recém-especialistas a ficar no SNS

### 14 Especial | 6ª Encontro das USF do Pinhal Litoral

A Escola Secundária do Pombal foi o palco escolhido para o 6º Encontro das USF do Agrupamento de centros de Saúde (ACES) Pinhal Litoral.

### 28 Reportagem | Professor Dr. Guilherme Macedo

Se Portugal falhar o objetivo da Agenda para o Desenvolvimento Sustentável, delineada pelas Nações Unidas, de reduzir a incidência do vírus da Hepatite C (VHC) em 90% e a mortalidade associada em 65% até 2030, será uma verdadeira “Vergonha Nacional”.

### 32 Especial | Alberto Mello e Silva

**Na dislipidemia aterogénica o C-LDL não é o único “mau da fita”**

### 34 Nacional | Novo medicamento contra o cancro da mama metastático vai ser participado pelo Estado

FICHA TÉCNICA | Publicação *online* de informação geral e médica

**SAÚDE ONLINE**

**Endereço internet**  
www.saudeonline.pt

**E-mail**  
geral@saudeonline.pt

**Managing Director**  
Luís Araújo  
laraujo@saudeonline.pt

**Diretor Comercial**  
Ricardo Anaia  
aanaia@saudeonline.pt

**Diretor**  
Miguel Múrias Mauritti  
mmauritti@saudeonline.pt

**Edição e Redação**  
Saúde Online - Comunicação, MMLA, Lda.  
Rua da Junqueira 446 – 2º  
1300-341 LISBOA  
E-mail: redacao@saudeonline.pt

**Design e Produção** - Alexandra Leitão

**Colaboradores**  
Tiago Caeiro - tcaeiro@saudeonline.pt

**Proprietária**  
Joana Correia de Freitas Santos Coração  
de Figueiredo Araújo  
Rua António Quadros n.º 1 – 1A  
1600-875 LISBOA  
E-mail: jcoracao@saudeonline.pt

Isenção de registo na ERC, nos termos da alínea a) do nº1 do artigo 12º do decreto regulamentar nº8/99, de 9 de junho

**Periodicidade**  
Informação permanente

**Ano de fundação:** 2016

## OPINIÃO

# A Aderência ao Tratamento Revisitada



**Luís Gouveia Andrade, Médico oftalmologista**

Eis um daqueles temas que são curiosos e preocupantemente recorrentes na prática médica e na literatura: a aderência dos doentes aos tratamentos prescritos pelos médicos.

No final de 2018, o JAMA (Journal of American Medical Association) publicou uma extensa revisão sobre os estudos clínicos publicados entre 2000 e 2018 e que abordavam especificamente intervenções destinadas a melhorar a aderência\*.

A importância do tema continua, infelizmente, enorme.

Sabe-se que, entre adultos com doenças crónicas como a diabetes ou a hipertensão arterial, 30 a 50% das medicações prescritas não são correctamente administradas.

Uma fraca aderência associa-se a um importante aumento da morbilidade e da mortalidade e, nos Estados Unidos, é responsável por cerca de 125.000 mortes e por 10% das hospitalizações todos os anos.

No plano económico, e ainda falando em dados referentes aos

Estados Unidos, estima-se que a não aderência custe 100 bilhões de dólares todos os anos, na sequência de hospitalizações sucessivas e da necessidade de intervenções médicas adicionais.

E não preciso de fazer um grande esforço de memória para me recordar que números semelhantes a estes têm sido regularmente relatados ao longo dos anos, sem que pareça existir uma melhoria significativa nestes indicadores.

Ou seja, apesar de todos os avanços médicos, apesar da investigação e desenvolvimento de novas moléculas, mais eficazes, mais seguras, mais fáceis de administrar, essa eficácia, essa segurança e essa simplicidade esbarram no muro da aderência, deitando por terra muito daquilo que se desejava alcançar.

E porquê? O que motiva esta permanente e imutável fraca aderência ao tratamento? A resposta não é simples e reside na multiplicidade de variáveis envolvidas que implicam doentes, médicos e factores associados ao próprio sistema de saúde.

No que se refere aos doentes, a aderência tende a ficar prejudicada quando existe escasso envolvimento no processo de decisão sobre o tratamento, quando existem dificuldades cognitivas ou de literacia, quando o tratamento interfere com crenças pessoais ou quando existem experiências prévias desagradáveis com medicamentos.

Da parte dos médicos, os aspectos mais relevantes são a incapacidade de reconhecer e

identificar a fraca aderência dos seus doentes, a prescrição de regimes terapêuticos complexos e com múltiplos fármacos, uma má explicação dos benefícios do tratamento e uma comunicação deficiente entre pares (especialistas e médicos de medicina geral e familiar).

Da parte do sistema de saúde, as comparticipações dos medicamentos e uma descoordenação de cuidados entre o internamento e alta hospitalar são elementos que se associam a uma menor aderência.

A conjugação de tudo isto só pode tornar a abordagem da aderência extremamente complexa...

No referido artigo analisam-se 49 estudos clínicos de modo a tentar identificar as intervenções mais capazes de melhorar a aderência.

Em termos globais, identificaram-se seis categorias de medidas com resultados positivos:

- Educação dos doentes
- Abordagem do regime de fármacos, no sentido da sua simplificação
- Consulta com um farmacêutico clínico no contexto de doenças crónicas
- Medidas de terapêutica comportamental/cognitiva
- Estímulos para recordar/alertar a toma da medicação
- Incentivos para a promoção da aderência

Estas medidas não são aplicáveis em todos os sistemas de saúde e, por isso, para cada contexto deverão ser seleccionadas as mais apropriadas, mas os resultados tendem a ser muito interessantes, com

melhorias na aderência que podem alcançar os 33% (este valor obtido no caso das medidas que relembram os doentes para tomar os seus medicamentos e/ou renovarem as prescrições).

Mas, mais do que isso, o processo de melhorar a aderência deve ser o mais individualizado possível, atendendo às características de cada doente e de cada doença.

Estamos perante uma realidade importante, com enorme impacto nos resultados dos tratamentos preconizados e que, apesar de todos os estudos realizados, continua a persistir e a afectar a saúde das populações. Melhorar a aderência não pode nem deve ser visto como uma tarefa exclusiva dos médicos mas deve ser encarada como um esforço colectivo.

Saibamos, pois, no nosso investimento quotidiano na melhoria do diagnóstico e tratamento das inúmeras condições clínicas, não esquecer a dedicação de tempo a tornar a aderência mais robusta.

Caso contrário, os ganhos obtidos ficarão sempre aquém do esperado...

As medidas aqui recordadas são já amplamente conhecidas e amplamente testadas. Relembrá-las é sempre importante, de modo a que cada um de nós adira melhor a estes gestos que podem, e muito, melhorar a aderência dos nossos doentes aos tratamentos que lhes prescrevemos.

*Texto escrito na grafia anterior ao acordo ortográfico de 1990, por opção do autor*

# ANTIBIÓTICO + UL-250 cápsulas

PREVINE A DIARREIA ASSOCIADA AO USO DE ANTIBIÓTICOS

Os antibióticos afetam a microbiota intestinal com repercussões na saúde em geral.

Previna a diarreia associada ao uso de antibióticos e garanta o cumprimento da antibioterapia.



ESTÁ TUDO  
CONTR**UL**ADO  
250  
cápsulas



**Informações essenciais compatíveis com o RCM - UL-250, 250 mg, cápsulas, com corpo branco opaco e cabeça azul opaca:** UL-250, 250 mg, pó para suspensão oral, castanho claro com odor a fruta. Cada cápsula contém 250 mg de células liofilizadas de *Saccharomyces boulardii* (Sb); 32,5 mg lactose mono-hidratada e 114,7 mg sacarose. Cada saqueta contém 250 mg de células liofilizadas de Sb; 32,5 mg de lactose e 471,90 mg de frutose. **Indicações terapêuticas:** Cápsulas: tratamento sintomático da diarreia aguda em crianças e adultos; prevenção da diarreia associada à toma de antibióticos. Saquetas: Como normalizador da flora intestinal e antifúngico microbiano, indicado quando existam alterações do ecossistema intestinal, como diarreias e rotavírus em crianças. Quando é possível determinar o agente etiológico e para o qual exista terapêutica específica, UL-250 como regularizador da flora intestinal, constituirá um adjuvante sintomático no tratamento da diarreia em associação com reidratação. O nível de reidratação com soluções orais ou intravenosas deve ser ajustado à gravidade da diarreia, idade e características especiais do doente. Não indicado em crianças com idade inferior a 3 meses. **Posologia e modo de administração:** Cápsulas: Uma 3 x dia. Crianças ≥ 6 anos e adultos: Engolir a cápsula sem mastigar, com um copo de água. Saquetas: Uma 3 x dia. Crianças > 2 anos: Deitar o conteúdo de uma saqueta num copo de água ou de sumo de fruta. Lactantes (3 a 24 meses): Abrir a saqueta e misturar o pó no conteúdo do biberão, agitando bem. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Doentes com calor vonoso control. **Advertências e precauções especiais de utilização:** Não deve ser utilizado com líquidos a temperaturas > 50 °C. Quando prescrito com medicamento antifúngico oral ou sistémico pode ver diminuída a sua ação. Sb é uma levedura que foi associada ao risco de fungemias. Em crianças dos 2 aos 6 anos a reidratação oral é essencial no tratamento da diarreia aguda. A necessidade de reidratação deve ser avaliada regularmente e usada uma solução de reidratação oral para prevenir e tratar a desidratação. Em casos graves e com vômitos associados pode ser necessário reidratação intravenosa. Duração recomendada do tratamento com cápsulas: 5 dias se administrado nas doses recomendadas; deverá consultar-se um médico se os sintomas não melhorarem após 2 a 3 dias do tratamento. Contém lactose, pelo que doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase ou má-absorção de glicose-galactose não devem tomar UL-250. As cápsulas contêm sacarose, pelo que doentes com problemas hereditários raros de intolerância à frutose, má-absorção de glicose-galactose ou insuficiência da sacarase-isomaltase não devem tomar UL-250 cápsulas. As saquetas contêm frutose, pelo que doentes com problemas hereditários raros de intolerância à frutose não devem tomar UL-250. **Efeitos indesejáveis:** Raros: fungemias; flatulência; reações de intolerância, principalmente na forma de prurido, pápulas (urticária, erupções, rash), rash cutâneo (localizado ou distribuído por todo o corpo; exantema local ou generalizado). Muito raros: reações alérgicas (pode ocorrer edema de Quincke). **Titular da AIM:** Biocodex. **Distribuidor:** Merck S.A. **Data da revisão do texto:** 05/2015. UL-250 cápsulas é um medicamento não sujeito a receita médica. UL-250, pó para suspensão oral é um medicamento sujeito a receita médica. Escalão de compartição: C. Para mais informação deverá contactar o Titular da AIM.

## OPINIÃO

# Doença renal crónica e doença cardiovascular: uma relação duplamente prejudicial



**Francisco Araújo, Médico internista**

A saúde do seu coração e dos seus vasos está ligada à saúde dos seus rins. E vice-versa. Ter uma doença cardíaca coloca-o em risco de doença renal.

À medida que o coração envia sangue para todo o corpo, os rins filtram esse sangue, removendo as suas impurezas, de forma a assegurar que o sangue tenha as quantidades certas de nutrientes e minerais. Ajudam também a manter a pressão arterial em valores controlados e contribuem para a formação de hormonas e vitaminas. Na doença renal crónica estas funções vão-se degradando progressivamente, inicialmente sem sintomas, pelo que apenas com análises podemos aperceber-nos de algum problema. Nos países ocidentais aproximadamente um em cada dez adultos tem doença renal crónica.

As pessoas com doença renal crónica (DRC) têm maior risco de morte por doença cardiovascular do que por uma causa

renal. Isto deve-se a vários fatores, nomeadamente:

- Porque a DRC leva à acumulação de substâncias tóxicas que agredem os vasos e o coração e aumentam o risco de arritmias por vezes fatais;

- Pelo aumento da pressão arterial (hipertensão) que ocorre na DRC e que é o maior fator de risco para acidente vascular cerebral e o segundo, logo atrás do colesterol, para o enfarte agudo do miocárdio.

A hipertensão leva também à lesão dos vasos nos rins e em conjunto com a diabetes constituem a maior causa de doença renal crónica entre nós. É importante assim o controlo da pressão arterial e da glicémia, de modo a reduzir

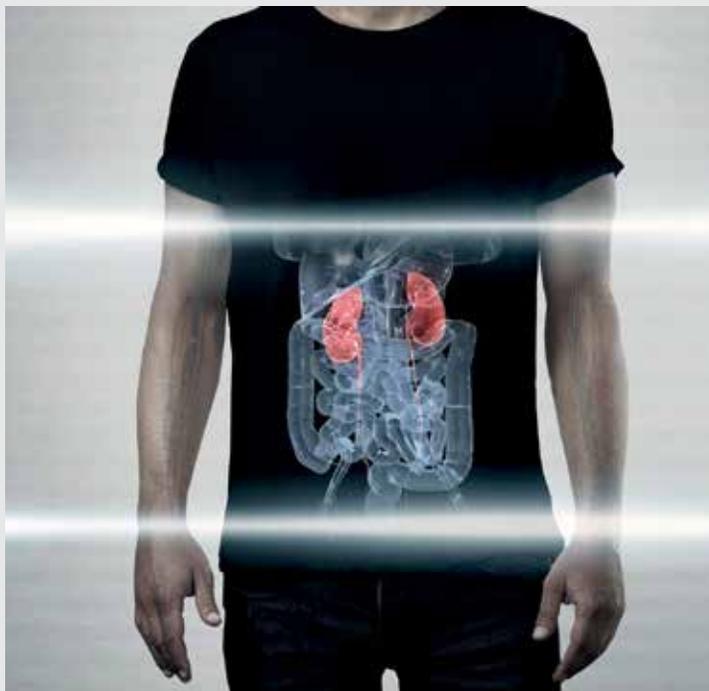
as complicações renais. Fazer exercício, não fumar, cumprir a medicação para a hipertensão arterial ou para a diabetes, são fundamentais para manter os rins saudáveis. Escolha alimentos e bebidas com baixo teor de açúcar e sódio (sal).

A Medicina Interna dedica-se ao diagnóstico, prevenção e tratamento de doenças com repercussão em diversos sistemas. É exatamente isso que acontece nestes doentes. Os fatores de risco para doença renal e cardiovascular são muitas vezes os mesmos (já aqui falámos da diabetes e da hipertensão arterial). A DRC conduz também a alterações a nível ósseo e à anemia, em grande parte pela menor produção de

eritropoietina pelo rim. A eritropoietina tem como função principal estimular a produção de glóbulos vermelhos na medula óssea. A presença de anemia implica um maior esforço do coração para fazer com que a mesma quantidade de oxigénio, transportado pelos glóbulos vermelhos, chegue a todo o organismo.

A longo prazo a doença cardiovascular e renal levam a insuficiência cardíaca. Esta é a maior causa de internamento nas enfermarias de Medicina Interna e uma causa significativa de mortalidade nos doentes mais frágeis. Ocorre pela falência do coração, que não consegue como dantes enviar o sangue consoante as necessidades do nosso corpo. O cansaço, a falta de ar para esforços progressivamente menores, ou o edema (inchaço) das pernas são sinais e sintomas de uma potencial insuficiência cardíaca, mas podem ter muitas outras origens, pelo que a avaliação por um médico é necessária para chegar a uma conclusão correta.

O especialista em Medicina Interna tem um papel integrador de cuidados nestes doentes com doença cardíaca e renal, colaborando com especialidades como a Nefrologia, a Cardiologia e a Medicina Geral e Familiar, avaliando estas pessoas como um todo, de forma a prevenir a doença e a diagnosticá-la e tratá-la precocemente, evitando complicações irreversíveis.





# Alterar a prática da medicina

Na Novartis aproveitamos o poder inovativo da ciência para resolver alguns dos mais desafiadores problemas de saúde na nossa sociedade. Os nossos investigadores trabalham para ultrapassar as fronteiras da ciência, ampliar a nossa compreensão das doenças e desenvolver novas terapêuticas em áreas cujas necessidades médicas ainda não foram resolvidas. Temos paixão em descobrir continuamente novas formas de prolongar e melhorar a vida dos doentes.

# “Horários desumanos” e salários baixos levam médicos a sair do SNS

Propostas chegam do estrangeiro e dos grupos privados e podem levar muitos médicos a deixar o SNS. Bastonário e sindicatos criticam falta de investimento da tutela



O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, garante que o valor daria para contratar 2242 médicos, quase metade dos profissionais que a Ordem diz serem necessários para o SNS



“É muito fácil desmembrar os serviços públicos de saúde”, alerta o presidente da Federação Nacional dos Médicos, João Proença

**D**e Espanha à Irlanda, passando pela Austrália. São vários os países interessados em contratar médicos portugueses. Ordem e sindicatos estão preocupados com a falta de condições de trabalho oferecidas em Portugal, o que, somado aos baixos salários, pode levar muitos profissionais a optar pela emigração, deixando o SNS com uma profunda carência de especialistas.

O recrutamento de médicos portugueses não é um fenómeno recente mas a situação parece estar a agravar-se com o aumento da desigualdade de condições oferecidas em Portugal em comparação com outros países. E não é preciso ir muito longe para encontrar propostas aliciantes. Na galiza, em Espanha, o governo regional está a recrutar jovens pediatras e médicos de família portugueses, pagando-lhe 61 500 euros anuais – mais do dobro que do que aquilo que ganha um médico em início de carreira em Portugal.

“É muito fácil desmembrar os serviços públicos de saúde”, alerta o presidente da Federação Nacional dos Médicos. Em declarações ao Jornal de Notícias, João Proença, critica os mais de 100 milhões de euros anuais que a tutela gasta com médicos tarefairos para as urgências e centros de saúde. Ora, estes profissionais, que trabalham em regime de prestação de serviços, têm um custo/hora muito superior aos médicos do quadro.



O bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, garante que o valor daria para contratar 2242 médicos, quase metade dos profissionais que a Ordem diz serem necessários para o SNS. João Proença fala em mais 400 clínicos com um salário mensal de 3 mil euros brutos. Seja como for, um aspeto é consensual: é preciso mais investimento e um aumento dos vencimentos dos profissionais, se o SNS os quiser reter. Até porque, para além da emigração, os grupos privados são outro player que desvia muitos médicos do SNS. “Se houvesse um investimento em equipas e em condições de trabalho, não tenho dúvidas de

que haveria uma maior capacidade de atração de médicos pelo SNS”, afirma Jorge Roque da Cunha, secretário-geral do Sindicato Independente dos Médicos.

O Ministério da Saúde garante que está a desenvolver esforços para reter médicos no SNS mas os sindicatos dizem que não estão negociados aspetos importantes como a atualização salarial ou a redução das horas de urgência. A carga horária elevada é outra das queixas dos profissionais. Miguel Guimarães diz mesmo que “os médicos estão a ser obrigados a cumprir horários desumanos”. ❤️

**Tiago Caeiro**



## Um terço das vagas para médico de família ficou por preencher

Ficaram por preencher, mais uma vez, dezenas de vagas para médicos de família. Tal como no último concurso, ficaram desertas dezenas de vagas nos centros de saúde. Alentejo e a região de Lisboa são as zonas mais carenciadas



O presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, Rui Nogueira, explica que a intenção do Ministério era atrair médicos a exercer fora do SNS. No entanto, este objetivo voltou a não ser alcançado, aponta.

**F**icou de novo com vagas por preencher mais um concurso para a contratação de médicos de família. Depois de, em julho, terem ficado desertas 22% das vagas a concurso, agora o cenário piorou, com mais de um terço dos lugares sem interessados. Ao concurso de dezembro concorrem apenas 73 médicos, para um total de 113 vagas, avança o Jornal de Notícias.

Mais uma vez, a região de Lisboa e Vale do Tejo foi a que ficou com mais lugares vazios (15). Ficou novamente demonstrada a incapacidade que muitas unidades de cuidados de saúde primários nos arredores de Lisboa revelam para conseguir atrair médicos. É precisamente a região de Lisboa que concentra a esmagadora maioria dos utentes que ainda não têm médico de família atribuído

– mais de 500 mil utentes.

Segundo o JN, foram preenchidas 18 das 21 vagas abertas para o Norte, 16 das 21 no Centro e 35 das 50 na zona de Lisboa e Vale do Tejo.

Já era expectável que as vagas não fossem preenchidas na totalidade, uma vez que, em novembro, só 90 jovens médicos terminaram a especialidade de Medicina Geral e Familiar. O presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar explicou ao JN que intenção do Ministério era atrair médicos a exercer fora do SNS. No entanto, este objetivo voltou a não ser alcançado.

Há até vagas que ficam por preencher a cada concurso. É o caso das regiões do Algarve (onde se candidataram apenas 3 médicos para 12 vagas) e de certas zonas de Lisboa, como Sintra

e Amadora. No Alentejo, a situação é ainda mais preocupante: a região não mostra capacidade de atrair e de fixar médicos e neste concurso recebeu apenas uma candidatura.

Os sindicatos apontam o dedo à tutela. Para o presidente da Federação Nacional dos Médicos, o problema está na falta de condições de trabalho oferecidos pelos centros de saúde e na dificuldade de progredir na carreira.

O Ministério da Saúde garante estar “naturalmente atentos aos resultados das colocações”, assegurando ainda que há um grupo de trabalho que está a analisar o “regime simplificado de seleção existente, no sentido de encontrar soluções que se mostrem adequadas a melhor redistribuição de recursos médicos”. ❤

**Tiago Caeiro**

**PROF. DR. JORGE POLÓNIA**

# “Dois terços dos portugueses não tem a hipertensão controlada”

O especialista do Hospital Pedro Hispano sublinha os pontos mais importantes das mais recentes guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia e alerta para a necessidade de mudar comportamentos, nomeadamente através da redução do consumo de sal

## **S**áudeOnline (SO) - O que trazem de novo as novas guidelines europeias no que diz respeito ao tratamento da hipertensão?

Professor Jorge Polónia (PJP) - São várias mas podem resumir-se em três pontos. Perante o mau controlo da pressão arterial e a persistência de eventos cardiovasculares relacionados com a hipertensão, as guidelines tentaram emitir algumas diretrizes práticas. A primeira de todas tem a ver com a medição da pressão arterial, sugerindo que a medição deve ser feita não apenas no consultório mas também em casa ou através da monitorização em ambulatório (24 horas). Isso permite fazer diagnóstico de situações como a hipertensão mascarada e a hipertensão da bata branca, que não se consegue identificar em consultório e permite também informar acerca da pressão noturna. Perante a evidência de que maiores reduções da pressão arterial permitem obter benefícios de proteção cardiovascular, os níveis terapêuticos foram tornados mais agressivos, nomeadamente em indivíduos com mais de 65 anos (até 13/7) e indivíduos com menos de 65 anos (chegando a 12/7). Com a novidade de que em doentes com pressão arterial normal alta e risco cardiovascular muito elevado, há a possibilidade de começar a seguir tratamento farmacológico – isto não estava previsto nas guidelines anteriores.

Outro aspeto é estimular estratégias que melhorem a adesão ao tratamento. Reconhecido que está o facto de que a não-adesão é o fator mais determinante do insucesso terapêutico, na maioria dos doentes, sugere-se, desde o início, associações de dois fármacos num único comprimido, com algoritmos facilitados

«É o fator mais determinante do insucesso terapêutico, na maioria dos doentes, sugere-se, desde o início, associações de dois fármacos num único comprimido, com algoritmos facilitados e simplificados.»

e simplificados (associando o modulador do sistema renina angiotensina ou antagonista do cálcio ou diurético) e outro aspeto é a importância acrescida de enfermeiros e farmacêuticos na educação do doente e no controlo da pressão arterial.

## **Pode dizer-se que os doentes portugueses têm a hipertensão arterial controlada?**

Alguns têm mas a grande maioria não tem. Aquilo que o estudo PHYSA, que continua a ser o estudo mais representativo da população portuguesa, demonstrou é que a maioria dos doentes não estavam controlados – acima de 50%. Se formos para níveis mais agressivos, os níveis de não-controlo aumentam significativamente. Se definirmos para o controlo valores mais baixos, evidentemente que o grupo de indivíduos não controlados aumenta. Portanto, aquilo que representava cerca de 55%, agora ronda os 70 ou 80%. De acordo com as novas guidelines, o número de portugueses não controlados ultrapassa os dois terços.

## **Superior aos outros países da Europa?**

Provavelmente não. A falta de controlo da hipertensão arterial é um problema comum a todos os países. Comparativamente, nem estamos mal. Os norte-americanos e os canadianos estão melhor neste aspeto. A Europa e a Ásia continuam muito mal.

## **O que é que se pode fazer para melhorar o controlo da hipertensão?**

A grande questão é mudar comportamentos. Por um lado, chamar a atenção dos médicos



de que o não-controlo da hipertensão arterial significa riscos significativos. A inércia médica deve ser combatida. Outro ponto importante é iniciar a terapêutica o mais depressa possível. Há provas de que o atraso no início da terapêutica implica riscos acrescidos. Depois, há que facilitar a vida aos doentes em termos de formulações em que as associações fixas num único comprimido sejam claramente favorecidas. E depois há a consciencialização das pessoas. O cumprimento da medicação é crucial se querem reduzir os riscos ligados à doença.

#### **Ainda é possível avançar mais em termos farmacológicos?**

Há algumas novas sugestões de medicamentos mas mais do que isso nós precisamos é de novas estratégias com os medicamentos que atualmente dispomos. E estas formulações em dose única vieram claramente trazer uma mais valia que facilita a adesão dos doentes ao tratamento. Neste momento há que otimizar os medicamentos que temos, que são bons e estimular as práticas de estilos de vida saudável.

#### **O principal problema é o consumo de sal. O que pode ser feito a nível governamental para baixar o consumo em Portugal?**

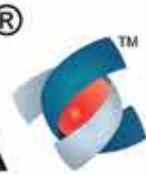
Tem de haver uma conjugação de vários esforços. É preciso que os médicos consciencializem duas coisas: medir corretamente quanto o doente consome de sal e, em segundo, ser muito claro no conselho de se comer sem sal. Só assim, se pode atingir aquilo que a Organização Mundial de Saúde preconiza (que são 5,8 gramas de sal por dia). Nós estamos a comer o dobro e há doentes a consumirem o triplo e o quádruplo sem se aperceberem. É preciso ensinar as pessoas de que, em Portugal (ao contrário de outros países), muito do sal é adicionado à mesa e na confeção das refeições. Os restaurantes e também os take-away têm de mudar os seus hábitos. E cabe ao público fazer essa pressão de mudança.

As medidas legislativas podem ajudar mas se as pessoas não tiverem a noção de que é preciso mudar comportamentos, não há medidas que possam resolver a questão. O consumo excessivo de sal é um problema cultural. Claro que a indústria alimentar tem também muito peso. Há algumas iniciativas que podem ajudar as pessoas a manter o sabor com ingredientes diferentes. Poderá ser um caminho a seguir mas o esclarecimento do público é essencial. ❤

**Tiago Caeiro**

# SKUDEXA<sup>®</sup>

Cloridrato de Tramadol + Dexcetoprofeno



Associação  
de Dose Fixa  
para dor  
aguda moderada  
a grave<sup>1</sup>

**Analgesia multimodal eficaz e alívio rápido  
da dor aguda num único comprimido<sup>2-4</sup>**



A. MENARINI PORTUGAL

A. Menarini Portugal - Farmacêutica, S.A.  
Quinta da Fonte, Edifício D. Manuel I, Piso 2A  
Rua dos Malhões nº1, 2770 - 071 Paço de Arcos

NIPC: 501 572 570 T. +351 210 935 500  
Email: menporfarma@menarini.pt  
www.menarini.pt

1 Skudexa. Resumo das Características do Medicamento Agosto 2018 2 McQuay HJ et al. Br J Anaesthesia. 2016; 116:269-276 3 Moore RA et al. BMC Anaesthesiol 2016;16:9.  
4 Moore RA et al. The Journal of Headache and Pain. 2015; 16:60

MSRM. Não participado. IECRCM inclusas. RCM disponível a pedido. Para mais informações contactar o Titular da Autorização de Introdução no Mercado.  
INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS: Tratamento sintomático de curta duração da dor aguda moderada a grave em adultos cuja dor requiera uma associação de tramadol e dexcetoprofeno<sup>1</sup>  
POSOLÓGIA: A dose recomendada é de um comprimido por dia. Se necessário, podem ser administradas doses adicionais com um intervalo mínimo de 8 horas.<sup>1</sup>

#### Informações Essenciais Compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança.

**Skudexa 75 mg + 25 mg comprimidos revestidos por película.** Cada comprimido revestido por película contém 75 mg de cloridrato de tramadol e 25 mg de dexcetoprofeno. Cada comprimido contém 33,07 mg de croscarmellose sódica e 1,83 mg de fumarato sódico de estearato. **Indicações terapêuticas:** Tratamento sintomático de curta duração da dor aguda moderada a grave em adultos cuja dor requiera uma combinação de tramadol e dexcetoprofeno. **Posologia e modo de administração:** **Posologia:** **Adultos:** A dose recomendada é de um comprimido por dia (equivalente a 75 mg de cloridrato de tramadol e 25 mg de dexcetoprofeno). Se necessário, podem ser administradas doses adicionais com um intervalo mínimo de 8 horas. A dose total diária não deve exceder os 3 comprimidos por dia (equivalente a 225 mg de cloridrato de tramadol e 75 mg de dexcetoprofeno). Skudexa deve ser engolido com uma quantidade suficiente de líquido (p.ex. um copo de água). A administração concomitante com alimentos diminui a velocidade de absorção do fármaco, pelo que, para um efeito mais rápido os comprimidos devem ser tomados pelo menos 30 minutos antes das refeições. Skudexa destina-se a um tratamento de curta duração, devendo o tratamento ser limitado ao período sintomático e nunca deverá exceder os 5 dias. A mudança para um analgésico simples deve ser considerada de acordo com a intensidade da dor e a resposta do doente. Os efeitos indesejáveis podem ser minimizados utilizando a menor dose eficaz durante o menor período de tempo necessário para controlar os sintomas. **Idosos:** Nos doentes idosos a dose inicial recomendada é de um comprimido. Se necessário podem ser administradas doses adicionais com um intervalo mínimo de 8 horas e não excedendo a dose total diária de 2 comprimidos (equivalente a 150 mg de cloridrato de tramadol e 50 mg de dexcetoprofeno). A dose pode ser aumentada até ao máximo de 3 comprimidos diários, como recomendado para a população em geral, somente após garantia de uma boa tolerância ao medicamento. Os dados disponíveis sobre os idosos com idade superior a 75 anos são limitados, pelo que Skudexa deve ser utilizado com precaução nestes doentes. **Compromisso Hepático:** Os doentes com disfunção hepática ligeira a moderada devem iniciar o tratamento com um número de doses reduzidas (dose total diária de 2 comprimidos Skudexa) e devem ser cuidadosamente monitorizados. Skudexa não deve ser administrado em doentes com disfunção hepática grave. **Compromisso Renal:** A dose total diária inicial deve ser reduzida para 2 comprimidos de Skudexa em doentes com disfunção renal ligeira (depuração da creatinina 60 - 89 ml/min). Skudexa não deve ser administrado em doentes com disfunção renal moderada a grave (depuração da creatinina <59 ml/min). **População pediátrica:** A segurança e eficácia de Skudexa em crianças e adolescentes não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. Portanto, Skudexa não deve ser administrado em crianças e adolescentes. **Contraindicações:** Devem ser tomadas em consideração as contraindicações reportadas para o dexcetoprofeno e para o tramadol.

enquanto componentes individuais. O dexaprotreno não deve ser administrado nos seguintes casos: Hipersensibilidade ao dexaprotreno, a qualquer outro AINE, ou a qualquer um dos excipientes. Doentes com quais substâncias com ação similar (p. ex. ácido acetilsalicílico, ou outros AINEs) tenham provocado crises de asma, broncospasmo, rinite aguda, ou originado outros efeitos adversos, urticária ou edema angioneurótico; Reações idiossincrásicas ou idiossincrásicas conhecidas durante o tratamento com dexaprotreno ou fibratos; Doentes com ulcera péptica/hemorragia gastrointestinal em fase ativa ou história de hemorragia gastrointestinal, ulceração ou perfuração; Doentes com história de hemorragia gastrointestinal ou perfuração, relacionada com terapêutica anterior com AINEs; Doentes com dispepsia crônica; Doentes que tenham outras hemorragias ativas ou distúrbios hemorrágicos; Doentes com doença de Crohn ou colite ulcerosa; Doentes com história de asma brônquica (mesmo que não induzida por fármacos); Doentes com insuficiência cardíaca grave; Doentes com distúrbio renal moderado a grave (depuração da creatinina < 59 ml/min); Doentes com função hepática gravemente comprometida (Child-Pugh C); Doentes com distúrbio hemorrágico e outros distúrbios de coagulação; Doentes com desidratação grave (causada por vômitos, diarreia ou consumo insuficiente de líquidos). O tramadol não deve ser administrado nos seguintes casos: Hipersensibilidade ao tramadol ou a qualquer um dos excipientes; Intoxicação aguda pelo álcool, hipotensão, analgésicos, opiáceos ou medicamentos psicotrópicos; Doentes que estejam a ser tratados com inibidores da MAO, ou que os tenham tomado nos últimos 14 dias; Doentes com epilepsia não adequadamente controlada com o tratamento; Insuficiência respiratória grave. Sucesso esta contraindicado durante a gravidez e o aleitamento. **Advertências e precauções especiais de utilização:** Devem ser tomadas em consideração as advertências e precauções especiais de utilização reportadas para o dexaprotreno e para o tramadol em monoterapia. Dexaprotreno: Administrar com precaução em doentes com história de alergia. O uso concomitante do dexaprotreno com outros AINEs, incluindo os inibidores seletivos da ciclooxigenase-2, deve ser evitado. Os efeitos indesejáveis podem ser minimizados utilizando a menor dose eficaz durante o menor tempo necessário para controlar os sintomas. **Segurança gastrointestinal:** Hemorragia gastrointestinal, ulceração ou perfuração, que podem ser fatais, têm sido relatadas com todos os AINEs em qualquer altura do tratamento com ou sem sintomas de alergia ou história anterior de eventos gastrointestinais graves. Quando ocorrerem hemorragias gastrointestinais ou ulceração em doentes a tomar dexaprotreno o tratamento deve ser suspenso. O risco de hemorragia gastrointestinal, ulceração ou perfuração é maior com doses mais elevadas de AINEs em doentes com história de ulcera, especialmente se acompanhado de hemorragia ou perfuração, e nos idosos. Como com todos os AINEs, qualquer história de esofagite, gastrite e/ou ulcera péptica deve ser tida em consideração para assegurar a sua cura total antes de iniciar o tratamento com dexaprotreno. Os doentes com sintomas gastrointestinais ou história de doença gastrointestinal devem ser monitorizados em relação a ulceração péptica, especialmente hemorragia gastrointestinal. Os AINEs deverão ser administrados com cuidado a doentes com história de perturbação gastrointestinal (colite ulcerosa, doença de Crohn) dado que os sintomas podem ser exacerbados. Uma terapêutica associada com agentes protetores (p. ex. mesoprolol) ou inibidores da bomba de prótons) deverá ser considerada para estes doentes bem como para os doentes que necessitem de tomar uma dose baixa de ácido acetilsalicílico, ou outros medicamentos que elevem também o risco gastrointestinal. Doentes com história de toxicidade gastrointestinal, em particular os idosos, deverão reportar qualquer sintoma abdominal não usual (principalmente hemorragia gastrointestinal) especialmente na fase inicial do tratamento. Deverão ser feitos avisos aos doentes a fazer medicação concomitante que possa aumentar o risco de ulceração ou hemorragia, tal como corticóides por via oral, anticoagulantes como a varfarina, inibidores seletivos da fosforilase da serotonina ou anti-agregantes plaquetários como o ácido acetilsalicílico. **Segurança renal:** Deve tomar-se cuidado em doentes com insuficiência renal. O uso de AINEs nestes doentes pode provocar deterioração da função renal, retenção hídrica e edema. Deve ter-se também em atenção os doentes a receber tratamento com diuréticos ou em doentes que possam desenvolver hipotensão uma vez que há um risco mais elevado de nefrotóxicidade. Durante o tratamento deverá ser assegurada a toma adequada de líquidos para prevenir a desidratação e a possibilidade de aumento da toxicidade renal. Como todos os AINEs, pode elevar os níveis plasmáticos da ureia e da creatinina. Como outros inibidores da síntese de prostaglandinas, pode ser associado com efeitos indesejáveis na função renal podendo causar nefrite glomerular, nefrite intersticial, necrose papilar renal, síndrome nefrótica e insuficiência renal aguda. **Segurança hepática:** Deve tomar-se cuidado em doentes com insuficiência hepática. Como outros AINEs, pode causar um ligeiro aumento transitório de alguns parâmetros hepáticos, bem como, elevação significativa do aspartato aminotransferase (AST), também conhecido como transaminase glutâmica aspartato (SGPT), e da alanina aminotransferase (ALT), também conhecida como transaminase glutâmica piruvato (SGPT). Em caso de aumento significativo destes parâmetros, deverá suspender-se o tratamento. **Segurança cardiovascular e cerebrovascular:** Tem sido notificados casos de retenção de líquidos e edema associados ao tratamento com AINE. Pelo que os doentes com história de hipertensão e/ou insuficiência cardíaca congestiva ligeira a moderada deverão ser cuidadosamente monitorizados e aconselhados. Devem ser tomadas precauções especiais com os doentes com história de doença cardíaca, em particular com aqueles que tiveram episódios anteriores de insuficiência cardíaca, uma vez que, existe um risco acrescido de aparecimento de insuficiência cardíaca. Os dados dos ensaios clínicos e epidemiológicos sugerem que a administração de alguns AINE (particularmente em doses elevadas e em tratamentos de longa duração) poderá estar associada a um ligeiro aumento do risco de eventos tromboticos arteriais (por exemplo enfarte do miocárdio ou AVC). Não existem dados suficientes para excluir o risco de ocorrência destes efeitos quando da utilização de dexaprotreno. Os doentes com hipertensão arterial não controlada, insuficiência cardíaca congestiva, doença isquémica cardíaca estabelecida, doença arterial periférica e/ou doença cerebrovascular apenas devem ser tratados com dexaprotreno após cuidadosa avaliação. As mesmas precauções deverão ser tomadas antes de iniciar o tratamento de longa duração de doentes com fatores de risco cardiovascular (p. ex. hipertensão, hiperlipidémia, diabetes mellitus, hábitos tabágicos). Todos os AINEs não seletivos podem inibir a agregação plaquetária e prolongar o tempo de hemorragia pela inibição da síntese das prostaglandinas. Portanto, o uso de dexaprotreno em doentes submetidos a outras terapêuticas que interfiram com a hemostase, como a varfarina ou outras cumarinas ou heparinas, não é recomendado. **Reações cutâneas:** Reações graves na pele, algumas delas fatais, incluindo dermatite estivosa, síndrome de Stevens-Johnson, necrose epidérmica tóxica, foram muito raramente reportadas em associação ao uso de AINEs. Os doentes aparentam estar em maior risco de aparecimento destas reações na fase inicial do tratamento, ocorrendo o início da reação, na maioria dos casos, durante o primeiro mês de tratamento. O dexaprotreno deverá ser descontinuado ao primeiro aparecimento de erupções cutâneas, lesões nas mucosas ou outros sinais de hipersensibilidade. **Idosos:** Nos idosos existe um aumento da frequência de reações adversas aos AINEs especialmente hemorragia gastrointestinal e perfuração que podem ser fatais. Estes doentes deverão iniciar o tratamento com a dose mais baixa disponível. Os idosos são mais suscetíveis a alterações da função renal, cardiovascular e hepática. **Outras informações:** É necessário um cuidado especial nos seguintes casos: - doentes com perturbação congénita do metabolismo da porfirina (p. ex. porfiria aguda intermitente) - doentes com desidratação, - imediatamente após uma cirurgia maior. Reações de hipersensibilidade aguda grave (por exemplo choque anafilático) foram observadas em ocasiões muito raras. O tratamento deverá ser suspenso após primeiros sinais de reações de hipersensibilidade grave após a toma de dexaprotreno. Dependendo dos sintomas, deverão ser iniciados os procedimentos médicos necessários por profissionais de saúde especializados. Os doentes com asma associada a rinite crónica, artrose crónica e/ou polipos nasais têm um risco mais elevado de alergia ao ácido acetilsalicílico e/ou aos AINEs comparativamente a restante população. A administração deste medicamento pode causar ataques de asma (ou broncospasmo, especialmente em doentes com alergia ao ácido acetilsalicílico ou aos AINEs). Exceionalmente, a varicela poderá estar na origem de complicações infecciosas graves na pele e nos tecidos moles. Até ao momento, o contributo dos AINEs no agravamento destas infeções não pode ser eliminado. Portanto, é aconselhável evitar o uso de dexaprotreno no caso da varicela. O dexaprotreno deverá ser administrado com precaução aos doentes com perturbações hematológicas. Alguns eritematosos sistémico ou doença mista do tecido conjuntivo. Tal como outros AINEs o dexaprotreno pode mascarar os sintomas de doenças infecciosas. **População pediátrica:** A segurança e eficácia de Skudexa nas crianças e adolescentes ainda não foram estabelecidas. Portanto, o Skudexa não deve ser administrado em crianças e adolescentes. Tramadol: O tramadol deverá ser utilizado com especial cuidado em doentes com dependência, em doentes com lesões cerebrais, em estado de choque, com grau reduzido de consciência de causa desconhecida, perturbações do centro respiratório ou da função respiratória, ou com pressão intracraniana aumentada. Em doentes sensíveis aos opiáceos o medicamento deve ser administrado com precaução. Deverá tomar-se cuidado no tratamento de doentes com depressão respiratória, ou quando são administrados concomitantemente medicamentos depressores do SNC, ou se a dosagem recomendada for excedida de forma significativa, uma vez que, a possibilidade de insuficiência respiratória não pode ser excluída nestes casos. Tem sido relatados casos de convulsões em doentes tratados com tramadol nas dosagens recomendadas. O risco pode aumentar se as doses de tramadol excederem a dose máxima recomendada (400 mg). Adicionalmente, o tramadol pode aumentar o risco de convulsão em doentes a tomar outros medicamentos que diminuam a concentração de convulsões. Doentes com epilepsia ou suscetíveis a sofrer convulsões só devem ser tratados com tramadol se existirem circunstâncias imprevistas. Podem desenvolver-se tolerância, dependência psicológica e dependência física, especialmente após utilização prolongada. Em doentes com tendência para o abuso ou dependência de medicamentos, o tratamento com tramadol só deverá ser realizado a curto prazo e sob vigilância médica restrita. Quando o doente não necessita mais da terapêutica com tramadol, pode ser aconselhável diminuir a dose gradualmente para prevenir os sintomas de abstinência. Risco com o uso concomitante de medicamentos sedativos, como benzodiazepinas ou medicamentos relacionados, como benzodiazepinas ou medicamentos relacionados, pode resultar em sedação, depressão respiratória, coma e morte. Devido a estes riscos, a prescrição concomitante destes medicamentos sedativos deve ser apenas restrita a doentes para os quais não são possíveis opções alternativas de tratamento. Se for tomada uma decisão de prescrever Skudexa concomitantemente com medicamentos sedativos, deve-se usar a menor dose eficaz e a duração do tratamento deve ser a mais curta possível. Os doentes devem ser monitorizados de perto quanto a sinais e sintomas de depressão respiratória e sedação. A este respeito, recomenda-se informar os doentes e seus cuidadores para que estejam alertas destes sintomas. Metabolismo humano: O tramadol é metabolizado pela enzima hepática CYP2D6. Se o doente tiver uma deficiência ou uma total ausência desta enzima, poderá não ser obtido um efeito analgésico adequado. As estatísticas indicam que até 7% da população caucasiana pode ter esta deficiência. Contudo, se o doente for um metabolizador ultrarrápido, existe o risco de desenvolver efeitos secundários de toxicidade opióide, mesmo nas doses habitualmente prescritas. Os sintomas gerais de toxicidade opióide incluem confusão, sonolência, respiração superficial, contração das pupilas, náuseas, vômitos, constipação e falta de apetite. Em casos graves, tal pode incluir sintomas de depressão circulatória e respiratória, que podem constituir perigo de vida e, em casos muito raros, ser fatais. As estatísticas da prevalência de metabolizadores ultrarrápidos em diferentes populações são resumidas a seguir:

População	Prevalência (%)
Africana/Etíope	29 %
Áfro-americana	3,4% a 6,5%
Asiática	1,2% a 2%
Caucasiana	3,6% a 6,5%
Grega	6,0%
Húngara	1,9%
Norte da Europa	1% a 2%

**Utilização pós-operatória em crianças:** Na literatura publicada há relatos de casos em que o tramadol administrado a crianças, no pós-operatório de uma amigdalectomia e/ou adenoidectomia para a apnéia obstrutiva do sono, levou a efeitos adversos raros, mas potencialmente fatais. Devem ser tomadas precauções extremas quando o tramadol é administrado a crianças para o alívio da dor pós-operatória, sendo necessária uma monitorização cuidadosa para a deteção de sintomas de toxicidade opióide, incluindo depressão respiratória. Crianças com função respiratória comprometida. A utilização do tramadol não é recomendada em crianças cuja função respiratória possa estar comprometida, incluindo distúrbios neuromusculares, condições cardíacas ou respiratórias graves, infeções do trato respiratório superior ou pulmonares, poltraumatismo ou procedimentos cirúrgicos extensos. Estes fatores podem agravar os sintomas de toxicidade opióide. Este medicamento contém menos do que 1 mmol (23 mg) de sódio por dose ou seja, é praticamente "sem sódio". **Interações medicamentosas e outras formas de interação:** Não foram realizados ensaios clínicos para avaliar o potencial impacto das interações medicamentosas no perfil de segurança do Skudexa. Contudo, devem ser tidas em consideração as que foram relatadas para o dexaprotreno e para o tramadol enquanto componentes individuais. Dexaprotreno: As seguintes interações são atribuídas aos fármacos anti-inflamatórios AINEs em geral: Associação não aconselhável: Outros AINEs (incluindo inibidores seletivos da ciclooxigenase-2), incluindo doses elevadas de salicilatos (> 3 g/dia), a administração conjunta de vários AINEs pode elevar o risco de ulceração gastrointestinal e de hemorragia devido ao efeito sinérgico. Anticoagulantes: os AINEs podem potenciar os efeitos dos anticoagulantes, tal como a varfarina, devido à elevada ligação do dexaprotreno às proteínas plasmáticas, a inibição da função plaquetária e à lesão da mucosa gastrointestinal. Se a combinação não puder ser evitada, deve ser instituída uma vigilância clínica rigorosa e a monitorização dos parâmetros laboratoriais. Heparinas: risco acrescido de hemorragia devido à inibição da função plaquetária e à lesão da mucosa gastrointestinal. Se a associação não puder ser evitada, deve ser instituída uma vigilância clínica rigorosa e a monitorização dos parâmetros laboratoriais. Corticosteróides: existe um risco acrescido de ulceração gastrointestinal ou hemorragia. Lido (descrito para vários AINEs): os AINEs podem elevar os níveis sanguíneos do lido, que podem atingir valores tóxicos (diminuição da excreção renal do lido). Este parâmetro reduz por isso monitorização durante o início, ajustamento e descontinuação do tratamento com dexaprotreno. Metiretalo, utilizado em doses elevadas de 15 mg / semana ou superiores: aumento da toxicidade hematológica do metiretalo devido a uma diminuição da depuração renal pelo AINE anti-inflamatório no geral. Hidantoinas (incluindo fenitoína) e sulfonamidas: os efeitos tóxicos destas substâncias podem ser potenciados. É necessário monitorizar as concentrações de potássio no sangue. Metiretalo, utilizado em doses baixas, inferiores a 15 mg / semana: aumento da toxicidade hematológica do metiretalo devido a uma diminuição da depuração renal pelos anti-inflamatórios, em geral. Proceder à monitorização semanal da contagem hematológica durante as primeiras semanas de tratamento com a associação. Interferir a vigilância clínica na presença de insuficiência renal mesmo ligeira, e em doentes idosos. Perfenililina: risco acrescido de hemorragia. Deve intensificar-se a monitorização clínica e controlar mais frequentemente o tempo de hemorragia. Zidovudina: risco de aumento de toxicidade para os eritrócitos devido à ação sobre os reticulócitos, podendo anémia grave, uma semana após o início dos AINEs. Controlar o hemograma completo e a contagem dos reticulócitos, uma a duas semanas após o início do tratamento com AINEs. Sulfonilamidas: os AINEs podem aumentar o efeito hipotérmico das sulfonilamidas, por desidratação dos pontos de ligação às proteínas plasmáticas. Associação que tem de ser considerada: Beta-bloqueadores: o tratamento com um AINE pode diminuir o efeito anti-hipertensor devido à inibição da síntese das prostaglandinas. Ciclosporina e tacrolimus: a nefrotóxicidade pode aumentar com os AINEs devido aos efeitos mediadores da prostaglandina renal. Durante o tratamento concomitante, a função renal deve ser avaliada. Trombolíticos: risco acrescido de hemorragia. Anti-agregantes plaquetários e inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS): Risco acrescido de hemorragia gastrointestinal. Preocupação: as concentrações plasmáticas do dexaprotreno podem ser aumentadas; esta interação pode ser devida a um mecanismo inibitório no local de secreção tubular renal e de conjugação glucurónica, requerendo o ajustamento da dose do dexaprotreno. Glucosídeos cardíacos: os AINEs podem aumentar a concentração plasmática dos glucosídeos. Milrepistona: Em virtude de um hipotético risco dos inibidores da síntese das prostaglandinas poderem alterar a eficácia da milrepistona, os AINEs não devem ser usados nos 8-12 dias seguintes à administração de milrepistona. Evidências limitadas sugerem que a co-administração de AINEs no dia da administração de prostaglandinas não influencia adversamente os efeitos da milrepistona ou da prostaglandina no amadurecimento cervical ou na contração uterina e não reduz a eficácia clínica do infamônio médica da gravidez. Antifúngicos quinolónicos: Estudos em animais indicam que doses elevadas de quinolonas em associação com os AINEs podem elevar o risco de aparecimento de convulsões. Terfenolol: o uso concomitante com AINEs pode aumentar a uria plasmática e a creatinina; a função renal deve ser monitorizada para controlar o potencial da influência sinérgica na função renal. Destemastrol: o uso concomitante com AINEs pode aumentar o risco de toxicidade gastrointestinal. É necessária uma monitorização clínica rigorosa quando o destemastrol é associado com estas substâncias. Permetrevedo, o uso concomitante com AINEs pode diminuir a eliminação do permetrevedo, portanto deve ter-se precaução quando da administração de doses elevadas de AINEs. Em doentes com insuficiência renal ligeira a moderada (depuração da creatinina 45-79 ml/min), a administração concomitante de permetrevedo com AINEs deve ser evitada durante os dois dias anteriores e os dois dias seguintes à administração do permetrevedo. Tramadol: Associação não aconselhável: O tramadol não deve ser associado aos inibidores da Monoaminoxidase (MAO). Em doentes tratados com inibidores da MAO nos 14 dias anteriores ao uso do opióide petidina, observaram-se interações com risco de vida ao nível do sistema nervoso central bem como da função respiratória e cardiovascular. Não se podem excluir as mesmas interações com os inibidores da MAO durante o tratamento com tramadol. Deve ter-se precaução durante a administração concomitante de tramadol e derivados purinéicos (p. ex. varfarina) dado que foram relatados casos de aumento do INR com hemorragia grave e equívocos em alguns doentes. A associação de agonistas/antagonistas opiáceos mistos (p. ex. buprenorfina, nalbuphina, pentazona) e tramadol não é aconselhável porque o efeito analgésico de um agonista puro pode ser tóxicamente reduzido em tais circunstâncias. Associação que requerem precauções: O tramadol pode induzir convulsões e aumentar o potencial para causar convulsões dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), dos inibidores de recaptação da serotonina-noradrenalina (ISNS), dos antidepressivos tricíclicos, dos antidepressivos e de outros medicamentos que diminuem o limiar de ocorrência de convulsões tais como a bupropiona, mirtazapina, tetraciclacarabonol. A utilização terapêutica concomitante de tramadol e medicamentos serotérgicos, tais como inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), inibidores de recaptação da serotonina-noradrenalina (ISNS), inibidores da MAO, antidepressivos tricíclicos e mirtazapina pode causar toxicidade serotérgica. É provável que ocorra síndrome de serotonina quando um dos seguintes casos é observado: mioclonia espontânea, mioclonia induzida ou ocular com agitação ou diátese, tremor e hiperreflexia, hipertonia e temperatura corporal > 39°C e mioclonia induzida ou ocular. A suspensão dos medicamentos serotérgicos conduz geralmente a uma rápida melhoria. O tratamento depende do tipo e gravidade dos sintomas. O uso concomitante de opiáceos com medicamentos sedativos, como benzodiazepinas ou medicamentos relacionados, aumenta o risco de sedação, depressão respiratória, coma e morte, devido ao efeito depressivo aditivo do SNC. A dose e a duração da utilização concomitante devem ser limitadas. Associação que tem de ser considerada: A administração concomitante de tramadol com outros medicamentos do ação no sistema nervoso central ou com álcool pode potenciar os efeitos no sistema nervoso central. Os resultados obtidos em estudos farmacocinéticos demonstram que na administração concomitante ou prévia de cimetidina (inibidor H2-receptor) e pouco provável que ocorram interações clinicamente relevantes. A administração simultânea ou prévia de carbamazepina (inibidor enzimático) pode reduzir o efeito analgésico e diminuir a duração da ação terapêutica. Num número limitado de estudos a administração pré ou pós-operatória do antagonista antiemético 5-HT3 ondansetron aumentou a necessidade da toma de tramadol em doentes com dor pós-operatória. Outras substâncias ativas de curta ação inibidora sobre a CYP3A4, tais como ciprofloxacilo e claritromicina, podem inibir o metabolismo do tramadol (N-desmetilado) e provavelmente também o do metabólito ativo O-desmetilado. O impacto clínico desta interação ainda não foi estudado. **Fertilidade, gravidez e aleitamento:** Não ocorreram casos de gravidez durante o desenvolvimento clínico do Skudexa. O perfil de segurança do Skudexa durante a gravidez não foi estabelecido nos estudos clínicos incluídos nesta secção. Devem ser tidos em consideração os dados relatados para o dexaprotreno e para o tramadol enquanto componentes individuais. Aleitamento: Não foram realizados ensaios clínicos controlados para estudar a excreção do Skudexa no leite materno. Devem ser tidos em consideração os dados relatados para o dexaprotreno e para o tramadol como componentes individuais. Fertilidade: Tal como os outros AINEs, o tratamento com dexaprotreno pode afetar negativamente a fertilidade feminina, pelo que não está recomendado em mulheres que estão a tentar engravidar. Nas mulheres que têm dificuldades em engravidar ou que estão submetidas a tratamentos de fertilidade, recomenda-se a suspensão do tratamento com dexaprotreno. **Efeitos indesejáveis:** Os efeitos adversos descritos nos ensaios clínicos com o Skudexa, bem como as reações adversas relatadas nos RCMs do dexaprotreno e do tramadol concomitantemente, estão resumidos no Quadro seguinte. Classificados de acordo com a Classe de Sistemas de Órgãos. As frequências são apresentadas do seguinte modo: Muito frequentes: > 1/10; Frequentes: > 1/100 a < 1/10; Pouco frequentes: > 1/1.000 a < 1/100. **Raras:** > 1/10.000 a < 1/1.000. **Muito raras:** > 1/10.000. **Desconhecidas:** não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis. **Muito frequentes:** náuseas/vômitos, tonturas. **Frequentes:** vômitos, diarréia, problemas digestivos, dores de cabeça, sonolência, fadiga, constipação, boca seca, aumento de sudorese. **Pouco frequentes:** aumento do número de plaquetas no sangue, efeitos sobre o coração e a circulação sanguínea (aumento do coração, batimento cardíaco acelerado, sensação de desmaio ou colapso), pressão arterial baixa. Estes efeitos adversos podem ocorrer particularmente quando os doentes estão em posição vertical ou sob estorço físico, pressão arterial alta ou muito alta, edema da laringe, redução do potássio no sangue, transtorno psicótico, inchaço ao lado do olho, respiração superficial ou lenta, desconforto, sensação anormal, sangue na urina, sensação de tontura, insónia ou dificuldade em adormecer, nervosismo/ansiedade, rubor, fadiga, cansaço, dor, sensação de febre e calafrios, mal-estar geral, fezes sanguíneas anormais, vontade de vomitar, sensação de pressão no estômago, inchaço, inflamação do estômago, reações na pele (por exemplo comichão, erupção cutânea). **Raras:** inchaço dos braços e da garganta, ulcera péptica, ulcera péptica com perfuração ou hemorragia, que se podem manifestar com vômitos sanguíneos/ou fezes negras, problemas da próstata, inflamação hepática (hepatite), lesão hepática, insuficiência renal aguda, puberdade lenta, ataques epilépticos, alergias/reações alérgicas (por exemplo, dificuldade em respirar, pieira, inchaço da pele) e choque (insuficiência circulatória súbita), perda transitória da consciência (sincope), alucinações, retenção de água ou líquidos inchados, perda de apetite, alterações no apetite, zozé, dor nas costas, urinar frequentemente, ou menos do que o normal, com dificuldade ou dor, distúrbios menstruais, sensações anormais (por exemplo, coceira, formigão, dormência), tremores, contrações musculares, movimentos descoordenados, músculos fracos, confusão, distúrbios do sono e pesadelos, percepção perturbada, visão turva, contração da pupila, falta de ar. **Desaparecidos/tramadol:** As reações adversas observadas mais frequentemente nos ensaios clínicos foram vômito, náuseas e tonturas (2,9%, 2,7% e 1,1% dos doentes, respectivamente). **Dexaprotreno:** Gastrointestinais: os efeitos adversos mais usualmente observados são de natureza gastrointestinal. Pode ocorrer ulcera péptica, perfuração ou hemorragia gastrointestinal, por vezes fatal, principalmente nos idosos (ver secção 4.4). Após administração foram reportados casos de náuseas, vômitos, diarréia, flatulência, constipação, dispepsia, dor abdominal, melena, hematemese, estomatite ulceroativa, exacerbação de colite e doença de Crohn. Menos frequentemente foi observada gastrite. Simultaneamente com a administração de AINEs foram reportados casos de edema, hipertensão e insuficiência cardíaca. Tal como com outros AINEs os seguintes efeitos indesejáveis podem ocorrer: meningite asséptica, a qual pode ocorrer predominantemente em doentes com lupus eritematoso sistémico ou doença mista do tecido conjuntivo; reações hematológicas (púrpura, anemia aplástica e hemolítica); raramente, agranulocitose e hipoplasia medular. Reações bolhosas incluindo o síndrome de Stevens-Johnson e Necrose epidérmica tóxica (muito raras). Os dados dos ensaios clínicos e epidemiológicos sugerem que a administração de alguns AINE (particularmente em doses elevadas e em tratamentos de longa duração) poderá estar associada a um pequeno aumento do risco de eventos tromboticos arteriais (por exemplo enfarte do miocárdio ou AVC). Tramadol: As reações adversas reportadas mais frequentemente devido ao tramadol são náuseas e tonturas, ambos ocorrem em mais de 10% dos doentes. Se as doses recomendadas forem consideravelmente excedidas e forem administradas concomitantemente substâncias depressoras do SNC pode ocorrer insuficiência respiratória. Foi reportado agravamento da asma, embora não tenha sido estabelecida uma relação causal. Ocorreram convulsões epilépticas sobretudo após a administração de doses elevadas de tramadol ou após a administração concomitante de fármacos capazes de diminuir o limiar da ocorrência de convulsões, bem como de induzir convulsões cerebrais por si mesmos. Os sintomas das reações de privação, incluindo aqueles que ocorrem com as reações de privação com opiáceos, podem ser: agitação, ansiedade, nervosismo, insónia, hiperreflexia, tremor e sintomas gastrointestinais. Outros sintomas que foram muito raramente observados com a suspensão do tramadol, incluem: ataques de pânico, ansiedade severa, alucinações, parésias, autismo, e sintomas inibidores do sistema nervoso central (i.e. confusão, delírios, despersonalização, desorientação, paralisia). Preca-se aos profissionais de saúde que noticiarem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao IN-ANMED, LP: (Tel: +351 21 798 73 73; Linha do Medicamento: 800222444 (gratuito); Fax: + 351 21 798 73 97; e-mail: [samaco@inamem.pt](mailto:samaco@inamem.pt); internet: [http://extranet.inamem.pt/pago\\_sarama/indexofic\\_seam.htm#page](http://extranet.inamem.pt/pago_sarama/indexofic_seam.htm#page)).

Títular da Autorização de Introdução no Mercado (A.I.M.): Merami International Operations Luxembourg, S.A., 1, Avenue de la Gare, L-1611 – Luxemburgo. **Representante Local do Títular da A.I.M.:** A. Merami Portugal - Farmacéutica, S.A., Quinta da Fonte - Edifício D. Manuel I – Piso 2A, Rua dos Malhões nº1, 2770-071 Paços de Arcos, Portugal. Informações revistas em Agosto de 2018. Para mais informações deverá contactar o representante local do Títular da Autorização de Introdução no Mercado: A. Merami Portugal - Farmacéutica, S.A. Medicamento sujeito a receita médica. Ref: 03/2018



## 6ª Encontro das USF do Pinhal Litoral

Espírito de equipa é fator primordial para cumprir metas da nova contratualização

A Escola Secundária do Pombal foi o palco escolhido para o 6º Encontro das USF do Agrupamento de centros de Saúde (ACES) Pinhal Litoral, que decorreu no passado dia 20 de outubro. Sob o tema “USF: Desporto em Equipa”, as sete USF deste ACES entraram em campo para debaterem os desafios dos novos indicadores de contratualização de 2018 e discutirem pontos de melhoria, entre outros temas em comum.

A 15 de dezembro de 2017, foram apresentadas, no Porto, as novas regras de contratualização dos cuidados de saúde primários para 2018. Este processo, transversal a todos os níveis de estrutura da prestação de cuidados, sofreu uma reformulação estratégica importante face aos anos anteriores, passando a assentar num novo modelo conceptual que retira o foco da negociação de metas de indicadores estabelecidos, para a prossecução de resultados em saúde num contexto de boas práticas e de gestão dos percursos integrados em saúde, assim como no desempenho das organizações, considerado as suas diferentes áreas e dimensões. O novo modelo, passa a assentar na monitorização e avaliação contínuas, com enfoque no percurso evolutivo da unidade de observação (ao invés da meta), tornando como principal utilidade do indicador a demonstração da sua evolução. Com o objetivo de debater a implementação deste novo modelo de contratualização, as sete Unidades de Saúde Familiar (USF) do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Pinhal Litoral dedicaram o seu sexto encontro ao tema, no qual cada USF abordou o modo como foi implementado cada um dos indicadores mais relevantes; um por USF. A abertura do encontro ficou a

cargo da Dra. Cidália Tavares, coordenadora da USF S. Martinho do Pombal, a unidade que organizou o evento, que aproveitando a analogia ao desporto, deu as boas-vindas aos “adeptos e sócios” presentes, pedindo que se deixassem as “táticas de lado” e que trabalhassem em equipa. Presente na sessão de abertura, a Dra. Ana Barros, em representação da Ordem dos Médicos, reforçou a importância das unidades se manterem unidas e sugeriu que se retomasse a organização das Jornadas de Medicina Geral e Familiar de Leiria, descontinuadas há anos, com vista a atingir esse objetivo. O presidente da Câmara Municipal de Pombal, Diogo Mateus, também falou nesta abertura, destacando o trabalho desenvolvido pelas USF e pelo ACES e defendendo um maior “envolvimento das entidades locais na organização dos cuidados de saúde primários” para, em conjunto, criar uma resposta adequada. O enfermeiro Marco Neves, membro da direção do ACES do Pinhal Litoral, que participou na sessão, salientou a resiliência das unidades perante os desafios que enfrentam e o apoio que o ACES dá às “USF na sua missão e na criação de novas unidades”. “Este ano foram adicionadas as USF de Porto de Mós e da Marinha Grande” a este grupo, também presentes neste



Dra. Cidália Tavares, coordenadora da USF S. Martinho do Pombal

encontro como observadores, “e até ao final do ano serão agrupadas mais duas unidades”, apontou na sua intervenção.

### Saúde Infantil e Juvenil... ARSC com melhor desempenho global

Na segunda parte do evento, denominada “Jogos de Seleções”, cada unidade foi convidada a descrever a estratégia adotada na implementação de um dos “indicadores-chave. Coube à USF Condestável, representada pela médicas Catarina Gonçalves e Gabriela Reis, abordar o indicador “Saúde Infantil e Juvenil”.

No que toca ao Índice de Desempenho Global (IDG), a médica Catarina Gonçalves apresentou os resultados de uma avaliação realizada a nível nacional, que revelam que a Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN) é a que apresenta o valor mais elevado (80,55%), estando a Região Centro (ARSC) logo a seguir, com 59.3%. A ARS Algarve é a que apresenta o IDG mais baixo (35.9%) de todas as regiões. Para os indicadores relativos à “proporção de recém-nascidos com consulta médica de vigilância até aos 28 dias de vida”; “recém-nascidos com domicílio de



Enfermeiro Marco Neves, membro da direção do ACES do Pinhal Litoral



Dra. Gabriela Reis, USF Condestável



Dra. Ana Barros, Ordem dos Médicos

enfermagem até aos 15º dia de vida” e; “realização do teste de rastreio para as doenças metabólicas até ao 6º dia”, a unidade considera que “é importante que seja feita uma marcação de consulta no primeiro contacto com a USF, seja no ato da inscrição ou no dia de realização do diagnóstico precoce, seja até no domicílio de enfermagem, sendo igualmente relevante desenvolver meios que facilitem esse domicílio”.

Passando para os indicadores relativos a consultas de vigilância para os dois primeiros anos de vida e para as crianças com necessidades de saúde especiais, a USF propõe “a calendarização

das consultas para idades-chave; a deteção precoce, acompanhamento e encaminhamento no caso de situações que possam representar um risco para saúde das crianças; a promoção de uma eficaz articulação com os vários intervenientes na prestação de cuidados a crianças com necessidades especiais e a valorização da opinião de outros técnicos, do infantiário ou da escola, permitindo assim uma ligação com a saúde escolar”, apontou a médica Catarina Gonçalves.

Também inseridos no grupo “Saúde Infantil e Juvenil”, estão os indicadores associados ao cumprimento do Plano Nacional



Diogo Mateus, presidente da Câmara Municipal de Pombal

de Vacinação: nesta vertente, os profissionais da USF Condestável “consideram ser importante tentar conciliar as consultas com o esquema cronológico estipulado no PNV; verificar o estado de vacinação da criança e atualizá-lo e; tendo em conta o crescente aparecimento de movimentos anti vacinais, incentivar os pais para o cumprimento do PNV e sensibilizar toda a população para a importância do mesmo”. Ainda neste âmbito, a USF Condestável desenvolveu um trabalho de qualidade que consistiu na avaliação dos conhecimentos dos profissionais de saúde sobre o PNV, seguindo-se a apresentação de propostas de melhoria mediante os resultados. Foi também criado um folheto informativo destinado a médicos e enfermeiros acerca das vacinas “extraplano”, com o objetivo de dar a conhecer a oferta de vacinas fora do PNV.

No que toca aos indicadores de registo do peso e altura, a unidade reforçou a importância, não só da existência de “material adequado nos gabinetes médicos e de enfermagem, mas também do registo no SClínico® e no boletim de saúde infantil e juvenil dos dados relativos ao “crescimento e desenvolvimento”.

“Na nossa USF, com vista à melhoria dos indicadores, fazemos uma avaliação mensal com discussão e apresentação de

propostas de melhoria. No mês seguinte, faz-se uma reavaliação de forma a garantir o cumprimento dos objetivos estipulados”, explicou Catarina Gonçalves a propósito da estratégia da unidade para atingir as metas estabelecidas nos indicadores.

### Vigilância da grávida é um “desporto em equipa”

“Achamos que a vigilância da grávida é um desporto em equipa”, começou por afirmar o enfermeiro Diogo Urjais da USF D. Dinis que, juntamente com a Dra. Nicole Braz, falou sobre o indicador “Saúde Materna”.

Para este profissional, o “desempenho é uma forma de definir onde se pretende chegar”, e a sua avaliação “permite identificar problemas e oportunidades, clarificar responsabilidades e facilitar a delegação das mesmas, melhorar o planeamento e controlo, identificar ações necessárias, orientar e mudar comportamentos, dar visibilidade ao trabalho realizado, favorecer o envolvimento das pessoas e criar a base para o desenvolvimento de um sistema de remuneração”, enumerou.

À médica Nicole Braz coube enquadrar o processo de vigilância da grávida. “Para concretizar os objetivos do Programa Nacional de Vigilância da Gravidez é



Dra. Catarina Gonçalves, USF Condestável

necessária uma perfeita organização dos cuidados, conseguida à custa de uma boa articulação entre os diversos serviços e trabalhando em conjunto para os mesmos objetivos, sempre com a família da grávida no centro dos cuidados”, precisou, sublinhando a importância da “monitorização contínua do desempenho para garantir uma boa vigilância e os melhores cuidados possíveis à grávida, o que inclui registos de qualidade”, que exemplificou na sua apresentação, ilustrando o registo de informações sobre contraceção, consultas, exames e revisão do puerpério. “Se fizermos uma boa vigilância da grávida, os indicadores vêm por arasto”, concluiu.

A comunicação entre a equipa familiar, o diálogo sobre questões sensíveis como o aborto e a partilha de informação completa sobre a grávida são alguns dos grandes desafios que Diogo Urjais enumerou relativamente a este indicador, defendendo “a importância de ter em conta as necessidades individuais e preferências da grávida, que se deve traduzir num plano de cuidados flexível, considerando as necessidades e escolhas, que podem mudar, durante a gravidez”.

### Planeamento Familiar = Promoção da Saúde

O “Planeamento Familiar” (PF) foi o indicador apresentado pela Dra. Margarida Cepa, que no 6º Encontro das USF do ACES Pinhal Litoral representou a USF Marquês. “O que se espera da consulta de planeamento familiar é essencialmente a promoção de saúde, quer na informação e aconselhamento sexual, quer na prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis, assim como do cancro do colo do útero e da mama, mas também pela prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, prevenção do consumo de drogas e de tabaco”, explicou, tendo por base uma definição do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar (2008) da



Dra. Nicole Braz, USF D. Dinis



Enfermeiro Diogo Urjais, USF D. Dinis



Dra. Margarida Cepa, USF Marquês

Direção Geral de Saúde (DGS). Na sua intervenção, a médica apresentou os indicadores associados ao Planeamento Familiar e os resultados alcançados pela USF do ACES do Pinhal Litoral, excluindo as novas unidades. Relativamente ao indicador “Taxa de utilização de consultas de enfermagem de PF”, no geral, estão todas a cumprir o mínimo aceitável, estando 3 das 7 USF que integram o ACES prestes a atingir esse objetivo. O mesmo não ocorre para o indicador “Taxa de utilização de consultas médicas de PF”, em que há USF que não cumprem o mínimo aceitável, nem atingem o esperado, ainda que este indicador não tenha impacto no cálculo do IDG do ACES. A estes, somam-se os indicadores relativos ao acompanhamento e vigilância. Para além de um acompanhamento adequado é necessário um registo completo e atualizado. “Há softwares e áreas que temos de considerar para termos um bom resultado a nível de desempenho e indicadores”, afirmou, apresentando alguns exemplos de registos informáticos que considera imprescindíveis para cumprir os objetivos em Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar. Margarida Cepa sublinhou ser também “essencial o trabalho em equipa, envolvendo o médico, o enfermeiro e o assistente técnico; haver uma correta codificação e permanente verificação e atualização por parte dos profissionais; aumentar a taxa de cobertura através da adequação do horário das consultas, com a introdução da possibilidade de consultas de planeamento familiar em horário pós-laboral; aumentar a iniciativa de convocar os utentes e criar oportunidades de consultas de planeamento familiar noutras consultas e; finalmente... Um sistema informático a funcionar de forma eficaz”, concluiu.

### Hipertensão arterial: é preciso fazer mais

Coube à USF Cidade do Lis, representada pela Dra. Mariana

Santos, abordar o indicador “Hipertensão Arterial”. Na sua intervenção, a médica proporcionou à audiência um percurso “insight” sobre a realidade deste problema de saúde na “sua” USF. A prevalência de HTA nesta unidade, de acordo com os dados de um estudo realizado em 2013, é de 26.18% (indicadores 2018), aproximando-se da taxa nacional, que é de 26.9%. Os indicadores contratualizados revelam que o controlo da doença tem vindo a melhorar ao longo do tempo o mesmo acontecendo com gastos com a terapêutica prescrita para o tratamento desta condição. “Uma das principais ferramentas que utilizamos é um grupo facilitador, composto pelo médico, enfermeiro e secretário clínico, que tem como responsabilidade dinamizar o respetivo programa, elaborar e manter atualizado o Manual de Boas Práticas de Hipertensão, estar atento a novas guidelines que possam sair relacionadas com o programa, detectar inconformidades e apresentar sugestões de melhoria”, explicou, apresentando um fluxograma que ilustra o percurso do doente dentro da unidade.

As principais dificuldades que a USF Cidade do Lis identifica no programa estão relacionadas com o elevado número de utentes inscritos; com o incumprimento por parte dos mesmos, tanto da adesão às consultas como à terapêutica; com os doentes com HTA institucionalizados; com a codificação incorreta e também com o horário insuficiente para este programa e a dificuldade em remarcar as consultas. Para ultrapassar estes obstáculos, a USF considera importante o trabalho de equipa, o esforço contínuo em informar e consciencializar os utentes, seguir o fluxograma apresentado, acompanhar doentes hipertensos com diabetes na consulta da Diabetes e promover a discussão sobre os indicadores e boas práticas clínicas.

Relativamente à nova contratualização, a Dra. Mariana Santos salientou que “há uma maior valorização do acesso aos cuidados de

saúde, das boas práticas de prescrição e da eficiência; iniciou-se a contratualização para além das áreas de desempenho assistencial”, afirmou, para logo acrescentar: “tudo o que fazemos fora da consulta é importante; o facto de existirem intervalos esperados e aceitáveis já definidos é uma grande vantagem, está adaptado à realidade nacional ainda que sejam necessários alguns ajustes, mas está no bom caminho; o foco deixou de estar nos indicadores e passou para o Plano de Ação e para o IDG; tudo isto faz com que seja uma contratualização mais racional”, defendeu.

### Diabetes: indicadores devem ser revistos

A “jogar em casa”, a USF S. Martinho de Pombal focou a sua análise no indicador “Diabetes”, apresentando os desafios que os profissionais enfrentam e as respetivas propostas de melhoria.

A médica Luísa Casquilho iniciou a sua apresentação, explicando que “a diabetes é considerada uma área prioritária, não só pelo aumento da sua prevalência, mas também por ser uma doença crónica, debilitante e dispendiosa, associada a complicações graves, o que traz grandes problemas aos utentes e suas famílias. “Por isso” defendeu “temos que ter em atenção dois pontos fundamentais: a prestação de cuidados nos seus diferentes níveis e a sustentabilidade do sistema de saúde”. Por seu lado, a assistente técnica Gracinda Sobreira enumerou algumas dificuldades na concretização dos objetivos, como a que se regista ao nível da pesquisa de diabéticos; em manter os registos atualizados; na identificação dos motivos para não frequentar a consulta e evitar as ausências. Na sua intervenção, Gracinda Sobreira apresentou propostas de melhoria que passam pelo contacto e incentivo à convocação dos utentes, utilizando o sistema de envio de SMS um dia antes da consulta, por exemplo.



Dra. Mariana Santos, USF Cidade do Lis



Dra. Luísa Casquilho, USF S. Martinho de Pombal



Gracinda Sobreira, assistente técnica da USF S. Martinho de Pombal



Enfermeira Isabel Pessa, USF S. Martinho de Pombal

No caso da enfermagem, abordado pela enfermeira Isabel Pessa, as dificuldades relativamente aos utentes estão associadas à resistência em mudar de estilo de vida, a crenças e receios sobre o tratamento, ao absentismo às consultas, aos utentes residentes no estrangeiro ou fora da área de influência da USF, entre outras, sendo também identificadas dificuldades na gestão da unidade, nomeadamente, a falta de formação no SClínico® e a dessincronização da equipa. Para ultrapassar estes obstáculos, a enfermeira sugere um reforço no contacto do utente, sensibilizando-o para a importância do acompanhamento e do tratamento e também o cruzamento de dados em diferentes plataformas eletrónicas para um melhor acesso à informação do utente seguido fora da USF. Apostar na formação da equipa e melhorar a comunicação entre os membros, foram outras das propostas apresentadas para ultrapassar alguns problemas descritos.

A Dra. Luísa Casquilho encerraria a apresentação com uma reflexão sobre as dificuldades dos indicadores para os médicos, não se afastando muito das já enumeradas, propondo também o encaminhamento para o serviço de enfermagem os utentes com pé diabético observados fora da consulta da diabetes; avaliar todos os

diabéticos na primeira consulta do ano para aumentar a observação do pé diabético; apostar na formação em insulinoização, assim como sensibilizar os utentes para a importância da insulino-terapia; reavaliar a questão do controlo dos diabéticos e dos custos; entre outras propostas que obrigariam a uma revisão dos indicadores atuais que entram em conflito com a gestão e controlo dos utentes diabéticos.

#### Rastreios: maioria dos utentes desconhece o que são

À USF Pombal Oeste, representada pela Dra. Eloísa Sobreira coube falar sobre “Rastreios”, mais precisamente os rastreios oncológicos, área em que a unidade concluiu, através de uma avaliação feita aos seus utentes, que a maioria desconhece o que é um rastreio e a sua importância para a redução da mortalidade. Considerando os resultados do ano passado, a médica considera que é preciso trabalhar mais no indicador do rastreio do cancro do colo do útero, relativamente ao qual a unidade alcançou 44.99%, uma cobertura próxima do valor nacional. O rastreio do cancro da mama é aquele em que a unidade apresenta os melhores resultados (71.29%). No rastreio do cancro colorretal esse valor desce para 48.79%. Para



Dr.ª Eloísa Sobreira, USF Pombal Oeste

os três rastreios, a médica destaca como principais dificuldades a construção dos indicadores, que carecem de critérios de exclusão para algumas situações, a recusa por parte dos utentes em realizar os testes propostos e o seguimento dos mesmos a nível hospitalar e no privado. Para colmatar estas questões, a unidade define como estratégia a informação à população sobre os rastreios, a realização de rastreios oportunistas, a implementação de critérios de exclusão no indicador, a consulta do Registo de Saúde Eletrónico (RSE) para verificar os rastreios realizados a nível hospitalar e a solicitação dos

resultados dos rastreios realizados no setor privado.

#### Saúde do Adulto/Idoso: combater o flagelo dos ansiolíticos

A terminar a sessão, a USF Santiago de Leiria abordou a “Saúde do Adulto/Idoso”, focando-se no indicador “Consumo de ansiolíticos”. A enfermeira Sara Matias iniciou este tópico apresentando dados relativos a 2017 sobre as percentagens dos indicadores de saúde do adulto e de saúde do idoso que se situam nos 50% e 33.30%, a nível nacional, respetivamente, estando



Enfermeira Sara Matias, USF Santiago de Leiria



Dra. Ana Rita Ferreira, USF Santiago de Leiria

a percentagem da USF Santiago nos 66.70% e 33.30%. No que diz respeito ao consumo de ansiolíticos, a unidade tem conseguido ultrapassar os mínimos esperados para este indicador, sublinhou a Dra. Ana Rita Ferreira. Contudo, e “apesar de estarmos num bom caminho, o flagelo a nível nacional é grande”, reconhece, apresentando um gráfico que mostra que Portugal é o país da OCDE que regista maior consumo reportado de ansiolíticos, hipnóticos e sedativos, sendo um problema maior na zona Centro do país e na população idosa. “Estamos perante um problema de saúde pública e a nossa USF

definiu algumas estratégias, como a criação de um folheto informativo para entregar aos doentes e cuidadores; a criação de um protocolo de atuação e a formação dos médicos da equipa. Por outro lado, realçou, vamos propor uma reavaliação em 2019 no sentido de garantir a melhoria contínua da qualidade”, avançou, introduzindo, em seguida, o folheto informativo elaborado pela USF Santiago, dirigido aos utentes, onde se explica o que são as benzodiazepinas, o impacto de um consumo prolongado. Para finalizar, o médico David Tonelo apresentou o protocolo de

atuação: ‘Desprescrição das benzodiazepinas’. “Quisemos um documento prático que pudéssemos usar no dia-a-dia nas nossas consultas”, refere sobre o documento de duas páginas que inclui indicações terapêuticas, nomeadamente para perturbação da ansiedade e da insónia, informação sobre a segurança clínica e sobre a suspensão da toma.

“A utilização de benzodiazepinas em Portugal tem-se mantido num valor bastante elevado. Cabe-nos particularmente a nós atuar sobre o problema, uma vez que entre 56% a 67% das prescrições deste grupo de medicamentos é da responsabilidade do médico de família. Como tal, é importante reconhecer os riscos, iniciar e monitorizar a suspensão, conhecer alternativas e, claro, dar sempre importância à decisão partilhada com o utente.”

### Utente acima dos indicadores

De uma forma geral, as USF do Pinhal Litoral defendem que mais importante do que obter bons resultados nos indicadores é garantir o acompanhamento e bem-estar dos utentes. Para tal, o espírito de equipa é fundamental, assim como a motivação e formação dos profissionais de saúde. Terminadas as apresentações, abriu-se espaço a comentários e discussão sobre os desafios que

se colocam às unidades. A primeira intervenção veio da USF Pombal Oeste, por Rute Sequeira, sobre o que fazer com o registo dos utentes que deixam o país e passam a residir no estrangeiro, dificultando a sua vigilância. Em resposta, o enfermeiro Diogo Urjais sugere que a família que está prestes a emigrar assine um papel a notificar a situação e a desistir da inscrição, podendo existir um acordo na possibilidade de regresso.

Em seguida, o coordenador da USF Santiago de Leiria, Dr. Manuel Carvalho, entrou na discussão, salientando a importância da literacia em saúde dos utentes e da existência de bom sistema de migração de dados, especialmente nos rastreios.

A vigilância das grávidas voltou a ser abordada pela USF Porto de Mós, nomeadamente a questão da duplicação de consultas, e de custos, com a necessidade de as grávidas serem acompanhadas na especialidade e de continuarem a frequentar a unidade. Novamente, Diogo Urjais esclareceu, concordando que poderá haver uma duplicação, ainda que tal não deva ser visto como um problema, mas como uma oportunidade: “É a tal rigidez dos indicadores em ter x consultas, mas é aí que devemos mudar o paradigma. Seja onde for, o que importa é que a grávida cumpra o calendário de consultas recomendado”, sublinhou.



Dr. David Tonelo, USF Santiago de Leiria



Dr. Manuel Carvalho, coordenador da USF Santiago de Leiria

# Neurobion

## 50% dos seus doentes podem estar em risco de desenvolver Neuropatia Diabética Periférica.<sup>1</sup>

A associação de Vitaminas B neurotróficas alivia os sintomas da neuropatia diabética periférica.<sup>2</sup>

"Com a dormência que sentia nas mãos, não conseguia pintar como antes."

Pintora, doente com diabetes 62 anos

# 87,4%\*

dos doentes que receberam a associação de vitaminas neurotróficas B1, B6 e B12\*\* tiveram alívio dos sintomas da neuropatia.\*\*\*



\* N= 310 \*\* Duas vezes por dia durante 28 dias. \*\*\* Dois pontos de melhoria no score de dor neuropática.

**Informações essenciais compatíveis com o RCM** - Neurobion 0,2 mg cianocobalamina + 200 mg piridoxina + 100 mg tiamina, comprimidos revestidos, brancos e biconvexos. Neurobion, 100 mg tiamina + 100 mg piridoxina + 1 mg cianocobalamina, solução injetável. Excipientes: Lactose mono-hidratada 40 mg (comprimidos), Potássio 0,019 mg/ml, Sódio 13,99 mg/ml (injetável). **Indicações terapêuticas:** Tratamento adjuvante na neurite e neuralgia (mono e polineuropatia), radiculonevrites resultantes de alterações degenerativas da coluna vertebral, lumbago, ciática, síndrome cervical, síndrome ombro-braço, tratamento de manutenção da neuralgia do trigêmeo e tratamento de suporte da parésia do nervo facial e herpes zoster. **Posologia e modo de administração:** Comprimidos: 1 comprimido, 1 a 3 x/dia no tratamento de casos moderados, ou para administração intercalada e de seguimento do tratamento com a forma injetável. Engolir sem mastigar com um pouco de líquido durante ou após as refeições. Injetável: Administrado por via intramuscular. Casos graves, 1 ampola/dia enquanto os sintomas agudos persistirem. Na terapêutica de seguimento, 2 a 3 ampolas/semana. Quando não são administradas as ampolas ou como continuação da terapêutica pode utilizar-se Neurobion comprimidos revestidos. A duração do tratamento é determinada pelo médico. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer dos excipientes. Os comprimidos não são adequados para o tratamento de crianças. **Advertências e precauções especiais de utilização:** As neuropatias necessitam de tratamento de longa duração com uma dose média diária de vitamina B6 > 50 mg. Recomenda-se monitorização regular do doente sob tratamento de longa duração. A solução injetável contém menos de 39 mg de potássio e 41,97 mg de sódio/ampola. Ter em consideração em doentes com ingestão controlada de sódio. **Interações medicamentosas e outras formas de interação:** L-Dopa: os efeitos poderão ser reduzidos com a administração concomitante de vitamina B6. Antagonistas da piridoxina (ex., isoniazida, cicloserina, penicilamina e hidralazina): a eficácia da vitamina B6 pode estar reduzida. Com diuréticos da ansa (ex., furosemida) os níveis sanguíneos de tiamina podem ser reduzidos. **Efeitos indesejáveis:** Muito raros (<1/10.000): Doenças do sistema imunitário - choque anafilático. Desconhecidos (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis): reações de hipersensibilidade, como sudorese, taquicardia e reações cutâneas como prurido e urticária; doenças gastrointestinais - náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal; afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos - casos pontuais de acne ou eczema após a administração de doses de vitamina B12 por via parentérica; perturbações gerais e alterações no local de administração - reações no local da injeção. **Titular da AIM:** Merck, S.A. **Data da revisão do texto:** 01/2015.

Medicamentos sujeitos a receita médica. Para mais informação deverá contactar o Titular de Autorização de Introdução no Mercado.

**Referências:** 1. Miranda-Massari J.R, et al.; Metabolic Correction in the Management of Diabetic Peripheral Neuropathy: Improving Clinical Results. 2. Rizvi A., et al. Efficacy of combination of vitamin B1, B6 and B12 in management of Peripheral Diabetic Neuropathy. pflrms online, July-Sept 2013.

PRT-NEU-1711-0248

**MERCK**

# Ministério recua e diz não querer obrigar recém-especialistas a ficar no SNS

Ministra da Saúde tinha admitido a introdução de um período de vinculação obrigatória ao SNS dos recém-especialistas. Médicos contestaram proposta e agora a tutela recua

**N**uma carta enviada ao Sindicato Independente dos Médicos (SIM), a que a agência Lusa teve acesso, o gabinete da ministra Marta Temido refere que “o Ministério da Saúde conduz a sua ação governativa pelo programa do Governo no qual a eventual opção pelo estabelecimento de uma obrigatoriedade de permanência no SNS (...) não se encontra prevista”.

O gabinete da ministra acrescenta que uma medida legislativa deste tipo teria “necessariamente” que ser negociada com os sindicatos médicos, nos termos da Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas.

A carta endereçada ao secretário-geral do SIM surge em resposta a um comunicado e a uma reação do sindicato, que chegou a admitir uma greve de médicos internos, e que contestou declarações recentes da ministra sobre a retenção de recém-especialistas no SNS.

Escreve ainda o Ministério que, apesar de preocupado com a fixação de médicos, “não significa que o Governo tenha intenção, no atual contexto, de obrigar os médicos recém-especialistas em formação a permanecer por um período mínimo no SNS após aquisição do respetivo grau de especialista”.

Contudo, o gabinete da ministra lembra que o Governo tem vindo, em conjunto com a Ordem dos Médicos e com os próprios sindicatos, “a desenvolver medidas que fomentem a fixação destes profissionais – não só no SNS



**o gabinete da ministra Marta Temido diz “a eventual opção pelo estabelecimento de uma obrigatoriedade de permanência no SNS (...) não se encontra prevista”.**

mas também em zonas qualificadas como carenciadas”, por exemplo através da revisão do regime de incentivos.

Numa entrevista à TVI no início deste mês, a ministra aludiu à possibilidade de se estudarem formas de reter por um período de tempo os recém-especialistas no SNS após a conclusão do internato (a formação na especialidade).

Recentes declarações da ministra da Saúde motivaram também já reação da parte da Ordem dos Médicos, que na terça-feira pediu uma reunião urgente na sequência de afirmação e da atitude da tutela que “revelam uma total falta de respeito” e um “nível de desprezo nunca antes alcançado”.

Fonte oficial da Ordem dos Médicos adiantou à Lusa que o

Conselho Nacional da Ordem teve uma reunião extraordinária no domingo na qual foi decidido pedir um encontro urgente com a ministra da Saúde.

“Na base desta decisão está um conjunto de atitudes e declarações ocorridos nos últimos meses e que revelam da parte da tutela uma total falta de respeito pelos médicos, com um nível de desprezo e desvalorização nunca antes alcançado”, declarou a mesma fonte oficial da Ordem dos Médicos.

A Ordem considera que a situação “ultrapassou o limite do aceitável”.

No fim de semana, o bastonário dos Médicos, Miguel Guimarães, escreveu no jornal Observador um artigo de opinião em que considerou “lamentável e inaceitável (...) a ingratidão do poder político para com as pessoas que todos os dias tornam o SNS possível, evitando que as más políticas tenham um impacto mais gravoso no terreno”.

“A recente entrevista da ministra da Saúde, Marta Temido, à TVI, sem o devido contraditório, foi mais um triste episódio de um mandato que é curto, mas que, infelizmente, está já repleto de momentos que em nada servem os doentes, os profissionais e o SNS”, considerou Miguel Guimarães.

Além da questão dos internos, Miguel Guimarães contestava declarações sobre o salário dos médicos e sobre a abertura de vagas para formação.

**LUSA**

# INVENTING FOR LIFE

SOMOS INSPIRADOS POR  
UMA VISÃO PARTILHADA E  
POR UMA MISSÃO DE SALVAR  
E MELHORAR VIDAS

Uma procura  
pela descoberta,  
uma vocação  
pelo tratamento

# Santa Maria reduz serviço de neonatologia pela segunda vez num ano

Serviço tinha 22 camas em julho mas agora fica reduzido a 13.  
Em causa está a falta de enfermeiros



Ao diretor do serviço de Obstetrícia, Diogo Ayres de Campos, esta situação causa-lhe “muita preocupação”, podendo agravar a necessidade de transferir mais mulheres com gravidezes de risco para outros estabelecimentos de saúde



A decisão de reduzir a capacidade do serviço foi tomada no dia 4 de março pela diretora clínica do Santa Maria, Margarida Lucas

**A** falta de enfermeiros levou o Hospital de Santa Maria, em Lisboa, a reduzir de 18 para 13 as camas no serviço de neonatologia, revelou o Diário de Notícias. O hospital admite que se trata de uma “solução de contingência”, de modo a minimizar o risco para bebés e profissionais. É a segunda vez que acontece em menos de um ano.

Num documento interno, refere-se que a situação que afeta a unidade é “conhecida desde há cerca de um ano”. A decisão de reduzir a capacidade do serviço foi tomada no dia 4 de março pela diretora clínica do Santa Maria, Margarida Lucas. “Atendendo à escassez de elementos da equipa de enfermagem” e “face

às dificuldades de contratação, não vejo que tenhamos outra alternativa ao proposto encerramento das camas”, escreveu.

O serviço fica assim reduzido a 13 camas (oito nos cuidados intensivos e cinco nos cuidados intermédios). Esta medida, tomada no serviço de neonatologia do maior hospital do país, não é inédita. Em julho do ano passado, já tinha havido uma redução de 22 para 18 camas.

Ao diretor do serviço de Obstetrícia, Diogo Ayres de Campos, esta situação causa-lhe “muita preocupação”, podendo agravar a necessidade de transferir mais mulheres com gravidezes de risco para outros estabelecimentos de saúde. A solução encontrada não cumpre os rácios recomendados: neste

momento, o serviço funciona com um rácio de um enfermeiro para dois recém-nascidos em cuidados intensivos e de um enfermeiro para cinco recém-nascidos em cuidados intermédios.

O hospital alerta para a necessidade de contratar mais enfermeiros. Atualmente, seis profissionais da equipa de neonatologia estão de baixa e um saiu em janeiro. Entretanto, a ministra da Saúde já respondeu a um dos principais problemas: foi publicado um despacho esta segunda-feira que dá aos hospitais autonomia para contratar profissionais de saúde que venham substituir os que saíram definitivamente ou se ausentarem” por pelo menos 120 dias. ❤️

**Tiago Caeiro**

PROFESSOR DR. GUILHERME MACEDO

# “Falha na eliminação da Hepatite C será vergonha Nacional”

Se Portugal falhar o compromisso assumido em setembro de 2016, de cumprir o objetivo da Agenda para o Desenvolvimento Sustentável, delineada pelas Nações Unidas, de reduzir a incidência do vírus da Hepatite C (VHC) em 90% e a mortalidade associada em 65% até 2030, será uma verdadeira “Vergonha Nacional”.

**A** afirmação é do Professor Guilherme Macedo, diretor do Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de São João (CHSJ) e professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e foi proferida na conferência LETS END HEP C - Políticas e Ferramentas de Apoio à Decisão Política em Saúde, organizada em conjunto pela Assembleia da República e pela Universidade Católica Portuguesa, com o apoio da Farmacêutica Gilead.

A possibilidade de incumprimento por parte de Portugal surge num momento de viragem nas política nacional de combate à Hepatite C. De país exemplar a nível mundial, por ter sido um dos primeiros e únicos a disponibilizar a medicação para tratar a doença, curando-a, em 2015, Portugal encontra-se hoje nas margens desse combate, com os médicos a denunciarem grandes atrasos no acesso aos antivirais de ação direta, que hoje permitem curar a doença. “No meu hospital a espera média é de cerca de seis meses”, testemunha Guilherme Macedo. Em alguns hospitais, a espera é muito superior, ultrapassando um ano, afirmaram ao nosso jornal diversos especialistas.



Como revelámos há uma semana, fontes contactadas pelo nosso jornal justificam os atrasos no acesso à medicação com a alteração do modelo de contratualização, que até janeiro de 2018 era centralizado na Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). Atualmente, a compra é feita pelos hospitais, que em muitos casos, sufocados pelas dívidas a fornecedores, atrasam as aquisições o máximo que podem. Aos problemas de acesso aos medicamentos, soma-se a indefinição de uma estratégia clara de combate à Hepatite C, que de acordo com os especialistas passa por um rastreio de base nacional, que permita identificar as pessoas com hepatite C que ainda estão por tratar, um número que, estima-se, deverá situar-se entre os trinta e os quarenta mil indivíduos.

#### Microeliminação é essencial

Para se atingirem os objetivos definidos pela Nações Unidas, é necessário, também, afirmam os especialistas, “chegar aos grupos mais difíceis de alcançar, como os utilizadores (e ex-utilizadores) de drogas por via endovenosa, os homens que fazem sexo com outros homens e a população prisional, que na sua maioria não tem acesso a tratamento. A estes grupos, os especialistas juntam o das pessoas que foram sujeitas a transfusões de sangue ou transplante de órgãos antes de 1992, doentes de hemodiálise, e os homens nascidos entre 1945 e 1965.

Só a eliminação da infeção nestes grupos, também designada de microeliminação, permitiria a Portugal atingir os objetivos com que se comprometeu a nível internacional.

“O hospital tem de ser capaz de sair; de ir ter com os doentes e não o inverso. Isto porque para muitas destas pessoas, os hospitais são locais inóspito”, aponta Rui Tato Marinho que afirma que “se não tivermos os mecanismos de early detections e verificação atempada de surtos epidemiológicos podemos perder a batalha”.

Para além de constituir um grave problema de saúde pública, a hepatite C tem custos económicos e sociais relevantes. O VHC está relacionado com várias complicações, como a cirrose hepática, que pode evoluir para descompensação hepática ou carcinoma hepatocelular e levar à necessidade de transplante de fígado e mesmo à morte. Os custos médios diretamente associados aos estádios mais avançados da doença são elevados, estimando-se em 71 milhões de euros, em 2014.

A todos estes argumentos, os especialistas acrescentam outro: os custos de tratar a hepatite C com os novos antivirais de ação direta são muito inferiores aos de tratar cronicamente a doença, como sucedia até 2014, ano em que surgiram os primeiros medicamentos capazes de eliminar completamente o vírus. Para além de não terem praticamente nenhuns efeitos adversos e serem administrados por via oral e não por via endovenosa, como acontecia no passado.

#### Ferramenta informática permite estimar se Portugal vai ou não cumprir compromisso

Na sessão organizada na Assembleia da República, foi apresentada uma ferramenta informática que permite simular o impacto das decisões políticas no cumprimento do objetivo de eliminação da hepatite C enquanto problema de saúde pública.

Desenvolvido pela Universidade Católica, a “calculadora de políticas” permite que qualquer pessoa, mesmo que não tenha formação especializada na área, possa estimar quais os impactos relativos de uma série de medidas que podem – ou não – ser adotadas pelo poder político no objetivo de reduzir a incidência do vírus da Hepatite C (VHC) em 90% e a mortalidade associada em 65% até 2030, objetivo com que Portugal se comprometeu em 2016. O modelo incorpora 24 políticas de saúde na área da Hepatite C, com várias



subcategorias, que são aceites atualmente como integrando a cascata de cura do HCV e que poderão estar a ser implementadas – ou não – em cada país.

Após aceder à plataforma e ferramenta online do projeto LEHC ([www.letsendhepc.pt](http://www.letsendhepc.pt)), e depois de verificar os dados do país, o usuário terá a possibilidade de testar as 24 políticas disponíveis usando o “calculador de políticas”. O impacto de cada política é então calculado e todos os resultados são apresentados, incluindo se essas alterações aceleram (ou não) o caminho para a eliminação nesse cenário.

O utilizador pode igualmente ver o ano exato durante o qual a eliminação ocorrerá.

“O uso ativo do calculador de políticas contribuirá para um pensamento mais efetivo baseado em evidências e tomada de decisões, seja o utilizador político, ativista ou doente”, informam os responsáveis pelo projeto, liderado pelo Professor Henrique Lopes. Para o Professor e Investigador em Saúde Pública da Unidade de Saúde Pública do Instituto de Ciências da Saúde Portuguesa (UCP), “É essencial que haja uma visão humanista e

holística da hepatite C. Tem de ser possível apontar direções e comprometer as pessoas. Esta ferramenta não nos vai dizer quantas pessoas estão ao certo infetados em Portugal. Serve, isso sim, para nos informar sobre o impacto de medidas que podem - ou não - ser adotadas pelo poder político, no cenário geral da eliminação da hepatite C até 2030”. Mas permite mais, explica o especialista: “posso saber se é possível antecipar esse objetivo através da adoção de determinadas políticas ou se o mesmo será postergado. Algo que não é difícil já que a plataforma permite comparar resultados entre os países que integram o projeto (Portugal, Espanha, Roménia, Bulgária e Áustria) a que se juntarão em breve o Reino Unido, Alemanha, Espanha, Itália, Austrália e Suíça. Uma coisa é certa, aponta o docente universitário: “Se as coisas se mantiverem como até aqui, vemos que Portugal e a Roménia não eliminam até 2030, ao contrário de Espanha (que deve fazê-lo em 2025 ou 2026) ou da Áustria (um ano ou dois depois). Podemos tentar identificar alternativas e ver o que melhora com cada solução”.

Henrique Lopes alerta, todavia,

para a projeção demagógica, que é possível obter “se pudermos todas as políticas no máximo”, situação em que, obviamente, “obteremos os melhores resultados. Mas será que os países têm recursos para fazer tudo ao máximo? Possivelmente não. Então podemos testar diferentes soluções e ver se melhora e o que melhora em concreto”, recomenda. Henrique Lopes sublinha que “uma das vantagens que este tipo de ferramenta oferece é a de mostrar políticas, que alterando medidas de gestão do sistema, permitem atingir o objetivo sem ser preciso aumentar o capital gasto. Incluir o rastreio das grávidas nas guidelines custa quase zero e pode ter impacto. Facilitar o acesso às consultas de especialidade, encontrar os doentes, também”, concretiza.

O projeto, que já leva dois anos de existência, é atualizado a cada seis meses, incorporando recomendações e atendendo a críticas expostas pelos utilizadores, que são ativamente chamados a pronunciarem-se sobre a ferramenta.

“Criámos um modelo matemático e um modelo estatístico. Dentro das decisões políticas, qual o peso de cada uma delas? Ou seja, implementar o programa nas prisões, não tem o mesmo peso do que na população geral em comparação com o programa de troca de seringas, por exemplo. Se eu fizer um programa de troca de seringas, quantos hepatocarcinomas é que evito?”. Questões que podem ser respondidas com recurso à nova “calculadora”, salienta Henrique Lopes. “Temos aqui uma ferramenta onde os conselhos basilares para a doença e onde as políticas públicas estão espelhadas. É um modelo que integra muitos saberes. A cada seis meses são introduzidas novas correções, no sentido de ir aperfeiçoando. Neste momento, o modelo já funciona em cinco países e dentro em breve em muitos mais. E temos tido pedidos de adesão de muitos outros países. O projeto LETs End Hep C ancora-se em três grandes eixos: a



literacia da saúde (onde foram dados passos importantes mas onde ainda estamos longe do que seria desejável); democracia em saúde, ou seja, a capacidade de interação entre profissionais e não profissionais; cidadania em saúde, isto é, responsabilizar as pessoas pelo estado da sua saúde (é fundamental que as pessoas sejam agentes ativos pela sua saúde). Com base nisto, acabámos por nos destacar da concorrência”, salienta Henrique Lopes.

Presentes na sessão, os diretores dos principais centros de tratamento de Hepatite C do país manifestaram-se pouco otimistas como o atual quadro da situação nacional: Rui Tato Marinho, não tem dúvidas: “Há um plano, há legislação, há dotações orçamentais. Precisamos de começar a salvar vidas e de um plano nacional que comece a funcionar. Precisamos de voltar à estaca zero, ou seja, tratamento para toda a gente e de forma fácil. Ouvimos aqui que no hospital de São João, no Porto, os doentes têm de esperar quase 6 meses para terem acesso à medicação. Não é aceitável. Falta ação política”, denuncia o diretor do serviço de Hepatologia do Santa Maria. Para este responsável, é necessário repetir o feito de 2015 quando, diz, em pouco tempo conseguimos tratar e curar

praticamente todos os doentes portugueses, de forma expedita, sem os entraves burocráticos que normalmente acompanham este tipo de processo”. Ora, diz, a verdade é que hoje conseguimos “Em 8 ou 12 semanas curar uma doença crónica. Temos recursos humanos e uma indústria que tem estado sempre presente e também temos modelos de intervenção. E não obstante, parece que falta alguma coisa para que as coisas funcionem. Estamos parados e isso não é aceitável. Qualquer doente com cirrose é uma emergência patológica, o risco de cancro aumenta para o dobro ao fim de dois anos. E ainda temos muitos portugueses que não têm acesso ao medicamento”, aponta. A lógica que tem prevalecido é difícil de entender, aponta o médico: “Os colegas franceses e espanhóis prescrevem e o doente vai à farmácia e leva logo o medicamento. Aqui, consigo receitar na hora – vejam o contrassenso – um medicamento que prolonga a vida três meses (no cancro do fígado, as pessoas vivem em média sete meses). O medicamento custa 40 mil euros por ano e consigo prescrevê-lo na hora. Mas não consigo prescrever na hora um que custa 5 mil euros e que cura a 100%”. Não faz qualquer sentido, afirma.

Luís Mendão, Presidente do Grupo de Ativistas em Tratamentos, presente na sessão, revelou: “em Setúbal, não há ninguém que consiga iniciar tratamento em menos de um ano, o que leva a que metade das pessoas com Hepatite C desistam antes de se tratarem”.

Guilherme Macedo, Responsável pela consulta do S. João, concorda: “neste momento, mesmo com recursos limitados, podemos conseguir o objetivo da eliminação da hepatite C. Seria uma vergonha não o fazermos”, afirma, apelando “à nossa tradição secular judaico-cristã, onde pontificam dois sentimentos: culpa e vergonha”. Pela culpa, garante, “estamos bem resolvidos, sobretudo os profissionais de saúde, que têm tido um empenho formidável em relação a este assunto”.

Já relativamente à vergonha, diz, “temos de conversar”. Para o especialista, “será uma vergonha enorme para o nosso país, depois de ter tido as oportunidades que teve, depois ter sido criadas as condições, acabar por não cumprir a meta com que se comprometeu com a OMS”.

Este objetivo, afirma, “é claramente suprapartidário, supra-governamental. Não podemos desperdiçar esta oportunidade”, conclui.



# “Medicamentos vão ter de subir de preço”, alerta presidente da Apifarma

O reajuste de preços que ocorreu durante o período de ajustamento financeiro levou os preços dos medicamentos a baixarem 30%.



**João Almeida Lopes, presidente da APIFARMA, alerta que a sustentabilidade do mercado pode estar em causa. Dívidas dos hospitais à indústria farmacêutica voltou a aumentar em janeiro.**

**A** partir daí, os preços estagnaram, o que está a deixar muitas farmácias em grandes dificuldades. O presidente da Associação Portuguesa da Indústria Farmacêutica (Apifarma) diz, em entrevista ao Negócios, que é inevitável que o preço dos fármacos aumente.

João Almeida Lopes admite que os primeiros medicamentos a aumentar sejam aqueles que são vendidos a um preço mais baixo. O presidente da Apifarma critica a legislação de preços, “que leva a que todos os anos seja feita uma comparação dos preços” de Portugal com quatro países europeus onde os preços são muito baixos.

“Isso leva a que haja produtos com uma degradação de preços inacreditável, que depois faltam porque custam um ou dois euros”, diz João Almeida Lopes, acrescentando que, “para quem paga, [os preços] estão sempre elevados”. A posição de Almeida Lopes é contrária à do secretário de Estado da Saúde Francisco Ramos, que defende uma redução do preço dos medicamentos.

O presidente da Apifarma alerta que o mercado pode mesmo deixar de ser sustentável se não aumentarem os preços. Quanto à questão dos genéricos, João Almeida Lopes considera que

“não é possível aumentar mais a quota” deste tipo de fármacos em Portugal, acrescentando que em Espanha, Itália ou França a quota de genéricos não é tão elevada.

## **Dívidas dos hospitais aumentam**

As dívidas dos hospitais do SNS à indústria farmacêutica voltaram a aumentar no mês de janeiro. De acordo a Apifarma, a dívida vencida (superior a 90 dias) atingiu os 388,3 milhões de euros, mais 11,3 milhões do que em dezembro. Este aumento representa uma inversão na redução da dívida registada nos últimos meses. ❗

**Tiago Caeiro**

ALBERTO MELLO E SILVA

# Na dislipidemia aterogénica o C-LDL não é o único “mau da fita”

A dislipidemia aterogénica (DA) reúne um conjunto de alterações lipoproteicas – uma “tríade lipídica”, que contribui para este risco cardiovascular “residual”.



**A** apresentação do estudo “CODAP”- Consenso multidisciplinar sobre a definição, diagnóstico e tratamento da dislipidemia aterogénica em Portugal”, foi o motivo que levou Alberto Mello e Silva a marcar presença nas XXIII Jornadas Nacionais Patient Care, no dia 22 de fevereiro, em Vilamoura, no Algarve. Em entrevista ao nosso jornal, o médico cardiologista começou por recordar que a doença cardiovascular é o resultado frequente de uma combinação de diversos fatores de risco entre os quais se inclui a dislipidemia, e que os eventos cérebro-cardiovasculares como manifestação da doença aterosclerótica, continuam a ser a principal causa de morbimortalidade

em Portugal. Nas últimas décadas a utilização em larga escala de estatinas na terapêutica da dislipidemia a par de um reconhecimento pela sociedade civil da necessidade de uma melhoria no estilo de vida, muito contribuíram para uma redução da morbimortalidade de causa vascular em Portugal. Contudo, subsiste um risco designado como “residual”, que não é desprezível. A dislipidemia aterogénica (DA) reúne um conjunto de alterações lipoproteicas – uma “tríade lipídica”, que contribui para este risco cardiovascular “residual”.

**Saúde Online (SO) - Falou em tríade aterogénica, do que se trata exatamente?**

Alberto Mello e Silva (AMS) – é uma forma simplista para caracterizar o perfil lipídico da DA: uma elevação dos níveis de triglicéridos (TG) e das lipoproteínas de muito baixa densidade (VLDL), presença de partículas de LDL pequenas e densas mas em que os níveis das lipoproteínas de baixa densidade (C-LDL) são normais ou discretamente elevados, e uma redução dos níveis das lipoproteínas de alta densidade (C-HDL).

A perspectiva tradicional do tratamento das dislipidemias assenta essencialmente na redução dos níveis do C-LDL. Contudo, vários estudos têm vindo a demonstrar que na DA mesmo quando se atingem os valores-alvo do C-LDL, a presença concomitante

de níveis elevados de TG e/ou valores baixos de C-HDL, contribui para um risco persistente de eventos cardiovasculares (CV) confirmando a necessidade de uma terapêutica abrangente que envolva outros “targets” para além do C-LDL, para uma redução acrescida de eventos CV.

### O que motivou a realização do Estudo CODAP?

O conhecimento de que o fenótipo da DA é prevalente na diabetes, na síndrome metabólica, na obesidade, que são na actualidade verdadeiras “epidemias” com nefastas consequências bem conhecidas na morbimortalidade nacionais, aliado a um desconhecimento da prevalência da DA, foram o pretexto para a Sociedade Portuguesa de Aterosclerose (SPA) com o apoio da farmacêutica Tecnimed, lançar o estudo CODAP. O estudo consistiu na aplicação de um questionário sobre a DA a um grupo multidisciplinar de especialistas portugueses, seguindo uma metodologia Delphi adaptada, tendo como principais objetivos analisar a sua opinião e gerar um consenso relativamente à definição, diagnóstico e melhor terapêutica para os doentes com DA.

### Temos então a entrada em cena de novos marcadores relevantes?

A mortalidade cardiovascular não se deve apenas às alterações dos lípidos! O debate em torno das dislipidémias tem-se centrado apenas no C-LDL, uma estratégia “LDL-cêntrica”, como se o C-LDL fosse o único “mau da fita”, com terapêuticas e estratégias desenvolvidas centradas nestas lipoproteínas.

Sabe-se hoje que uma elevação dos TG em jejum, na faixa dos 200 to 600 mg/dL, indicam acumulação de partículas de colesterol remanescentes ricas em TG que são altamente aterogénicas e por isso, associadas a um risco acrescido de doença CV. Os remanescentes de colesterol englobam o conteúdo de colesterol das lipoproteínas de muito baixa densidade (VLDL), das lipoproteínas de densidade intermédia (IDL) e dos remanescentes de quilomicra. Admite-se que a elevação dos TG e dos remanescentes de colesterol contribuam para um processo inflamatório de baixo grau, facilitando o processo aterosclerótico e contribuindo para o designado risco CV residual.

### Como se avaliam estes marcadores lipoproteicos e o risco CV “residual” na prática clínica ?

Uma maneira simples de calcular o valor destas lipoproteínas aterogénicas para além

do C-LDL sem recorrer a “análises sofisticadas”, é utilizar o valor do colesterol não-HDL, que se obtém simplesmente subtraindo o valor do C-HDL ao valor do colesterol total. O colesterol não-HDL abrange todas as lipoproteínas aterogénicas para além do C-LDL e para o seu cálculo não é necessário jejum. O valor-alvo do colesterol não-HDL a atingir nos diferentes estádios de risco CV, obtém-se somando 30 mg/dL ao valor-alvo do C-LDL, para o nível de risco cardiovascular considerado.

A outra mensagem a deixar é que numa perspectiva de risco CV, importa valorizar as elevações moderadas de TG na faixa dos 200-600 mg/dL (TG>600 mg/dL aumentam o risco de pancreatite), naturalmente depois de tratadas as causas frequentes de hipertrigliceridemia secundária como uma diabetes descompensada ou um excesso de ingestão de bebidas alcoólicas.

Em resumo, é preciso lembrar que não basta atingir o valor-alvo do C-LDL que continua a ser o alvo primário. Também temos de estar atentos às outras lipoproteínas tão ou mais aterogénicas que o C-LDL, nomeadamente o colesterol não-HDL e os TG. Nas análises do

perfil lipídico do dia-a-dia, estes valores estão à frente dos nossos olhos, mas muitos de nós não os valorizamos como alvo terapêutico de risco de doença cardiovascular.

### Os especialistas que participaram no CODAP estão de acordo no que refere à importância da DA e à sua definição, mas a contribuição dos TG para o risco CV e sua importância no diagnóstico e escolha terapêutica não alcançou consenso. Como explica essa falta de consenso no estudo CODAP?

A ausência de consenso pode estar relacionada com uma diferente interpretação e/ou valorização da evidência científica disponível que ainda não é suficiente para convencer uma proporção considerável dos especialistas sobre a importância dos TG para o risco CV.

Estou certo de que num futuro breve, novos estudos incluindo os de aleatorização mendeliana e novos fármacos (pemafrato e ácidos gordos ómega-3/formulações de ácido eicosapentanoico puro), vão fazer renascer a importância dos TG, numa sociedade em que há cada vez mais diabéticos e obesos, os principais grupos de risco da DA.

### A SPA definiu algum objetivo no estudo CODAP?

A SPA com estudo CODAP pretende promover a sensibilização para a importância da DA e do risco de doença CV associado, bem como a implementação de medidas com vista à correta identificação e tratamento adequado da DA em Portugal para dessa forma melhorar os índices de morbidade e mortalidade associados à doença CV. O mesmo objetivo foi partilhado por Alberto Mello e Silva quando apresentou o estudo nas XXIII Jornadas Nacionais Patient Care, uma reunião que “é sobretudo dirigida à Medicina Geral e Familiar, os profissionais que estão na linha da frente”, a quem pede que não ignorem os níveis de triglicéridos moderadamente elevados. “Não se preocupem apenas em atingir o valor alvo do C-LDL, procurem também fazê-lo em relação aos triglicéridos com os fármacos de que dispomos”, salientou, sem esquecer “as primeiras medidas”, que são as mudanças no estilo de vida, como reduzir o consumo de bebidas alcoólicas, praticar o exercício físico, seguir uma alimentação saudável, e, no caso dos diabéticos, controlar a glicemia. “Numa perspectiva de risco cardiovascular, o subtratamento ou tratamento inadequado da hipertrigliceridemia nos doentes medicados com estatinas deve merecer mais atenção dos clínicos”, exortou o palestrante.

«Não se preocupem apenas em atingir o valor alvo do C-LDL, procurem também fazê-lo em relação aos triglicéridos com os fármacos de que dispomos»

# Novo medicamento contra o cancro da mama metastático vai ser compartilhado pelo Estado

O novo medicamento, demonstrou valor terapêutico acrescentado (VTA) major em associação com outro fármaco, no tratamento de alguns tipos de cancro da mama metastático

O novo medicamento é um inibidor reversível, altamente selectivo das cinases dependentes da ciclinas (CDK) 4 e 6. A ciclina D1 e as CDK4/6 estão a jusante de múltiplas vias de sinalização que levam à proliferação celular. Através da inibição das CDK4/6, o palbociclib reduziu a proliferação celular bloqueando a progressão da célula da fase G1 para a fase S do ciclo celular.

O novo medicamento, que resulta de investigação da Multinacional Pfizer, demonstrou valor terapêutico acrescentado (VTA) major em



associação com letrozole, no tratamento do cancro da mama positivo para HR e negativo para o HER2 localmente avançado e ou metastático, nas mulheres num estadio ECOG 0 a 2 pós-menopausa sem realização de terapêutica prévia para a doença avançada, informa a empresa em comunicado. Na mesma nota, pode ler-se que o medicamento agora compartilhado, demonstrou também eficácia terapêutica em associação com fulvestrant, no tratamento do cancro da mama positivo para HR e negativo para o HER2 localmente avançado

e ou metastático, nas mulheres num estadio ECOG 0 ou 1, com progressão sob terapêutica endócrina prévia ou nos 12 meses após o termino da terapêutica para a doença avançada. O cancro da mama metastático / avançado ocorre quando as células do cancro da mama se espalham do tumor primário na mama para outras partes mais distantes no corpo através da circulação sanguínea ou do sistema linfático. Este tipo de progressão é também descrito como metástases, cancro da mama avançado ou cancro em estadio 4.

## EMA dá opinião positiva para Iorlatinib no tratamento de CPNPC avançado

O novo medicamento foi especificamente desenvolvido para inibir mutações tumorais responsáveis pelo aparecimento de resistências a outros inibidores de ALK, e para penetrar a barreira hematoencefálica.

A Pfizer acaba de anunciar que o Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) da Agência Europeia de Medicamentos (EMA) adotou opinião positiva relativamente ao lorlatinib (aprovado nos EUA, Canadá e Japão com o nome de marca LORBRENA®), um inibidor da tirosina cinase (TKI) da cinase de linfoma anaplásico (ALK). O CHMP adotou opinião positiva recomendando a atribuição de uma autorização condicionada para a comercialização de LORVIQUA® em monoterapia para o tratamento de doentes adultos com cancro do pulmão de não pequenas células

(CPNPC) avançado ALK-positivo, cuja doença tenha progredido após alectinib ou ceritinib como primeira terapêutica com um inibidor ALK, ou crizotinib e pelo menos outro inibidor ALK. A opinião do CHMP será agora avaliada pela Comissão Europeia (CE), prevendo-se que haja uma decisão nos próximos meses.

“O combate à resistência aos fármacos e às recidivas continua a ser um desafio no tratamento do cancro do pulmão de não pequenas células ALK-positivo”, afirmou o Professor Doutor Chris Boshoff, médico e Chief Development Officer, Oncology, Pfizer Global Product Development.

“Esta opinião do CHMP representa um passo em frente na disponibilização de LORVIQUA® na Europa a doentes com cancro do pulmão não pequenas células ALK-positivo avançado com opções limitadas de tratamento.”

O pedido de Autorização de Introdução no Mercado para LORVIQUA® baseou-se nos resultados do estudo B7461001, um estudo de Fase 1/2 não aleatorizado, multicêntrico e de coortes múltiplas, para determinar a dose e estimar a atividade do fármaco. Este estudo avaliou LORVIQUA no tratamento de doentes com CPNPC avançado ALK-positivo

previamente tratados com um ou mais inibidores ALK. Um total de 228 doentes com CPNPC metastizado ALK-positivo foram incluídos em diversos subgrupos com base no seu tratamento prévio.

### Sobre LORVIQUA® (Lorlatinib)

LORVIQUA® é um TKI que tem demonstrado elevada atividade em modelos pré-clínicos de cancro do pulmão com rearranjo do ALK. LORVIQUA foi especificamente desenvolvido para inibir mutações tumorais responsáveis pelo aparecimento de resistências a outros inibidores de ALK, e para penetrar a barreira hematoencefálica.

# Brimica<sup>®</sup>

## Genuair<sup>®</sup>

broneto de acilínio + formoterol

Melhoria dos sintomas matinais, diurnos e noturnos de DPOC<sup>1</sup>, levando a uma melhor qualidade de vida vs. monoterapia<sup>1,2\*</sup>



†Acilínio 400 µg ou Formoterol 12 µg



A. MENARINI PORTUGAL

A. Menarini Portugal - Farmacéutica, S.A.  
Quinta da Fonte, Edifício D. Manuel I, Piso 2A  
Rua dos Malhões nº1, 2770 - 071 Paço de Arcos

NIPC: 501 572 570 T. +351 210 935 500  
Email: menporfarma@menarini.pt  
www.menarini.pt

#### Referências bibliográficas:

- 1) Brimica Genuair. Resumo das características do medicamento. Última revisão: 24/01/2018
- 2) D'Urzo AD, et al. Efficacy and safety of fixed-dose combinations of acilínio bromide/formoterol fumarate: the 24-week randomized, placebo-controlled AUGMENT COPD study. *Respir Res*, 2014, 15(1):123.

RCM disponível a pedido.

8rm/34\_1/2017

#### Informações Essenciais Compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas ao Infarmed, I.P. (Tel: +351 21 798 71 40; Fax: +351 21 798 73 97; E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt; internet: <http://extranet.infarmed.pt/page-seram-frontoffice-seramhomepage>). **Brimica Genuair 340 microgramas/12 microgramas, pó para inalação.** Cada dose administrada (a dose libertada pelo bocal do inalador) contém 396 microgramas de brometo de acilínio (equivalente a 340 microgramas de acilínio) e 11,8 microgramas de fumarato de formoterol di-hidratado. Corresponde a uma dose medida de 400 microgramas de brometo de acilínio (equivalente a 343 microgramas de acilínio) e uma dose medida de 12 microgramas de fumarato de formoterol di-hidratado. Cada dose administrada contém aproximadamente 11 mg de lactose (mono-hidratada). Pó branco ou esbranquiçado num inalador branco com um indicador de dose integrado e um botão de dosagem laranja. Indicações terapêuticas: Brimica Genuair é indicado como tratamento broncodilatador de manutenção para aliviar sintomas em doentes adultos com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). **Posologia e modo de administração:** Posologia: A dose recomendada é de uma inalação de Brimica Genuair 340 microgramas/12 microgramas duas vezes por dia. Se for omitida uma dose, esta deverá ser tomada assim que for possível e a dose seguinte deverá ser tomada no horário habitual. Não deve tomar-se uma dose a dobrar para compensar a dose esquecida. Não é necessário qualquer ajuste de dose em doentes idosos ou em doentes com compromisso da função renal ou hepática. **População pediátrica** - Não existe utilização relevante de Brimica Genuair em crianças e adolescentes (com menos de 18 anos de idade) para a indicação de DPOC. **Modo de administração** - via inalatória. Os doentes devem ser instruídos sobre o procedimento correto de administração do medicamento. **Contraindicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes. **Advertências e precauções especiais de utilização:** Asma: Brimica Genuair não deverá ser utilizado na asma; não foram realizados estudos clínicos. **Broncospasmo paradoxal:** Em estudos clínicos, não se observou broncospasmo paradoxal com Brimica Genuair na dose recomendada. No entanto, observou-se broncospasmo paradoxal com outras terapêuticas inalatórias. Nesse caso, o medicamento deverá ser interrompido e deverá ser considerado outro tratamento. Não se destina a utilização em episódios agudos; Brimica Genuair não é indicado para o tratamento de episódios agudos de broncospasmo. **Efeitos cardiovasculares:** Os doentes que tiveram um enfarte do miocárdio nos últimos 6 meses, angina instável, arritmia recentemente diagnosticada nos últimos 3 meses, QTC (método de Bazett) acima de 470 mseg ou que foram hospitalizados nos últimos 12 meses por insuficiência cardíaca das classes funcionais III e IV da "New York Heart Association", foram excluídos dos estudos clínicos, pelo que Brimica Genuair deve ser utilizado com precaução nestes grupos de doentes. Em alguns doentes, os agonistas β<sub>2</sub>-adrenérgicos podem produzir aumentos da frequência cardíaca e da tensão arterial e alterações no eletrocardiograma (ECG) tais como apianamento da onda T, depressão do segmento ST e prolongamento do intervalo QTc. Caso ocorram estes efeitos, poderá ser necessário descontinuar o tratamento. Os agonistas β<sub>2</sub>-adrenérgicos de ação prolongada devem ser utilizados com precaução em doentes com antecedentes de ou com prolongamento do intervalo QTc ou tratados com medicamentos que afetem o intervalo QTc. **Efeitos sistémicos:** Brimica Genuair deve ser utilizado com precaução em doentes com doenças cardiovasculares graves, doenças convulsivas, tireoideopatia e feocromocitoma. Poderão observar-se efeitos metabólicos de hiperglicémia e hipocalcémia com doses elevadas de agonistas β<sub>2</sub>-adrenérgicos. Normalmente, a hipocalcémia é transitória, não exigindo suplementação. Em doentes com DPOC grave, a hipocalcémia poderá ser potenciada pela hipoxia e pelo tratamento concomitante. A hipocalcémia aumenta a susceptibilidade para arritmias cardíacas. Devido à sua atividade anticolinérgica, Brimica Genuair deverá ser utilizado com precaução em doentes com hiperplasia da próstata sintomática, retenção urinária ou glaucoma de ângulo fechado (ainda que o contacto direto do medicamento com os olhos seja pouco provável). A xerostomia que tem sido observada com o tratamento anticolinérgico pode, a longo prazo, estar associada a cáries dentárias. Doentes com problemas hepáticos raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase ou malabsorção de glicose-galactose não devem tomar este medicamento. **Interações medicamentosas e outras formas de interação:** A coadministração de Brimica Genuair com outros medicamentos contendo anticolinérgicos e/ou agonistas β<sub>2</sub>-adrenérgicos de longa duração de ação não foi estudada, pelo que a mesma não é recomendada. O tratamento concomitante com derivados da metilxantina, esteróides ou diuréticos não poupadores de potássio poderá potenciar o possível efeito hipocalcémico dos agonistas β<sub>2</sub>-adrenérgicos, pelo que se recomenda precaução na sua utilização concomitante. Os bloqueadores β<sub>2</sub>-adrenérgicos podem atenuar ou antagonizar o efeito dos agonistas β<sub>2</sub>-adrenérgicos. Se forem necessários bloqueadores β<sub>2</sub>-adrenérgicos (incluindo colírios), dá-se preferência a bloqueadores beta-adrenérgicos cardioseletivos, embora também estes devam ser administrados com precaução. Brimica Genuair deverá ser administrado com precaução em doentes que estejam a ser tratados com medicamentos conhecidos por prolongar o intervalo QTc, tais como inibidores da monoaminoxidase, antidepressivos tricíclicos, anti-histamínicos ou macrolídeos, dado que a ação do formoterol, um componente de Brimica Genuair, no sistema cardiovascular poderá ser potenciada por estes medicamentos. Os medicamentos conhecidos por prolongar o intervalo QTc estão associados a um aumento do risco de arritmias ventriculares. **Efeitos indesejáveis:** As reações adversas mais frequentemente notificadas com Brimica Genuair foram rinofaringite (7,9%) e cefaleias (6,8%). **Frequentes:** Rinofaringite, infeção do trato urinário, sinusite, abscesso dentário, insónia, ansiedade, cefaleias, tonturas, tremor, tosse, diarreia, náuseas, xerostomia, mialgia, espasmos musculares, edema periférico e aumento da creatina fosfoquinase no sangue. **Pouco frequentes:** Hipocalcémia, hiperglicémia, agitação, disgeusia, visão turva, taquicardia, prolongamento do QTc no eletrocardiograma, palpitações, distúrbio, iritação da garganta, estomatite, erupção cutânea, prurido, retenção urinária e aumento da tensão arterial. **Raras:** Hipersensibilidade e broncospasmo, incluindo paradoxal. **Desconhecidas:** Anjoedema, reação anafilática. **Titular da Autorização de Introdução no Mercado (A.I.M.):** AstraZeneca AB, SE-151 85 Södertälje, Suécia. **Representante Local do Titular da A.I.M.:** A. Menarini Portugal - Farmacéutica, S.A., Quinta da Fonte, Edifício D. Manuel I, Piso 2 - A, Rua dos Malhões nº 1, 2770-071 Paço de Arcos, Portugal. Tel: +351 210 935 500

Informações revistas em Agosto de 2016. Para mais informações deverá contactar o representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado: A. Menarini Portugal - Farmacéutica, S.A. Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento comparticipado - Escalão B (Regime Geral 69%)

# Vacinas não causam autismo

Ciência prova, mais uma vez, que as vacinas não causam autismo. É o maior estudo alguma feito sobre o tema. Investigadores acompanharam mais de 600 mil crianças e não encontraram nenhuma relação entre a vacina tríplice viral e o autismo



**Andrew Wakefield médico que esteve por detrás da polémica veio, depois, retratar-se, ao admitir erros metodológicos na base das suas afirmações. Mas o mal já estava feito: o artigo causou pânico e afetou as taxas de vacinação em todo mundo.**

**U**m estudo de larga escala realizado na Dinamarca demonstra, uma vez mais, que não existe qualquer relação entre a vacina conjunta contra a rubéola, varicela e sarampo e o autismo. O trabalho é o maior alguma vez realizado sobre o tema e foi publicado este mês no *Annals of Internal Medicine*.

Foi em 1998 que surgiu a tese de que esta vacina tríplice poderia causar autismo. A hipótese foi avançada num artigo de Andrew Wakefield no *The Lancet* e, desde aí, tem ganho adeptos um pouco por todo o mundo mas em particular nos Estados Unidos. Wakefield veio, depois,

retratar-se, ao admitir erros metodológicos na base das suas afirmações. Mas o mal já estava feito: o artigo causou pânico e afetou as taxas de vacinação em todo mundo.

Muitos especialistas insurgiram-se contra a tese e vários estudos têm vindo a provar a sua falsidade. Contudo, ainda não tinha surgido nenhum com a dimensão do que foi levado a cabo agora na Dinamarca. Os investigadores acompanharam a evolução de 657 461 crianças nascidas na Dinamarca entre 1999 e 2010 e seguiram-nas até agosto de 2013. Em todos os casos foi tido em conta se foram ou não vacinadas, se tinham algum familiar

diagnosticado com autismo ou se tinham algum outro fator de risco. 6517 crianças foram diagnosticadas com autismo, uma incidência de 129,7 por cada 100 mil habitantes. Não se verificou nenhuma diferença entre as crianças vacinadas e as não vacinadas. “O estudo prova incondicionalmente que a vacinação tríplice viral não aumenta o risco de autismo, não desencadeia o autismo em crianças suscetíveis e não está associada a casos de autismo após a vacinação”, garantem os autores do estudo.

As estimativas variam mas calcula-se que uma em cada 160 crianças sejam afetadas por esta doença.

## Confirmados 20 casos de sarampo em Macau desde o início do ano

Em 2018, foram detetados cinco casos de sarampo no território durante todo o ano.

**E**m comunicado, os Serviços de Saúde do antigo território sob administração portuguesa, informaram que desde o início de 2019 já foram registados “sete casos importados e 13 casos relacionados com sarampo importado”, um aumento significativo face ao ano transato.

No entanto, devido ao surto de sarampo em regiões vizinhas, a situação em Macau será este ano “potencialmente mais grave do que em anos anteriores”, admitiram as autoridades, numa conferência de imprensa realizada na passada quarta-feira. Só nas Filipinas, em fevereiro,



tinham sido identificados mais de quatro mil casos e 70 mortos devido ao surto do sarampo.

No comunicado divulgado esta segunda-feira, os Serviços de Saúde voltaram a apelar à vacinação e asseguraram que vão

“fortalecer o nível imunitário dos profissionais que estabelecem contacto com o público”.

“Em breve, os Serviços de Saúde irão proceder à vacinação contra o sarampo de trabalhadores que não foram vacinados, e que exercem

funções no aeroporto internacional de Macau, nos terminais marítimos, no Corpo de Bombeiros, (...) entre outros serviços”, lê-se.

Na semana passada, o coordenador do Centro de Prevenção e Controlo da Doença dos Serviços de Saúde disse acreditar que a situação “ainda é controlável”, pelo que “não existem razões para que a acreditação [de erradicação da doença] seja retirada pela Organização Mundial da Saúde”, ainda que as autoridades sublinhem o “grande número de trabalhadores oriundos das Filipinas e do Vietname”, um cenário que aumenta o risco de casos importados.

SEMPRE CURIOSOS

# IMAGINE

## OS PRÓXIMOS 350 ANOS

### CURIOSIDADE PARA A VIDA

Dizem que 350 anos é muito tempo.  
Para nós demonstra há quanto tempo assumimos  
o nosso compromisso de ajudar a **criar, prolongar  
e melhorar as vidas dos doentes.**

Reconhecidos como uma **empresa de ciência  
e tecnologia**, acreditamos que todos, em qualquer  
parte do mundo, têm o direito de aceder  
às melhores soluções terapêuticas.

Durante 350 anos colocámos a **CURIOSIDADE**  
ao serviço do progresso da ciência.  
Não nos leve a mal se **conseguimos  
imaginar os próximos 350.**



MERCK

# Médicos testam nova técnica de ressonância magnética em doentes com cancro do reto

Cientistas e médicos do Centro Champalimaud testaram com êxito uma nova técnica que permite determinar com precisão, antes de uma cirurgia, se os gânglios linfáticos de doentes com cancro do reto foram afetados.



**A** técnica, descrita num artigo publicado na revista da especialidade Cancer Research, poderá ajudar os médicos a definirem a estratégia de tratamento dos doentes, mais adequada, nomeadamente selecionar melhor os doentes que beneficiam mais de radioterapia ou quimioterapia antes da remoção cirúrgica do tumor.

A nova tecnologia de imagiologia por ressonância magnética foi testada no cancro do reto, mas, eventualmente, pode ser usada para determinar a malignidade dos gânglios linfáticos noutros tumores, como o da mama, de acordo com os autores do artigo. Os gânglios linfáticos envolvidos no cancro apresentam células malignas grandes e compactas. No caso do cancro do reto, o

estado dos gânglios linfáticos no mesorreto (tecido que envolve o reto) é considerado um importante indicador de prognóstico dos doentes.

Contudo, atualmente, com as técnicas de imagem em vigor na prática clínica, o conhecimento do estado dos gânglios linfáticos dos doentes com cancro do reto antes da cirurgia “é limitado”, assinala a primeira autora do artigo, Inês Santiago, citada em comunicado pela Fundação Champalimaud. Segundo a radiologista, “a tomada de decisão” dos médicos sobre a prescrição de radioterapia ou quimioterapia antes da cirurgia para remover o tumor, o reto e o mesorreto “baseia-se em grande parte noutras características do tumor”.

Inês Santiago descreveu à Lusa

que a nova técnica “permite extrair parâmetros” que “classificam os gânglios com uma acuidade superior” à das técnicas convencionais, ao “aumentar a sensibilidade” das células a “pequenas perturbações do campo magnético”.

Na prática, a técnica permite visualizar a assinatura magnética dos gânglios linfáticos, diferenciando os que são benignos (que apresentam células pequenas e não muito densas) dos que são malignos.

A equipa de cientistas e médicos do Centro Champalimaud, em Lisboa, testou a nova técnica de ressonância magnética em fragmentos de gânglios extraídos de doentes com cancro do reto operados, tendo confirmado os dados com os

resultados obtidos nos exames patológicos.

Depois, aplicou a técnica a doentes antes de serem operados, adaptando-a a ‘scanners’ convencionais, que têm um campo magnético mais fraco, e voltou a confirmar os dados com os exames patológicos feitos após a cirurgia.

Num próximo passo, o grupo, que inclui especialistas em ressonância magnética e análise de imagem, pretende validar a técnica em mais doentes com cancro do reto e com outros tumores, testar um campo magnético mais forte e estender a aplicação experimental da técnica a instituições com equipamentos diferentes dos que são utilizados no Centro Champalimaud.

**LUSA/SO**



20 anos de experiência  
na esclerose múltipla\*

**Rebif**<sup>®</sup>  
(interferão beta-1a)  
injeção sc

**Informações essenciais compatíveis com o RCM. Rebif 22 microgramas/0,5 ml solução injetável em cartucho:** Cada cartucho pré-cheio contém 66 microgramas (18 MUI) de interferão beta-1a. **Rebif 44 microgramas/0,5 ml solução injetável em cartucho:** Cada cartucho pré-cheio contém 132 microgramas (36 MUI) de interferão beta-1a. **Rebif 22 microgramas solução injetável numa caneta pré-cheia:** Cada caneta pré-cheia (0,5 ml) contém 22 microgramas (6 MUI) de interferão beta-1a. **Rebif 44 microgramas solução injetável numa caneta pré-cheia:** Cada caneta pré-cheia (0,5 ml) contém 44 microgramas (12 MUI) de interferão beta-1a. **Indicações terapêuticas** Rebif está indicado no tratamento de: doentes com um único acontecimento desmielinizante com um processo inflamatório ativo, se tiverem sido excluídos diagnósticos alternativos e se tiver sido determinado que estão em alto risco de desenvolverem uma esclerose múltipla clinicamente definida – indicação para o Rebif 44 microgramas e para o Rebif 8,8 microgramas + 22 microgramas; doentes com esclerose múltipla recidivante. Em ensaios clínicos, esta foi caracterizada por dois ou mais surtos no precedente período de dois anos – indicação para todas as dosagens de Rebif. Não está confirmada a eficácia em doentes com esclerose múltipla secundária progressiva sem atividade, isto é, sem surtos. **Posologia e modo de administração** Primeiro acontecimento desmielinizante: A posologia para doentes que tiveram o seu primeiro acontecimento desmielinizante é de 44 microgramas de Rebif administrados três vezes por semana por injeção subcutânea. **Esclerose múltipla recidivante:** A posologia recomendada de Rebif é de 44 microgramas, três vezes por semana, por injeção subcutânea. Nos doentes que não podem tolerar a dose mais elevada, recomenda-se a administração de uma dose mais baixa de 22 microgramas três vezes por semana, por injeção subcutânea, de acordo com o critério do médico especialista. Quando se inicia o tratamento com Rebif, a dose deve ser escalada gradualmente a fim de permitir o desenvolvimento de taquiflaxia, reduzindo assim as reações adversas. **População pediátrica:** Um estudo retrospectivo em coorte pediátrico sugere que o perfil de segurança em crianças e em adolescentes é similar ao que é observado nos adultos. A segurança e eficácia de Rebif em crianças com menos de 2 anos de idade não foram ainda estabelecidas. Rebif não deve ser utilizado neste grupo etário. **Contraindicações** Início do tratamento na gravidez. Hipersensibilidade ao interferão-beta natural ou recombinante, ou a qualquer um dos excipientes. Depressão grave e/ou ideação suicida atuais. **Interações medicamentosas e outras formas de interação** Deve ter-se cuidado quando se administra Rebif em combinação com medicamentos que têm uma estreita margem terapêutica e cuja depuração depende amplamente do sistema do citocromo hepático P450. **Efeitos indesejáveis** A incidência mais elevada de reações adversas associadas à terapêutica com Rebif está relacionada com a síndrome gripal. Aproximadamente 30% dos doentes pode também apresentar reações no local da injeção. Elevações assintomáticas nos parâmetros laboratoriais da função hepática e diminuição na contagem leucoditária também são frequentes. A maioria das reações adversas observadas com o interferão beta-1a é habitualmente ligeira e reversível e responde com a redução da dose. **Muito frequentes:** neutropenia, linfopenia, leucopenia, trombocitopenia, anemia, cefaleia, inflamação no local da injeção, reação no local da injeção, sintomas gripais, elevação assintomática das transaminases. **Frequentes:** depressão, insónia, diarreia, vômitos, náuseas, prurido, erupção cutânea, erupção cutânea entomatoxica, erupção maculo-papulosa, alopecia\*, mialgias, artralgias, dor no local da injeção, fadiga, cistites, febre, elevações graves das transaminases. **Pouco frequentes:** abscesso no local de injeção, disfunção da tiroide, hepatite com ou sem icterícia\*, convulsões\*, alterações retino-vasculares\*, acontecimentos tromboembólicos\*, dispnéia\*, urticária\*, necrose no local da injeção, massa no local da injeção, infeções no local da injeção\* e aumento da sudorese\*. **Raros:** Microangiopatia trombótica incluindo púrpura trombocitopénica trombótica/síndrome hemolítica urémica\* (classificação para medicamentos contendo interferão-beta), pancitopenia\*, reações anafiláticas\*, insuficiência hepática\*, hepatite autoimune\*, tentativa de suicídio\*, edema de Quincke\*, eritema multiforme\*, reações cutâneas do tipo eritema multiforme\*, síndrome de Stevens-Johnson\*, lúpus eritematoso induzido por fármacos\*, celulite no local da injeção\*, síndrome nefrótica\*, glomerulosclerose\*. **Frequência desconhecida (não pode ser calculada a partir dos dados disponíveis):** sintomas neurológicos passageiros que podem parecer exacerbações de esclerose múltipla\*, hipertensão arterial pulmonar\*. *Um asterisco (\*) indica reações adversas identificadas durante a vigilância pós-comercialização* **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO** Merck Serono Europe Limited 56, Marsh Wall, London E14 9TP Reino Unido **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** 12/2017 **Medicamento sujeito a receita médica restrita de utilização reservada a certos meios especializados. Comparticipado a 100% pelo Despacho nº 11728/2004 (2ª série), de 17 de Maio. Para mais informações deverá contactar o representante local do titular da autorização de introdução no mercado.**

\* Decisão de Comissão Europeia, 4 maio 1998

LUIZ TOLEDO, CIRURGIÃO PLÁSTICO

# “A boa cirurgia plástica é invisível”

Apesar de ser um mercado em crescimento no nosso país, a cirurgia plástica é um setor que ainda tem associados alguns mitos. Luiz Toledo, especialista em cirurgia plástica e estética, ajuda a clarificar estes mitos.

## Qual é o maior mito associado à cirurgia plástica?

Talvez o maior mito, e simultaneamente o desejo de muitas mulheres que passam por este processo, são os resultados imediatos. Na rinoplastia, por exemplo, no segundo mês é possível ver 90% dos resultados, mas só se pode considerar o resultado final após 18 meses. Na cirurgia de aumento mamário, este período passa para seis meses. Apesar de cada cirurgia ter prazos diferentes, os resultados nunca são imediatos.

## Toda a gente deve notar uma cirurgia plástica?

Eu costumo dizer que a boa cirurgia plástica é invisível. Há muita gente que acha que certas pessoas envelhecem muito bem naturalmente, no entanto, essas pessoas vão antes fazendo tratamentos de manutenção, de forma a evitar grandes procedimentos e grandes mudanças na fisionomia.

## Algumas mulheres receiam que, se colocarem botox, não vão conseguir mexer a cara...

Os injetáveis, como botox ou ácido hialurônico, criam um look natural e fresco, não sendo óbvio que a pessoa fez este tipo de tratamento. Quando administrados por um profissional, dão melhorias subtis, que promovem o ar jovial. Estes procedimentos apenas devem ser efetuados por um cirurgião plástico.

## As cicatrizes são inevitáveis?

As cicatrizes dependem sempre do procedimento; no entanto, muitas vezes os doentes têm percepções erradas sobre a quantidade de cicatrizes que irão ter. A cirurgia será sempre planeada de forma a deixar o mínimo de cicatriz possível. Apesar de se notar mais ao início, a partir do terceiro mês até o 18.º



a cicatriz fica da cor da pele, o que faz com que fique bastante menos perceptível.

## É necessário passar a primeira noite na clínica?

Vários doentes têm receio de passar a noite na clínica ou hospital onde fazem a cirurgia, querendo imediatamente o conforto das suas casas; no entanto, passar a primeira noite pós-cirurgia num local com profissionais de saúde é bastante mais seguro. Há exceções a esta regra, em que o doente pode ir para casa no próprio dia, mas deve ser o médico a aconselhar cada caso individualmente.

## A anestesia geral é muito pesada?

Na realidade, a cirurgia plástica efetuada com recurso a anestesia geral é um procedimento mais seguro do que com qualquer outro tipo de sedação. O anestesista está presente durante toda a duração da cirurgia, e

é usada menos quantidade de sedativo no doente.

## Qual é a percentagem de homens que fazem cirurgia plástica?

Os homens já representam cerca de 20% dos meus clientes. As cirurgias mais procuradas são lipoaspiração (principalmente para tratar a barriga, e a ginecomastia, ou mama masculina), e tratamentos de rejuvenescimento. São procedimentos feitos com o objetivo de parecer mais energéticos, dinâmicos, para se sentirem mais confiantes e também para conseguirem competir no mercado de trabalho.

A cirurgia plástica é uma excelente forma de tratar algo com que a pessoa se sente incomodada, seja por motivos estéticos ou funcionais. Ajuda ainda a manter a aparência jovem, e prevenir sinais de envelhecimento, ao fazer manutenção antes dos primeiros sinais aparecerem.

# Cancro: tratamentos inovadores provocam menos efeitos secundários

Tanto a hipertermia como a radioterapia estereotáxica já chegaram a Portugal. Em entrevista ao SaúdeOnline, o radioncologista Paulo Costa explica em que consistem estes tratamentos



A hipertermia é um dos tratamentos inovadores. Consiste no aquecimento “do volume tumoral até temperaturas que despertem um efeito antineoplásico” destruindo as células cancerígenas, explica o médico radio-oncologista Paulo Costa.



“Atingem-se temperaturas elevadas sem provocar danos nos tecidos normais, só nas células tumorais”, explica o oncologista António Moreira Pinto



O tratamento do cancro tem evoluído bastante nos últimos anos. Não só se têm melhorado as soluções já existentes (quimioterapia, radioterapia) como têm surgido novas opções terapêuticas. No último sábado, em Lisboa, uma série de especialistas reuniu-se no encontro “Novos Desafios em Oncologia” para debater os avanços científicos na área da radio-oncologia.

A hipertermia foi um dos tratamentos inovadores abordados no encontro. Este novo método é utilizado em tumores malignos e consiste no aquecimento “do volume tumoral até temperaturas que despertem um efeito antineoplásico”, ou seja, até temperaturas (entre os 39 e os 45 graus) que destruam as células cancerígenas, explica o médico radio-oncologista Paulo Costa.

Habitualmente utilizada em combinação com a quimioterapia e

a radioterapia, esta técnica também pode ser usada de forma isolada em situações de controlo da dor e de cuidados paliativos. “É já hoje parte integrante de várias guidelines internacionais de tratamento oncológico, de entre as quais se destaca o cancro da mama”, diz o especialista, acrescentando que “é uma terapêutica extremamente segura e desprovida de efeitos colaterais”.

Estão já publicados vários estudos que atestam a eficácia desta técnica, não só no cancro da mama mas também no do pescoço e cancro do colo do útero. O hospital CUF Porto, o primeiro em Portugal aplicar a técnica, adquiriu dois equipamentos: um para hipertermia local e outro para geral. “Nas duas máquinas atingem-se temperaturas elevadas sem provocar danos nos tecidos normais, só nas células tumorais”, contou ao Correio da Manhã o oncologista António Moreira Pinto.

É um tratamento indolor e não-invasivo. É aplicado por via externa recorrendo a dois elétrodos ajustáveis e com modulação de frequência. Em doentes com cancro metastizado, esta terapia já produz taxas de resposta positivas a rondar os 60%.

Em Portugal há cerca de sete anos, a radioterapia estereotáxica destaca-se também pelo facto de apresentar uma “diminuição marcada das toxicidades”, como explica o médico Paulo Costa. Esta técnica é um “tratamento de radioterapia de elevada precisão realizado por um sistema de coordenadas estereotáxicas”. É também um tratamento não-invasivo, que envolve a administração de altas doses de radiação a uma determinada região do corpo: pulmões, fígado, pâncreas, rins. Está indicado para tumores pequenos e bem definidos que possam ser visualizados em exames de imagem. ❤

**Tiago Caeiro**

DR. HIPÓLITO REIS

# Como um “envelope bacteriano” pode salvar vidas

As infeções em doentes que colocam dispositivos eletrónicos cardíacos têm vindo a aumentar nos últimos anos. Em entrevista ao Saúde Online, o médico cardiologista Hipólito Reis explica as potencialidades do envelope bacteriano, um método que previne a infeção e que já chegou a Portugal.

## Saúde Online (SO) | Quais os principais riscos resultantes da implantação de um dispositivo eletrónico cardíaco?

Dr. Hipólito Reis (HR) | Os dispositivos cardíacos eletrónicos implantáveis (DCEI), grupo que engloba os pacemakers, os cardioversores-desfibriladores implantáveis, os sistemas de ressincronização cardíaca e os detetores de eventos subcutâneos, têm vindo a ocupar um papel de destaque no tratamento e monitorização das arritmias, permitindo melhorar a qualidade de vida dos doentes, a estabilização clínica e em muitos casos a sua sobrevivência.

Com a utilização crescente destes aparelhos, associada a alguns fatores como o envelhecimento da população, bem como ao aumento das comorbilidades, tem-se assistido, em paralelo, a um aumento das complicações, sendo a infeção associada aos DCEI uma das mais temidas, pois para além de estar relacionada com uma morbilidade e mortalidade significativas, representa um impacto económico relevante, devido aos internamentos prolongados e à necessidade quase sempre da explantação de todo o sistema.

## Qual é probabilidade de um doente em que foi colocado um implante vir a desenvolver uma infeção? O risco varia consoante o tipo de dispositivo?

O risco de desenvolvimento de infeção está calculado em 1 – 4% dos casos, sendo diferente em relação aos diversos aparelhos,

menor para os pacemakers, maior para os cardioversores desfibriladores implantáveis (CDI's) e, ainda, mais prevalente nos sistemas de ressincronização cardíaca – procedimentos mais complexos e mais demorados.

Também está comprovado maior risco de infeção para as situações de substituição de gerador ou de qualquer revisão cirúrgica.

## Como se tratam infeções deste tipo?

As infeções constituem situações graves que obrigam quase sempre a um internamento hospitalar, com necessidade de tratamentos prolongados com antibióticos endovenosos e, na maioria dos casos, à extração de todo o sistema (gerador e elétrodos) que constitui um procedimento complexo, com risco muito significativo para o doente.

## Quais as consequências de uma infeção para o doente? Uma infeção reduz o risco de sucesso do implante ou não tem influência?

Como foi explicada a infeção coloca em causa a terapêutica, obrigando muitas vezes a modificar a estratégia da aplicação do dispositivo que, em alguns casos, passa mesmo pela cirurgia, quer para extração do aparelho, quer para colocação do novo sistema, por vezes com soluções menos apropriadas para a situação clínica.

## A colocação destes dispositivos cardíacos tem vindo a aumentar, bem como as infeções associadas?

«A utilização deste envelope pode reduzir as infeções relacionadas com o procedimento de forma muito significativa, em 61-100%, sem aumentar o risco de outras complicações»



Sim, observa-se um volume crescente de implantações de todos estes aparelhos, que acompanha o envelhecimento da população, o melhor diagnóstico e a expansão das indicações para a sua utilização.

Associado a este maior volume de dispositivos tem-se vindo a constatar um maior número de infeções, dada a maior complexidade dos aparelhos e das características dos doentes tratados.

**O que pode levar ao aparecimento da infeção? Quais os fatores de risco?**

Existem vários fatores que podem levar ao aumento do risco de infeção e que estão relacionados quer com o doente, como por exemplo doentes imunodeprimidos, com doença renal crónica, diabéticos, ou a fazer terapêuticas anti-trombóticas (os hematomas aumentam cerca de 15 vezes o risco de infeção), quer com o tipo de cirurgia – procedimentos mais complexos, nomeadamente nos mais prolongados, uma vez que maior tempo significa maior risco de complicação.

**Em que consiste o ‘envelope bacteriano’, que foi avaliado através do estudo WRAP-IT, apresentado no congresso da European Heart Rhythm Association (EHRA) 2019?**

Trata-se de um dispositivo médico constituído por uma rede de polímero que está impregnado com antibióticos (minociclina e rifampicina), que são libertados de forma lenta, pelo menos duramente 7 dias e cuja estrutura é completamente reabsorvida pelo organismo num período de até 9 semanas. Tem a forma de um envelope e vai envolver quer o gerador quer a porção restantes dos eléctrodos na loca, ajudando também a estabilizar o dispositivo.

**Quais as potencialidades deste envelope para prevenir infeções? Esta solução já está a ser utilizada em Portugal?**

A utilização deste envelope pode reduzir as infeções relacionadas com o procedimento de forma muito significativa, em 61-100%, sem aumentar o risco de outras complicações, conforme demonstrado pelo Estudo WRAP-IT. Esta solução já está disponível em Portugal, que também participou neste estudo com 2 Centros, e na sequência dos excelentes resultados pode ser expectável uma utilização regular em casos selecionados. ❤️

**Tiago Caeiro**

# Colonoscopias de rastreio vão ser investigadas

“Não é verdade que as colonoscopias de rastreio sejam pagas aos hospitais por um valor superior às realizadas na atividade normal”, desmente Nuno Miranda



O diretor do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, Nuno Miranda, desmente a acusação: “não é verdade que as colonoscopias de rastreio sejam pagas aos hospitais por um valor superior às realizadas na atividade normal”, assegura.

A Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia acusou os hospitais e institutos de oncologia públicos de estarem a colocar o lucro à frente da saúde dos pacientes, porque doentes que estão a aguardar exames ao colón e ao reto estão a ser ultrapassados por utentes que vão fazer colonoscopias de rastreio. À margem de uma sessão no Instituto Português do Sangue e Transplantação, em Coimbra, a ministra da saúde disse que vai “determinar que a ERS faça uma apreciação dessa denúncia, porque é muito preocupante”. A governante frisou que é necessário “perceber se há ou não casos que suscitem esse comentário ou, se porventura, não tem

fundo de verdade e não merece preocupação”.

“De qualquer forma, quando falamos de discriminação nos tratamentos em função de razões financeiras há, pelo menos, duas tipologias de considerações que se levantam, de natureza ética e deontológica, e essas têm como sede própria a Ordem dos Médicos, e depois considerações de avaliação ao nível dos direitos de acesso dos doentes, e essas também têm uma sede que é a ERS”, sublinhou.

As situações denunciadas recentemente “têm de ter esses dois enquadramentos e o ministro saúde tem necessariamente de encaminhar essas denúncias para essas”, acrescentou Marta Temido.

Em comunicado enviado à agência Lusa, o diretor do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, Nuno Miranda, referiu que “não é verdade que as colonoscopias de rastreio sejam pagas aos hospitais por um valor superior às realizadas na atividade normal”.

“Esta afirmação revela uma completa ignorância sobre o financiamento dos hospitais, já que os exames, em atividade normal, não são faturáveis”, lê-se no documento.

O responsável refere que, no programa de rastreio, “existe de facto um financiamento por doente, que foi criado para os hospitais poderem acomodar esta atividade extra”.

## Transplante de órgãos em Portugal diminuiu em 2018

Segundo a coordenadora nacional de transplantação, Ana França, em 2018 foram colhidos 976 órgãos e realizaram-se 757 transplantes, menos 102 do que em 2017.



Vale a pena sublinhar que Portugal continua a ser o segundo país com melhores resultados nesta área”, sublinha a Ministra da Saúde, Marta Temido

Na apresentação da atividade de doação e transplantação de órgãos, tecidos e células, a responsável salientou que no ano passado o tempo de espera para um doente ser transplantado diminuiu 3% e o que número de óbitos de doentes à espera de transplante diminuiu 2,9%, o que considerou “um dos valores mais baixos a nível internacional”. Em 31 de dezembro existiam 2.186 pessoas à espera de um transplante, a maioria de rins. Segundo Ana França, 53% das pessoas que aguardam por um rim são transplantadas em menos de dois anos. A ministra da Saúde, Marta Temido, que participou na sessão, sublinhou que “os resultados apresentados mostram bem que

Portugal continua a ter uma posição cimeira relativamente à transplantação. Vale a pena sublinhar que Portugal continua a ser o segundo país com melhores resultados nesta área”.

Numa análise às causas da diminuição do número de transplantes, Marta Temido disse que o país não deixa de se “ressentir daquilo que é a tendência generalizada para o envelhecimento da população e, portanto, de alguma forma, de dadores com mais idade e menor possibilidade de doação”.

“Por outro lado, também se regista alguma evolução terapêutica em algumas áreas, como a hepatite C ou mesmo a paramidolose, que têm conduzido a uma menor necessidade [de transplantação], e estas serão as duas prováveis causas

para estes números”, referiu.

“Existem novos desafios, novas possibilidades de transplantação, novas técnicas, novas realidades, e é isso que temos de adotar se queremos continuar na vanguarda e a salvar vidas graças a estes progressos”, adiantou.

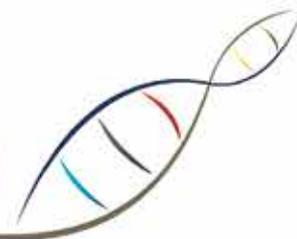
A ministra da Saúde disse ainda que merece “atenção e reflexão” o diferente desempenho dos vários hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde relativamente aos seus resultados de doação de órgãos.

“Não deixa de motivar a maior reflexão, verificarmos que, por exemplo, os hospitais mais de fim de linha, como os universitários, tenham resultados muito assimétricos”, sublinhou.

LUSA/SO



# Bial AWARD



IN BIOMEDICINE 2019

## BIAL Award in Biomedicine 2019 - €300.000

Visa galardoar uma obra publicada a partir de 1 de janeiro de 2010, de índole biomédica, com tema livre, que represente um trabalho com resultados de grande qualidade e relevância científica.

Só podem ser candidatas as obras propostas pelos membros do Júri, pelos membros do Conselho Científico da Fundação BIAL, por anteriores premiados do Prémio BIAL e por Sociedades Científicas.

O Júri poderá convidar outras instituições científicas a apresentarem propostas.

**As propostas devem ser enviadas até 30 de junho de 2019 para [fundacao@bial.com](mailto:fundacao@bial.com)**

Regulamento e formulário disponíveis em [www.fundacaobial.com](http://www.fundacaobial.com)

### Júri

#### Presidente

Fernando Lopes da Silva

#### Vogais

*European Research Council*

Paola Bovolenta

Eva Kondorosi

*Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas*

Maria do Carmo Fonseca

Arsélio Pato de Carvalho

*European Medical Association*

Vincenzo Costigliola

Manuel Pais-Clemente

*Conselho Científico da Fundação BIAL*

Niels Birbaumer

Menno Witter

*Anteriores vencedores do Prémio BIAL*

Vladimir Hachinski

Peter St. George-Hyslop

*Revistas científicas*

Howard Bauchner - JAMA

Richard Horton - The Lancet

FUNDAÇÃO

**Bial**

Instituição de utilidade pública

COM O APOIO PATROCÍNIO  
DA SUA EXCELÊNCIA

