

ENTREVISTA | PROFESSORA DOUTORA FÁTIMA SEREJO

“80% dos casos de hepatite C poderiam ser tratados nos Centros de Saúde”

Em entrevista ao nosso jornal, a Professora Doutora Fátima Serejo do Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Santa Maria, responsável pela consulta de terapêutica antivírica, defende que cerca de 80% dos doentes poderiam ser tratados pelos respetivos médicos de família.



PÁG. 26

Uma década de experiência no tratamento médico dos miomas uterinos

Comemoram-se 10 anos em que a primeira mulher foi incluída no primeiro ensaio clínico de Fase III, com o objetivo de avaliar a utilização do Acetato de Ulipristal (UPA), como terapêutica médica no tratamento de miomas uterinos



PÁG. 16

ESPECIAL – ROTA DA SAÚDE

USF JOÃO SEMANA



UMA INICIATIVA



10 anos ao serviço do utente

Localizada mesmo em frente do Hospital Francisco Zagalo, em Ovar, a Unidade de Saúde Familiar (USF) João Semana alicerça-se numa equipa multiprofissional muito unida para a qual o “humanismo do João Semana” não deixa que os obstáculos que amiúde vão surgindo constituam entrave à prossecução do seu objetivo: “garantir qualidade de vida aos utentes”



PÁG. 10

NACIONAL | ANA RITA CAVACO

“Famílias de quem morreu à espera de cirurgia devem relatar os seus casos”

A Bastonária dos Enfermeiros entende que não se pode “fazer tábua rasa” do relatório do Tribunal de Contas de 2017 que indicava que cerca de 2.600 doentes tinham morrido enquanto aguardavam em lista de espera por uma cirurgia.

Presidente da República demarca-se de polémica das PPP

O Presidente da República escusou-se a comentar posições partidárias sobre o eventual fim das Parcerias Público Privadas (PPP) na saúde e remeteu uma decisão para quando receber do parlamento a proposta de Lei de Bases da Saúde. PÁG. 11



OPINIÃO | JOÃO ARAÚJO CORREIA O PESADELO DAS CAMAS EXTRA NOS SERVIÇOS DE MEDICINA INTERNA NA ÉPOCA DE INVERNO. Pág. 4



Pág. 14

CUIDADOS PRIMÁRIOS | INDEFINIÇÃO DE REGRAS NOS HORÁRIOS DAS USF MODELO B MANTÉM-SE IGAS levou já a cabo uma auditoria para averiguar os casos em que médicos estarão a receber quase mais 1800 euros mensais por um incremento de 9 horas semanais, que não cumprem. Diretores dos ACES esperam esclarecimentos superiores para agirem.



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.

Entrevista | Professora Doutora Fátima Serejo “80% dos casos de hepatite C poderiam ser tratados nos Centros de Saúde”

Em entrevista ao nosso jornal, a Professora Doutora Fátima Serejo do Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Santa Maria, responsável pela consulta de terapêutica antivírica, defende que cerca de 80% dos doentes poderiam ser tratados pelos respetivos médicos de família.



4 Opinião | João Araújo Correia

O pesadelo das camas extra nos Serviços de Medicina Interna na época de Inverno

6 Opinião | Luis Gouveia Andrade

Porque Faltam os Doentes às Consultas?...

8 Nacional | Médicos avançam para a greve se governo não ceder até 7 de maio

Os sindicatos médicos exigem resposta do Governo ao seu caderno reivindicativo até 07 de maio, afirmando que se isso não acontecer avançam para a greve.

10 Nacional | Isabel Galriça Neto: “Limpeza” em listas de espera fragiliza ministra da Saúde

A ministra “está com condições fragilizadas para desempenhar este cargo” e “deverá ir para além das desculpas esfarrapadas, de que isto é um processo burocrático”, defendeu a deputada do CDS-PP

14 Nacional | Indefinição de regras nos horários das USF modelo B mantém-se

16 Especial | Esmya: Uma década de experiência no tratamento médico dos miomas uterinos

Comemoram-se 10 anos em que a primeira mulher foi incluída no primeiro ensaio clínico de Fase III, com o objetivo de avaliar a utilização do Acetato de Ulipristal (UPA), como terapêutica médica no tratamento de miomas uterinos.

22 Nacional | Marta Temido diz que intervenções de dirigentes da OE justificam inspeção

24 Profissão | Sandra Carvalho

Esclerose Múltipla: “Alentejo está muito desprotegido”

26 Entrevista | Professora Doutora Fátima Serejo

“80% dos casos de hepatite C poderiam ser tratados nos Centros de Saúde”

30 Especial | USF João Semana 10 anos ao serviço do utente

Localizada mesmo em frente do Hospital Francisco Zagalo, em Ovar, a Unidade de Saúde Familiar (USF) João Semana alicerça-se numa equipa multiprofissional muito unida para a qual o “humanismo do João Semana” não deixa que os obstáculos que amiúde vão surgindo constituam entrave à prossecução do seu objetivo: “garantir qualidade de vida aos utentes”

34 Nacional | ‘Prémio FAZ Ciência 2019’ distingue Investigação de medicamento contra o cancro

A seleção do vencedor foi feita por uma Comissão de Avaliação composta por cinco reconhecidos especialistas nacionais na área da Imuno-Oncologia:

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

O pesadelo das camas extra nos Serviços de Medicina Interna na época de Inverno



João Araújo Correia
Médico Internista e Presidente
da Sociedade Portuguesa de
Medicina Interna

Para os Internistas portugueses, a carência de camas de internamento para os doentes que delas necessitam e que afluem ao Serviço de Urgência, aumenta bastante no Inverno. Começa em dezembro e prolonga-se até ao final de maio. Depois disso, ficamos nos 98 por cento de lotação do costume, sem qualquer capacidade de resposta a um acréscimo do afluxo.

A Sociedade Portuguesa de Medicina Interna realizou no dia 18 de fevereiro um inquérito aos Serviços de Medicina Interna, para conhecer em concreto o número de camas extra e de doentes com internamento concluído que tinham à sua responsabilidade nesse dia.

Responderam 78 Serviços de Medicina Interna de todo o

país, para um total de 103, o que corresponde a 76 por cento de respostas.

Todos os Serviços de Medicina Interna tinham taxa de ocupação de 100 por cento, da sua lotação base de 4.866 camas.

Verificou-se também que estes serviços tinham à sua responsabilidade mais 2.142 camas-extra (um aumento de 44 por cento), distribuídas da seguinte forma: 1.140 doentes internados noutros serviços do hospital, 841 doentes internados no Serviço de Urgência, e 161 doentes nos Serviços de Medicina Interna, acrescidos à sua lotação.

Esta é a primeira vez que podemos contabilizar este enorme acréscimo de trabalho a que os Internistas são submetidos num período nunca inferior a 3 meses (mais de 44 por cento),

que tem de ser contabilizado como produção adicional.

Também é muito revelador o grande número de doentes internados nos Serviços de Urgência (841), que tem sido o grande fator de demissão de muitos chefes de equipa de urgência por todo o país, muitas vezes confrontados com passagens de turno com mais de 100 doentes.

Não é possível continuar a esconder este problema sério, todos os anos repetido. Tem de haver um plano de resposta em cada hospital! Mas, embora possa e devam ser dadas respostas locais, são imprescindíveis diretivas nacionais, que garantam a equidade entre os hospitais, com qualidade e segurança no tratamento dos doentes.



Neurobion

50% das pessoas com diabetes podem estar em risco de desenvolver Neuropatia Diabética Periférica.¹



87,4%*

dos doentes que receberam a associação de vitaminas neurotróficas B1, B6 e B12** tiveram alívio dos sintomas da neuropatia.^{*** 2}



* 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 bicorvosos. 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 trigémino 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 de 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 sudação, taquicardia e reações cutâneas como prurido e urticária; doenças gastrointestinais - náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal; alterações 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, SA. **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. pflms online, July-Sept 2013. PPT-NEU-1711-0248(1)

OPINIÃO

Porque Faltam os Doentes às Consultas?...



Luis Gouveia Andrade
Médico Oftalmologista
Grupo Lusíadas Saúde
Director Geral da InfoCiência

Enquanto aguardo por uma consulta que não chega, aproveito para consultar o histórico desse (a) paciente na Clínica.

Entre 2010 e 2019, 76 actos clínicos marcados. Destes, 35 foram remarcados, anulados ou, pura e simplesmente, estão assinalados como falta. Portanto, dos 76 actos previstos, quase 50% não ocorreram.

E este não é o pior exemplo...

Aproveitando este tempo extra resultante de (mais) uma falta, dediquei-me a reflectir sobre o que leva alguns utentes a serem tão irregulares no cumprimento de compromissos que eles próprios procuram e calendarizam.

Nalguns casos, uma mesma consulta é marcada sucessivamente e nunca chega a acontecer.

Olhando para alguns números, um estudo realizado em 2016 nos Estados Unidos da América diz-me que a taxa de não comparências pode atingir os 20%, o que se traduz em milhões de dólares de perdas.

Verifica-se que este fenómeno tende a afectar mais as unidades de maior dimensão do que as clínicas mais pequenas ou os consultórios.

E, daquilo que me apercebo,

a realidade nacional não anda muito longe destes números.

Para lá do óbvio impacto financeiro destas não comparências, importa referir a perturbação nas agendas de marcações, os horários que ficam por preencher e os doentes que desejavam consulta para esse dia e essa hora e acabaram por a perder em detrimento de alguém que não chegou a comparecer.

De um modo global, os doentes mais jovens, aqueles com menos recursos financeiros e os que têm acesso a consultas e exames através de sistemas de saúde financiados pelo Estado são os que exibem taxas mais elevadas de ausências.

As razões mais frequentemente identificadas para estas faltas, tantas vezes nem sequer acompanhadas de um contacto ou de um aviso, são as seguintes:

- Razões logísticas, relacionadas com o trabalho, família, custos ou transporte.
- Barreiras emocionais, relacionadas com as emoções negativas que rodeiam a ida ao médico e que fazem o doente desistir mesmo depois de já ter calendarizado a consulta. Por vezes, no momento em que a consulta é solicitada existe um motivo clínico mais imediato que a justifica mas que, nos dias seguintes, se esbate e determina a falta.
- Percepção de desconsideração, o que significa que os doentes faltam por acharem que os médicos ou a Clínica não respeitam as suas opiniões sobre a sua saúde, as suas crenças pessoais e o seu tempo. Aqui encaixam-se, sobretudo, os longos tempos de espera entre a hora marcada e a hora real da consulta...
- Falta de compreensão sobre o sistema de marcações, ou seja,

muitos doentes não têm a noção de que, ao faltarem, afectam toda a dinâmica da actividade clínica e administrativa. Para algumas pessoas, faltar até é bom para os médicos por crerem que eles estão tão cheios nesse dia que até agradecem...

Como melhorar tudo isto?

Um ponto importante, central mesmo, será tornar todo o processo de marcação de uma consulta ou exame o mais simples e amigável possível.

Os call-centers carecem de aperfeiçoamentos vários, reduzindo o tempo de espera até que o atendimento telefónico ocorra, funcionando em horários mais alargados e oferecendo respostas eficazes e prontas às múltiplas questões que se colocam (horários, convenções, valores, etc.), o que implica um processo de formação constante.

As marcações online nem sempre são intuitivas e, com frequência, permitem marcações duplicadas para o mesmo dia, caso o utente tente mudar a hora de consulta, ou para dias diferentes, o que torna possível marcar uma mesma consulta para dias diferentes quando quem marca não sabe bem quando pode ir e, quando finalmente escolhe uma das datas, acaba por não cancelar as restantes.

Uma chamada alguns dias antes do evento programado permite reduções nas não comparências de 23% para 15%, o que é muito relevante. Trata-se de uma tarefa que consome tempo e dinheiro se for atribuída a um elemento da Clínica mas que actualmente pode ser automatizada.

Não menos importante é a excelência do serviço prestado. Um check-in profissional e eficiente, uma consulta realizada na hora

programada e um check-out breve são passos decisivos na retenção dos utentes.

É imperativo que o tempo perdido na recepção não seja superior ao tempo da consulta, como tantas vezes sucede, fazendo as pessoas sentirem o seu tempo verdadeiramente desperdiçado e desvalorizado.

Programar menores intervalos entre consultas também reduz a tendência para o esquecimento e para a falta.

Os doentes irão sempre faltar a consultas e a exames. Até mesmo a cirurgias.

Compete aos médicos e às administrações das instituições de saúde criarem os mecanismos necessários à geração de confiança, proximidade e de uma boa comunicação.

Para lá de todas as propostas aqui revistas, é importante sensibilizar as pessoas que, numa área como a saúde, a sua não comparência pode ter efeitos negativos para terceiros, privando-os ou retardando o seu acesso aos cuidados de saúde de que necessitam. E esse é um caminho ainda pouco explorado...

Entenderei sempre que alguém desista de uma consulta. Mais difícil é entender o silêncio e a ausência de aviso prévio.

Na saúde, como em tudo o resto, o respeito mútuo é crucial e apenas ele pode permitir a construção de melhores cuidados de saúde e de sociedades mais bem organizadas e eficientes.

Fica aqui o meu apelo a todos. Estimulado e iniciado num tempo de espera criado por uma falta a uma consulta. Ao menos, serviu para alguma coisa...

O autor escreve na grafia anterior ao acordo ortográfico de 1990 por decisão própria

D

um abraço
todos os dias

by VIGANTOL®

Porque as coisas boas
acontecem todos os dias

Apenas a toma diária de vitamina D
assegura concentrações séricas estáveis
de colecalciferol¹



Porque o sol nasce todos os dias

Informações essenciais compatíveis com o RCM - Vigantol 0,5 mg/ml solução oral, amarelada, límpida e oleosa. Cada ml (30 gotas) contém 0,5 mg colecalciferol (20.000 U.I. vitamina D3). **Indicações terapêuticas:** profilaxia do raquitismo e osteomalacia em crianças e adultos; profilaxia do raquitismo em recém-nascidos prematuros; profilaxia de deficiência em vitamina D em crianças e adultos com risco reconhecido; profilaxia de deficiência em Vitamina D em crianças e adultos com malabsorção, por exemplo, devido a doenças crônicas intestinais, cirrose biliar do fígado, ressecção gastrointestinal extensa; tratamento do raquitismo e osteomalacia em crianças e adultos; tratamento de suporte da osteoporose em adultos; tratamento do hipoparatiroidismo e pseudohipoparatiroidismo em adultos. **Posologia e modo de administração:** profilaxia do raquitismo nos lactentes: 1 gota/dia (667 UI vitamina D3); lactentes prematuros: 2 gotas/dia (1.334 UI vitamina D3). Os lactentes devem tomar da 2ª semana de vida até ao final do 1º ano. No 2º ano de vida são recomendadas doses adicionais, especialmente no inverno. Administrar numa colher cheia de leite ou de papa. Se as gotas forem adicionadas ao tiberão ou aos alimentos, garantir que os alimentos são ingeridos na totalidade para obter a dose completa. Tratamento do raquitismo e osteomalácia induzidos pela deficiência em vitamina D: 2-8 gotas/dia (1.334-5.336 UI vitamina D3). Continuar o tratamento por 1 ano. Tratamento de suporte na osteoporose: 2-5 gotas/dia (1.334-3.335 UI vitamina D3). Profilaxia no risco reconhecido de síndrome de deficiência em vitamina D: 1-2 gotas/dia (667-1.334 UI vitamina D3). Profilaxia dos sintomas de deficiência na malabsorção: 5-8 gotas/dia (3.335-5.336 UI vitamina D3). Tratamento do hipoparatiroidismo e pseudohipoparatiroidismo: 10.000-200.000 UI vitamina D/ dia. Dependendo dos valores séricos de cálcio, a dose é de 15-30 gotas/dia (10.005-20.010 UI vitamina D3). Se for necessário doses mais elevadas, administrar formas farmacêuticas com concentrações superiores. Determinar os valores de cálcio na urina e no sangue inicialmente a cada 4-6 semanas e, depois, a cada 3-6 meses, ajustando a dose conforme os valores. **Contraindicações:** não utilizar em caso de hipersensibilidade à substância ativa ou aos excipientes; hipercalcemia. **Advertências e precauções especiais de utilização:** no tratamento a longo prazo com dose diária > 1.000 UI vitamina D, monitorizar os valores séricos de cálcio. Usar de cuidados especiais em doentes tratados com derivados das benzotiadiazinas, com histona de cálculos renais, com sarcoidose devido a possível aumento da conversão da vitamina D no seu metabolito ativo durante a gravidez, a tomarem doses adicionais de vitamina D. Nos doentes com pseudohipoparatiroidismo ter atenção aos sinais de intoxicação e às fases de sensibilidade normal à vitamina D, o que reduz claramente as necessidades. No pseudohipoparatiroidismo após cirurgia à tireoide, assim que se observar recuperação da glândula paratiroide, deverá interromper-se a administração para evitar intoxicação. **Efeitos indesejáveis:** As frequências das reações adversas são desconhecidas porque não foram realizados ensaios clínicos de grandes dimensões. **Doenças GI:** obstipação, flatulência, náuseas, dor abdominal ou diarreia. **Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** reações de hipersensibilidade, como prurido, exantema ou urticária. **Doenças do metabolismo e da nutrição:** hipercalcemia e hipercalcinemia em casos de administração prolongada de doses elevadas. **Titular da AIM:** Merck, S.A. **Data da revisão do texto:** 11/2015. Medicamento sujeito a receita médica. Escalão de comparticipação, C. Para mais informação deverá contactar o Titular de Autorização de Introdução no Mercado.

1. Hollis BW, Wagner CL. Clinical review: The role of the parent compound vitamin D with respect to metabolism and function: Why clinical dose intervals can affect clinical outcomes. J Clin Endocrinol Metab 2013, 8(12): 4619-26.

Médicos ameaçam com greve nacional em junho

Reunião entre sindicatos e Ministério terminou sem acordo. Sindicato Independente dos Médicos (SIM) e FNAM avança com greve de um dia na última semana de junho.

Os sindicatos médicos ameaçam fazer uma greve nacional na última semana de junho, em dia ainda por decidir, alegando falta de respostas do Governo a um caderno reivindicativo com quatro anos, que inclui uma nova tabela salarial.

O anúncio da possível paralisação na última semana de junho, que decorrerá num só dia em data a definir, foi feito aos jornalistas, em Lisboa, pelos dirigentes do Sindicato Independente dos Médicos (SIM), Jorge Roque da Cunha, e da Federação Nacional dos Médicos (FNAM), João Proença, após uma reunião com a ministra da Saúde, Marta Temido, e a secretária de Estado da Saúde, Raquel Duarte.

Os sindicatos dizem-se “empurrados para a greve”, lembrando que as suas reivindicações, às quais alegam não ter resposta da parte do Governo, têm quatro anos.

Entre as principais reivindicações constam uma nova tabela salarial, adequada ao nível de responsabilidade dos médicos, o



Jorge Roque da Cunha, secretário-geral do SIM, avançou que a greve será “sempre depois das eleições europeias” e nunca “a uma segunda nem a uma sexta-feira”.

descongelamento dos vencimentos, os concursos atempados e a redução do número de horas nas urgências hospitalares.

À saída da reunião com Marta Temido, no passado dia 7 de Maio, o presidente da FNAM, João Proença revelou não ter havido “resposta ao nosso caderno reivindicativo que se arrasta desde



À saída da reunião com Marta Temido, no passado dia 7 de Maio, o presidente da FNAM, João Proença revelou não ter havido “resposta ao nosso caderno reivindicativo que se arrasta desde o início desta legislatura”.

o início desta legislatura”. Já Jorge Roque da Cunha, secretário-geral do SIM, afirmou que o processo negocial terminou “com uma mão cheia de nada”. “Apesar da paciência que temos tido, apesar dos apelos que temos feito, fomos empurrados para uma greve que não desejamos e que tentaremos que afete o menos possível os nossos

utentes”, disse ao PÚBLICO. Os órgãos nacionais dos dois sindicatos vão reunir-se no início de Junho e decidir, nessa altura, a data exata da paralisação nacional.

Sobre a data da greve, Jorge Roque da Cunha afirmou que “Vamos avançar com uma greve na última semana de junho”, indicando que o dia “será definido na primeira semana” desse mês. Assim, a greve será “sempre depois das eleições europeias” e nunca “a uma segunda nem a uma sexta-feira”, prometeu o secretário-geral do Sindicato Independente dos Médicos.

Para além da greve nacional, o secretário-geral do SIM, Roque da Cunha, admite a marcação de greves setoriais, que vão servir para “mostrar que há urgências que trabalham abaixo dos mínimos”.

Uma nova reunião das duas estruturas sindicais com o Ministério da Saúde ficou agendada para 7 de junho. Em maio de 2018 ocorreu uma greve nacional de médicos de três dias, convocada pelo SIM e pela FNAM. ❤

Processos disciplinares contra médicos mais do que duplicaram em 2018

Nem só queixas de médicos em relação a utentes se faz o dia-a-dia dos cuidados de saúde em Portugal. Só em 2018, a Inspeção Geral das Atividades em Saúde (IGAS) instaurou processos disciplinares a 17 médicos, num total de 19 profissionais de saúde, avança o jornal Público. Este valor representa uma subida de mais de 100% em comparação com 2017.

Para além dos 17 médicos, o Relatório de Actividades e Auto avaliação de 2018 da IGAS refere ainda a instauração de um processo a um enfermeiro e de outro a um técnico superior. Nos últimos dois anos (2017 e 2018), a prestação de cuidados de saúde

foi a principal razão para a abertura de processos disciplinares (13). Seguem-se a violação de deveres profissionais (dez casos), em que se inclui a “acumulação de funções, incompatibilidades e impedimentos e outros comportamentos eticamente censuráveis”. De

seguida, vêm a emissão de certificados de incapacidades temporárias ou permanentes (quatro), a gestão de sistemas de informação (um) e a gestão da segurança e saúde no trabalho (um).

Dos processos abertos em 2018, nove ainda estão a decorrer. Cinco

resultaram em sanções e outros cinco foram arquivados. Contudo, nos últimos dois anos, a suspensão de funções (a terceira penalização mais grave) só foi aplicada a dois médicos e a um técnico superior. ❤

Tiago Caeiro

“Limpeza” de listas de espera: Ministério demorou 6 meses a divulgar relatório

Ministério da Saúde manteve na gaveta um relatório que conclui que houve limpeza de doentes e mecanismos indevidos para marcar datas de cirurgias.

O grupo técnico independente foi criado em outubro de 2017 na sequência de um relatório do Tribunal de Contas que apontava várias falhas na gestão dos dados dos tempos de espera, incluindo a eliminação administrativa de doentes à espera de consulta.

Em resposta à agência Lusa, o Ministério da Saúde explica que o relatório foi entregue em agosto de 2018 ao então secretário de Estado Adjunto, Fernando Araújo, e recorda que a atual equipa ministerial entrou em funções a 15 de outubro.

“Relembrando a complexidade inerente a matérias que envolvem sistemas de informação, destaca-se a indispensável apreciação e análise do relatório, elaboração de um plano de ação com os organismos envolvidos e a implementação de uma série de



O polémico relatório foi entregue em agosto de 2018 ao então secretário de Estado Adjunto, Fernando Araújo

medidas e respetiva monitorização”, refere o gabinete da ministra Marta Temido em resposta à Lusa.

A agência Lusa pediu por diversas vezes acesso ao documento, quer à atual equipa ministerial quer à equipa anterior

liderava por Adalberto Campos Fernandes, que Marta Temido substituiu na pasta da Saúde.

Segundo fonte oficial, o Ministério da Saúde decidiu que vai disponibilizar o relatório no portal do SNS, “numa lógica de transparência que regula a intervenção governativa”.

O relatório do grupo técnico independente visa a gestão dos sistemas de listas de espera e em grande medida a atuação da Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS) nos anos de 2014 a 2016, sendo que nesse último ano o organismo era liderado pela atual ministra da Saúde.

O Ministério adianta que as recomendações do grupo técnico independente se encontram em curso e que foi desenvolvido “um plano global” para aplicar essas recomendações.

Esse plano pretende “agregar uma série de medidas que permitam harmonizar as práticas a nível nacional, otimizar os sistemas de informação e introduzir cada vez maior eficácia nos procedimentos associados à gestão do acesso ao SNS”.

O grupo técnico foi coordenado pelo bastonário da Ordem dos Médicos e integrou representantes dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, da Direção-Geral da Saúde, da Inspeção-geral das Atividades em Saúde, da Entidade Reguladora da Saúde, da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, de associações de doentes e da comunidade académica.

O representante da Associação dos Administradores Hospitalares era Francisco Ramos, atual secretário de Estado Adjunto e da Saúde. ❤

“É uma suspeição intolerável”, acusa ministra

Marta Temido repudiou “veementemente” que tenha havido doentes apagados ou eliminados das listas de espera “com uma intenção fraudulenta”.

O relatório de um grupo técnico independente criado pelo Governo, divulgado no início de abril, conclui que a Administração Central do Sistema de Saúde “limpou” doentes das listas de espera para consultas, numa altura em que era presidida pela atual ministra.

“A palavra eliminar parece fazer deduzir que os doentes foram



apagados com uma intenção fraudulenta e é isso que se repudia veementemente”, afirmou a ministra da Saúde.

Marta Temido rejeita qualquer manipulação de dados e “muito menos” que se tenha feito qualquer trabalho “com intenção” de mascarar os números. “O objetivo foi sempre ter informação mais fiável a partir de instrumentos que não foram pensados na origem

para dar informação do tipo que nós hoje queremos extrair deles”, indicou.

Exemplo disso é o sistema de consulta a tempo e horas que foi projetado e desenhado sem ter em conta informação que seria necessária dar aos utentes, a partir do momento em que se introduziu o livre acesso e circulação nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde. ❤

ISABEL GALRIÇA NETO

“Limpeza” em listas de espera fragiliza ministra da Saúde

“Isto não é gestão das listas de espera. Isto é uma forma que diz muito sobre quem está a gerir o SNS [Serviço Nacional de Saúde].”

A ministra “está com condições fragilizadas para desempenhar este cargo” e “deverá ir para além das desculpas esfarrapadas, de que isto é um processo burocrático”, afirmou a deputada do CDS-PP Isabel Galriça Neto à Lusa, num comentário ao relatório, sem, no entanto, sugerir cenários mais drásticos, como a demissão. A Administração do Sistema de Saúde “limpou” doentes das listas de espera para consultas, numa altura em que era presidida pela



atual ministra, e foram usados indevidamente mecanismos para alterar datas de inscrição de utentes para cirurgia.

Estas são conclusões do relatório, a que a Lusa hoje teve acesso, do grupo técnico independente criado pelo Governo em outubro de 2017 para avaliar os sistemas de gestão das listas de espera para consultas e cirurgias, após um relatório do Tribunal de Contas que apontava para a “eliminação administrativa” de utentes, “falseando os indicadores” que são divulgados.

Isabel Galriça Neto lembrou que “é o próprio grupo trabalho por ela nomeado” que conclui que “não é uma questão burocrática, é uma questão de eliminação, de nomes das listas de espera”. “Isto não é a gestão das listas de espera. Isto é uma forma que diz muito sobre quem está a gerir o SNS [Serviço Nacional de Saúde]. Não é seguramente nem profissionalismo, nem rigor, e isso deve preocupar os portugueses acerca de quem tem à frente o Ministério da Saúde”, acrescentou. ❤️

ANA RITA CAVACO

Famílias de quem morreu à espera de cirurgia devem relatar os seus casos

Em entrevista à agência Lusa, a bastonária da OE, Ana Rita Cavaco, entende que não se pode “fazer tábua rasa” do relatório do Tribunal de Contas de 2017 que indicava que cerca de 2.600 doentes tinham morrido

O debate em torno deste relatório de 2017 resurgiu na semana passada, depois de serem conhecidas as conclusões de um grupo técnico independente para avaliar os sistemas de gestão de listas de espera na saúde, grupo esse que, contudo, não se pronunciou sobre a questão das cirurgias canceladas por óbito dos doentes que aguardavam uma intervenção.

A bastonária lembra que logo em outubro de 2017, após o relatório do Tribunal de Contas, a OE pediu uma investigação ao Ministério Público sobre as 2.605 pessoas que morreram enquanto estavam em lista de espera, com o intuito de perceber se os óbitos ocorreram ou não por causa da



doença que motivava a cirurgia. No pedido feito ao Ministério Público, a OE dizia ser importante apurar “se existe ou não responsabilidade criminal da tutela”. A bastonária diz desconhecer

se foi aberto qualquer inquérito, mas reitera que seria importante que ele existisse.

“Como disse o bastonário da Ordem dos Médicos, tem de haver um contacto com estas

famílias para perceber se os doentes morreram ou não da condição que tinham e pela qual aguardavam a cirurgia. Aproveito para fazer um apelo às famílias dessas pessoas para efetivamente contarem o que aconteceu com estas pessoas. Até podem enviar à Ordem dos Enfermeiros, que reencaminharemos ao Ministério Público. Ou que enviem para a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, que foi tão célere a pôr em marcha o processo de sindicância [à Ordem]”, declara Ana Rita Cavaco.

A bastonária da OE insiste que “não pode haver simplesmente um desmentido da ministra” e assume até não confiar nos dados veiculados por Marta Temido. ❤️



BE reitera ter acordado com Governo fim de novas PPP na saúde

“Parecer-me-ia estranho um veto político do Presidente da República baseado em defender os hospitais privados deste país.

“Nenhum contrato que existe neste momento será posto em causa com a formulação acordada, o que acontece é que não haverá novas PPP. À medida que terminarem, fica o sistema sem PPP”, afirmou Catarina Martins, em declarações aos jornalistas no final de um encontro com a Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal (ACAPO), em Lisboa.

Na semana passada, o BE apresentou em conferência de imprensa propostas de alteração à Lei de Bases da Saúde que reclamou terem sido acordadas com o Governo, com o executivo a afirmar horas depois que “não fechou qualquer acordo com um partido em particular” nesta matéria.

“Não julgo que o Governo vá recuar, o BE está a apresentar na especialidade a última formulação do texto que chegou do próprio Governo”, salientou Catarina Martins.

Para a coordenadora do BE, o texto resultante da aproximação de posições com o executivo “é claro sobre as PPP na gestão de hospitais”: “Todas as unidades do SNS têm gestão pública e, portanto, as PPP que existem neste momento quando acabar o tempo contratual chegam ao fim e esses hospitais passam para gestão pública”, explicou.

Sobre a possibilidade de o

Presidente da República vetar uma nova Lei de Bases da Saúde que preveja o fim das PPP, noticiada pelo Expresso, a líder do BE disse preferir aguardar pela decisão de Marcelo Rebelo de Sousa quando o diploma sair do parlamento.

“Parecer-me-ia estranho um veto político do Presidente da República baseado em defender os hospitais privados deste país. A Assembleia da República tem toda a capacidade para fazer PPP ou acabar com elas”, defendeu.

Catarina Martins considerou que “as PPP não têm boa fama em Portugal porque têm falhado”, “ficam mais caras ao Estado e dão pior resposta”.

“Em Braga terminou o contrato e vai passar a haver gestão pública. Ficam Cascais, Loures e Vila Franca de Xira, quando os contratos chegarem ao fim, se a Lei de Bases for aprovada com esta formulação, acabam as PPP”, reiterou. Catarina Martins referiu que, apesar de não ter sido possível “um texto comum entre PS, BE e PCP”, “as negociações chegaram a bom porto” em outras matérias, além das PPP, como o fim das taxas moderadoras para alguns atos médicos, a valorização da dedicação exclusiva dos profissionais ao SNS e o princípio de que os privados não são concorrentes, mas supletivos do Serviço Nacional de Saúde. ❤️

Presidente da República demarca-se de polémica

O Presidente da República escusou-se hoje a comentar posições partidárias sobre o eventual fim das Parcerias Público Privadas (PPP) na saúde e remeteu uma decisão para quando receber do parlamento a proposta de Lei de Bases da Saúde.

“Eu respeito a posição de todos os partidos, cada partido defende, naturalmente, a sua dama, a sua posição, e aquilo que for votado na Assembleia da República há de chegar ao Presidente até julho e o Presidente nessa altura ponderará e tomará a decisão”, disse Marcelo Rebelo de Sousa aos jornalistas, em Beja, durante uma visita à feira agropecuária Ovibeja.

A Lei de Bases da Saúde “é uma matéria que está no parlamento e o parlamento decidirá e, quando chegar o diploma às mãos do Presidente, o Presidente decidirá”. Questionado pelos jornalistas sobre a acusação feita pela coordenadora do BE, Catarina Martins, de que o chefe de Estado está a fazer “pressão” para que se mantenham as PPP, Marcelo Rebelo de Sousa disse que “o Presidente não deve estar a comentar posições partidárias”, cada partido “tem” e “defende” a sua posição e é preciso “esperar para ver o que sai do debate na Assembleia da República”. “Não vou comentar aquilo que são as posições partidárias, que são perfeitamente legítimas, isso é que é a democracia, estamos na véspera do 25 de Abril, o 25 de Abril é feito desse pluralismo, e depois o Presidente, em consciência, de acordo com o que se sempre defendeu, decidirá”, acrescentou. O processo legislativo relativo à proposta de Lei de Bases da Saúde decorre na Assembleia da República, no âmbito do grupo de trabalho da Lei de Bases da Saúde e da comissão parlamentar de Saúde. Na terça-feira, Catarina Martins disse haver “pressão do Presidente da



República para que se mantenham as PPP” e “indefinição” do PS, que “parece não querer cumprir o acordo que foi feito pela própria ministra da Saúde e pelo próprio primeiro-ministro, para acabar com as PPP na área da saúde”. No dia 17 deste mês, o BE apresentou, como alterações à proposta da Lei de Bases da Saúde, os pontos acordados com o Governo, como o fim das PPP e de taxas moderadoras nos cuidados primários e nos atos prescritos por profissionais. No mesmo dia, o Governo, num esclarecimento enviado à agência Lusa pelo gabinete do secretário de Estado Adjunto e dos Assuntos Parlamentares, Duarte Cordeiro, garantiu que “não fechou qualquer acordo com um partido em particular, mas participou num processo com vista à convergência de posições políticas com os partidos que ativamente têm procurado construir uma nova Lei de Bases da Saúde, que proteja o Serviço Nacional de Saúde universal, público e tendencialmente gratuito”. O executivo liderado por António Costa esclareceu que a proposta apresentada pelo BE “corresponde, na generalidade, a uma versão de trabalho resultante das reuniões mantidas entre o Governo e os grupos parlamentares, e anteriormente validada pelo grupo parlamentar do PS”. ❤️

SKUDEXA[®]

Cloridrato de Tramadol + Dexcetoprofeno



Associação
de Dose Fixa
para dor
aguda moderada
a grave¹

**Analgesia multimodal eficaz e alívio rápido
da dor aguda num único comprimido²⁻⁴**



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 McGuay 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.
POSOLÓGIA: A dose recomendada é de um comprimido por dia. Se necessário, podem ser administradas doses adicionais com um intervalo mínimo de 8 horas.¹

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 estearilo. 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.

Indefinição de regras nos horários das USF modelo B mantém-se

IGAS levou já a cabo uma auditoria para averiguar os casos em que médicos estarão a receber quase mais 1800 euros mensais por um incremento de 9 horas semanais, que não cumprem. Diretores dos ACES esperam esclarecimentos superiores para agirem.

Pesem as muitas notícias sobre o assunto e uma auditoria já concluída, apontando para a necessidade de resolução do problema, o ajustamento dos horários das USF de Modelo B – nas quais a remuneração não só é sensível ao desempenho mas também à dimensão (ponderada) das listas de utentes contratualizadas pelos médicos (com o acréscimo de número de utentes tendo como contrapartida um acréscimo salarial significativo) esta questão ainda não está definida, apurou o nosso jornal junto de fontes próximas do processo.

“Não valido, ou deixo de validar horários de 35 horas aos profissionais destas USF, com 9 UC (Unidades de contratualização) de aumento de lista, enquanto não houverem esclarecimentos superiores sobre esta questão”, terá informado a diretora executiva de um agrupamento de centros de saúde (ACES) de Lisboa numa reunião com os coordenadores das USF de Modelo B do ACES.

Na sequência da notícia publicada pelo nosso jornal, de que na ARSLVT os profissionais destas USF de Modelo B teriam os seus horários validados pelos Diretores Executivos, sem incluir as nove horas extra pagas, foi ordenada uma auditoria às USF de modelo B para averiguar a situação no terreno, pelo então Secretário de Estado, Fernando Araújo, que depois se estendeu a todas as ARS. Auditoria que, de acordo com as mesmas fontes, terá confirmado amplamente, e a nível nacional, o teor da notícia.



Antecipando-se aos resultados da auditoria, o coordenador da Reforma dos Cuidados de Saúde primários, o médico Henrique Botelho, emitiu em Agosto passado um parecer/proposta que confirma que cada UC de aumento de lista corresponde à remuneração de uma hora de trabalho para além das 35 h e que os incrementos previstos na lei devem constar no horário de trabalho. Contudo esse parecer/proposta é ambíguo em relação ao valor do ajuste porque refere apenas que “se o desempenho no ano anterior for inferior a 50% em alguma das Subáreas da Contratualização, o incremento correspondente a cada UC deve aproximar-se do rácio 1 UC = 1

hora”. Uma indefinição que acabaria por remeter para o Conselho Geral da USF a decisão de qual o valor/tempo a atribuir a cada incremento, não se pronunciando sobre o que acontece nos casos em que a USF conseguiu mais do que 50% em todas as subáreas. E é precisamente sobre esta situação que se esperam esclarecimentos adicionais. Sabe-se, entretanto, que as USF que, em 2017, tiveram menos de 50% numa das subáreas continuaram com 35 horas.

É de salientar também que Equipa Regional de Apoio (ERA), responsável por garantir a operacionalização do modelo, já em 2013, numa sua nota interna, era clara ao definir que “os horários

são sempre feitos com base num horário de 40/ 42 horas semanais atendendo aos objetivos e metas exigidos para este tipo de modelo organizativo”.

A mesma nota informava que, no Modelo B, “não há horas destinadas à orientação de internos do internato complementar, dado haver suplemento para este tipo de atividade e que “as horas destinadas ao coordenador de uma USF Modelo B não são retiradas ao horário assistencial visto haver suplemento atribuído ao exercício dessa função”.

Direções à espera de “indicações superiores”

Como os leitores se recordarão,

há alguns meses atrás demos conta da denúncia de um médico de uma Unidade de Saúde Familiar de Modelo B, pioneira da Reforma, de que os médicos neste modelo recebem suplementos remuneratórios por acréscimo de número de utentes em lista, sem que, no entanto, os seus horários de trabalho se alterem em função desse acréscimo, como seria de supor e a lei obriga.

Em causa está o pagamento aos médicos destas unidades de uma contrapartida de 1.794 euros, correspondentes a cerca de 9 horas extra, para que passem a atender uma lista de 1.750 utentes, em vez de 1.550 utentes regulares, o que implicaria uma adaptação correspondente do horário de base de 35 horas semanais. Só que, na prática, o que está a acontecer, e terá sido confirmado pelas auditorias feitas, é que os médicos aumentaram as suas listas e recebem o suplemento remuneratório de 9 horas extra, mas mantêm o horário de 35 horas semanais, sem fazer o ajuste incremental previsto na lei; e veem, até agora, os seus horários validados pelos Diretores Executivos dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

De acordo com a lei, revista em 2017, quando aceitaram aumentar o número de utentes das suas listas, os médicos deveriam também ajustar o número de horas de trabalho para além das 35 base às Unidades de Contratualização pagas.

Refira-se que, além do acréscimo salarial resultante do aumento das listas de utentes, os médicos que exercem em USF B, recebem, entre outros, incentivos de desempenho, retribuição pela orientação de internato médico e realização de domicílios. Acresce um subsídio de exclusividade que a própria lei atribui, mas sem a exigir.

Tudo somado, estes médicos auferem, em média, cerca de 7.000 euros mensais ilíquidos, bastante mais do dobro do que os seus colegas que com a mesma categoria e o mesmo número de utentes

também acumulam as funções de orientadores de internato e fazem domicílios, mas que estão em USF do Modelo A ou em Unidades de Cuidados de Saúde Primários, no regime de 40 horas semanais. E ganham três vezes mais do que os médicos que estão em regime de 35 horas simples.

Segundo os dados apurados pelo Saúde Online, neste modelo privilegiado, sem paralelo em toda a função pública, encontram-se neste momento cerca de 1.700 médicos, todos os que exercem um USF de modelo B.

Os demais profissionais das USF – enfermeiros e secretários clínicos – também auferem um aumento muito significativo no salário mensal. Mais 67% os secretários clínicos e cerca de 100% os enfermeiros (e que se presume também não incluírem no seu horário as UC pagas) se exercem noutras unidades dos cuidados de saúde primários, que não as USF do modelo B. Beneficiam atualmente desta situação cerca de 1.700 enfermeiros e 1.300 secretários clínicos.

Recorde-se que o primeiro-ministro, António Costa, recebe 75% do salário do Presidente da República, o que representa cerca de 4.900 euros brutos mensais, a que crescem 40% em despesas de representação. No total, são cerca de 6.860 euros brutos.

O Saúde Online pediu ao Ministério da Saúde um esclarecimento sobre este caso, tendo na altura o gabinete do ministro Adalberto Campos Fernandes remetido para a ARSLVT. A administração regional informou que após a publicação, pelo Saúde Online, de uma notícia denunciando a situação, decidiu avançar com uma auditoria para averiguar a existência de eventuais irregularidades nos horários dos médicos de família que exercem em USF de modelo B. “Para que não haja dúvidas, a ARSLVT decidiu avançar com uma auditoria, facto que transmitiu ao Ministério da Saúde”, disse fonte oficial. ♥

Miguel Múrias Mauritti

São João tira carros a administradores e entrega-os a ‘hospital’ domiciliário

Na sua primeira deliberação, a nova administração do centro hospitalar, presidida pelo ex-secretário de Estado da Saúde, Fernando Araújo, resolveu “terminar com a atribuição, aos membros do Conselho de Administração (CA), de viaturas para uso pessoal, com efeitos imediatos”

Os automóveis dos cinco administradores vão agora ser usados para “arrancar, na primeira quinzena de maio”, com o projeto de hospitalização domiciliária” daquela unidade, especificou à Lusa fonte hospitalar.

Em comunicado, é referido que as viaturas “serão alocadas ao Serviço de Serviço de Instalações e Equipamentos (SIE) que terá a tarefa de efetuar uma gestão eficiente da frota do CHUSJ [Centro Hospitalar Universitário de São João]”,

O CA aponta como uma das justificações da sua primeira “deliberação” de 2019 o “incremento das necessidades em transporte dos profissionais”, nomeadamente “com o início do serviço de hospitalização domiciliária”, um projeto lançado pelo Governo em outubro que permite cuidar dos utentes no domicílio, evitando o internamento hospitalar.

As outras fundamentações da administração abrangem “o superior interesse dos utentes”, “a área de abrangência do Centro Hospitalar Universitário”, “as prioridades clínicas e o esforço na redução dos custos operacionais”.

Pretende-se, também, aumentar a “eficiência dos recursos alocados à instituição, a segurança dos profissionais e a neutralidade carbónica”. Na deliberação, o CA solicita ao SIE “uma proposta para atualização do regulamento interno sobre a utilização de viaturas, até 31 de maio”.

“A prioridade na afetação de viaturas deverá ser a prestação de

cuidados clínicos e, em segundo lugar, a utilização para tarefas administrativas/logísticas e pelos profissionais em representações oficiais”, acrescenta.

Até 31 de julho, o SIE deve fazer uma “proposta sobre eventual exigência de reformulação da frota” que privilegie “a redução dos custos operacionais” e que permita “atingir uma frota descarbonizada até 2030”.

Ao SIE foi ainda pedido que, até 30 de junho, “desenvolva os processos para o registo objetivo, informatizado e preferencialmente automático da utilização das viaturas”. Esse cadastro deve incluir “responsáveis, finalidades, distâncias e custos associados (combustível, portagens, seguros, tributação, manutenção e reparação)”.

O sistema deve permitir a “monitorizando a localização de veículos e ativos, planeamento e monitorização de rotas”, bem como a “seleção das viaturas mais adequadas para a finalidade pretendida e com a menor despesa associada”.

Pretende-se, ainda, a “identificação automática de condutores e gestão de tarefas associadas”.

A administração quer que o registo inclua “todas as viaturas cedidas ao CHUSJ através de protocolos aprovados superiormente, e sobre as quais a instituição possui encargos e/ou o dever de zelar pelo seu bom funcionamento e conservação”.

Fernando Araújo foi nomeado presidente do CA do ‘São João’ em reunião do Conselho de Ministros de 04 de abril. **LUSA**

Esmya®: uma década de experiência no tratamento médico dos miomas uterinos

Comemoram-se 10 anos em que a primeira mulher foi incluída no primeiro ensaio clínico de Fase III, com o objetivo de avaliar a utilização do Acetato de Ulipristal (UPA), como terapêutica médica no tratamento de miomas uterinos. Para “celebrar” a efeméride, a Gedeon Richter organizou dois “stands alone meetings”, um no Porto no dia 02 de fevereiro e outro em Lisboa no dia 16 de fevereiro, do corrente ano.

O objetivo destas reuniões foi comemorar os 10 anos desde que a primeira mulher beneficiou de um novo tratamento médico dos miomas uterinos e demonstrar todas as características e benefícios do Acetato de Ulipristal (UPA), Esmya®. Coube ao Professor Dr. Jacques Donnez, investigador principal dos estudos com Esmya® introduzir o tema e apresentar os resultados dos já muitos estudos realizados com Esmya®. Primeiro presidente da International Society for Fertility Preservation e World Endometriosis Society, o Professor Donnez conta com mais de 600 artigos originais publicados nas mais prestigiadas revistas e jornais científicos do mundo. No evento, houve ainda espaço para a discussão de casos clínicos da experiência nacional apresentados por especialistas de Norte a Sul do País, nas 3 utilizações de Esmya® - pré-cirurgia, tratamento a longo prazo e infertilidade causada pela presença de miomas uterinos.

10 ANOS A MUDAR O PARADIGMA DO TRATAMENTO MÉDICO DOS MIOMAS UTERINOS

Na sua comunicação, o Prof. Donnez fez uma apresentação cronológica dos 10 anos de Esmya®, no tratamento de mais de 765 000 mulheres que sofriam de sintomatologia provocada pela presença de miomas uterinos. Desde logo, começou por salientar que “o acetato de ulipristal (UPA) é um modulador seletivo dos receptores da progesterona (SPRM),

que reduz significativamente o tamanho dos miomas e controla as metrorragias”.

O responsável pelos estudos PEARL, na área do tratamento dos miomas uterinos com acetato de ulipristal, explicou que “apesar de muitas mulheres terem miomas, apenas 40% apresentam sintomas. E até agora, o que tratamos são os sintomas como, por exemplo, o fluxo menstrual intenso e infertilidade”, precisou.

“Os tratamentos atuais são, sobretudo, cirúrgicos e são caros!” “Apesar da falta de avaliações médico-económicas, é provável que o recurso à terapia com Esmya® conduza à redução do número de histerectomias e de outros procedimentos cirúrgicos, não só em termos de custos, como de morbilidade associada”.

Jacques Donnez abordava a morbilidade já que a taxa de mortalidade das histerectomias em mulheres em pré-menopausa não é zero, sublinhou, “são situações cuja ocorrência se situa no intervalo entre os 0.02% e os 0,17%”. Hemorragias, lesões uretrais, perfuração retal, fistulas e incontinência urinária de esforço são outras das consequências. Com o Esmya® há a possibilidade de a cirurgia ser evitada, ou permitir que seja realizada através de procedimentos minimamente invasivos.

“Para além das considerações médicas” “a histerectomia não é bem-encontrada pelas doentes e muitas mulheres que sofreram uma histerectomia teriam preferido um tratamento que lhes tivesse permitido preservar o útero”. Na miomectomia, por



Professor Dr. Jacques Donnez

exemplo, destaca as hemorragias durante o procedimento, “com 20% a requererem transfusão de sangue, para além do impacto na integridade uterina, nomeadamente com deiscência de sutura, rutura ou aderências intrauterinas, se for realizada a abertura da cavidade”. Ainda no capítulo da miomectomia, salientou como suscitando “preocupação”, as implicações que este procedimento pode ter no futuro da fertilidade da mulher, nomeadamente as aderências pós-operatórias, para além do aumento do risco por repetição de cirurgias. Aqui, explicou, “com o Esmya® temos a possibilidade da cirurgia ser evitada ou adiada, podendo ser realizada com procedimentos minimamente invasivos, para além de evitar o risco das repetições de cirurgias, que em 50% dos casos decorrem em cinco anos após o procedimento”.

UMA DÉCADA DE INVESTIGAÇÃO E ESTUDOS

Nos miomas, o SPRM (Modulador Seletivo dos Receptores da Progesterona) reduz o seu tamanho, através da inibição da proliferação das células e da indução da apoptose. No endométrio, paragem das hemorragias uterinas e alterações benignas e reversíveis no tecido endometrial. Por último, e ainda no capítulo do SPRM, agora na ação na pituitária, salientou que induz inibição da ovulação, mantendo os níveis do estradiol na fase folicular média.

Depois de no estudo PEARL III e extensão se ter avaliado a eficácia e segurança do acetato de ulipristal (UPA) 10 mg por um período de quatro ciclos intermitentes, o estudo PEARL IV veio avaliar a eficácia e segurança do Esmya® por um período de quatro ciclos intermitentes. “As mulheres que sofrem de hemorragias têm medo que, quando o tratamento terminar, voltem a sangrar em demasia. Mas o que verificamos é que nos períodos ‘off’ a intensidade da menstruação diminui a cada ciclo, até que normaliza”. Com muita clareza, salientou que “se resolverem fazer Esmya® à doente têm de a vencer a fazer dois ciclos de três meses. Porque o segundo ciclo maximiza o efeito”.

SALVAGUARDAR A FERTILIDADE

Em mulheres com miomas tipo 2 ou múltiplos miomas (tipo 2 a 5) com intenção de engravidarem, o

tratamento com UPA (dois ciclos) teve uma boa resposta na redução do volume dos miomas em mais de 50% dos casos, verificando-se a restauração da cavidade uterina, podendo a mulher tentar a concepção natural ou fertilização in vitro.

Entre 25% e 50% tiveram uma boa resposta, podendo por isso, igualmente, tentar a concepção natural ou fertilização in vitro. “A questão é que não se consegue prever, de forma alguma, quais as doentes que vão ter boa ou fraca resposta, pelo que a única alternativa é mesmo tentar a terapia”, salientou.

Relembrando que o objetivo do tratamento com Esmya®, é a redução do volume do mioma, em mulheres em idade fértil, sobretudo as que querem preservar a fertilidade, adiar a gravidez e as que querem evitar a cirurgia. Com o Esmya® há a hipótese da cirurgia ser evitada ou, pelo menos, poder ser realizada com procedimentos minimamente invasivos, para além de evitar o risco das tais repetições de cirurgias, que em 50% decorrem em cinco anos após o procedimento. “O que vos estou a dizer é que temos de mudar a nossa maneira de pensar e fazer aquilo a que denomino por abordagem à cirurgia feita à medida, dependendo do tipo e tamanho do mioma”.

ESMYA® NA PRÉ-MENOPAUSA

Finalmente, no que diz respeito a mulheres em pré-menopausa com miomas tipo 2 ou múltiplos miomas (tipo 2 a 5) com intenção de preservar o útero, o tratamento intermitente a longo-prazo com Esmya® (quatro ciclos de três meses) teve uma boa resposta, sendo que em mais de 75% dos casos verificou-se uma redução de volume e um controlo da hemorragia. É assim possível parar o tratamento até recorrência dos sintomas que, caso surjam, podem ser tratados novamente com UPA.

O objetivo é, assim, reduzir o tamanho do mioma para permitir que as cirurgias minimamente invasivas sejam cada vez mais uma opção. “Na população africana, por exemplo, as mulheres desenvolvem múltiplos miomas aos 20 anos. Se as operamos, sabemos que muito

provavelmente vamos ter de repetir o procedimento em 5 anos. Introduzam o UPA nas vossas opções. É importante que o façam”, concretizou.

A ESCOLHA DO TRATAMENTO

A escolha do tratamento é guiada por um largo espectro de considerações, até porque, normalmente, “temos uma pessoa à nossa frente que sofre de hemorragias graves, com sintomatologia major, com infertilidade ligada aos miomas, e que quer preservar o útero e a fertilidade”.

A cirurgia pode ser a cura para os miomas intrauterinos, mas algumas mulheres, inclusivamente, não são elegíveis para a fazer. “O impacto da cirurgia e as suas implicações a longo prazo são fatores importantes a ter em conta”, nomeadamente nas doentes com riscos associados como anemia, obesidade, diabetes, hipertensão, havendo ainda a questão do impacto incerto na fertilidade. Outro aspeto a ter em conta é o facto da atitude da doente face à cirurgia ser um importante fator a ter em conta, já que “as mulheres no seu período fértil podem querer preservar a fertilidade e adiar a gravidez, sendo que outras querem evitar a cirurgia. Já as mulheres em pré-menopausa podem querer manter o seu útero”.

Em forma de conclusão, o investigador defendeu o tratamento médico com Esmya® fornece a única alternativa aprovada a longo prazo em mulheres com miomas uterinos sintomáticos, para os quais a cirurgia não é uma opção.

INQUÉRITO NACIONAL SOBRE A SEGURANÇA COM A UTILIZAÇÃO DE ESMYA®

Coube à Dra. Fernanda Águas, Ginecologista, que presidiu à sessão, introduzir as apresentações de casos clínicos. Antes, porém, a Diretora do serviço de Ginecologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra apresentou de forma breve, um estudo realizado pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) sobre a segurança do acetato de ulipristal após a EMA ter decidido, em fevereiro de



Dr. Fernanda Águas



Dr. Margarida Martinho



Professora Maria João Carvalho



Dr.ª Giselda Carvalho

2018, rever a segurança de UPA. O estudo, sob a forma de inquérito aos ginecologistas portugueses, incluía uma série de questões sobre a utilização de Esmya® a partir de janeiro de 2018.

Reponderam ao inquérito 62 especialistas. Destes, 14 referiram não ter iniciado nem continuado a prescrição de Esmya® após aquela data; 48 referiram ter iniciado ou continuado o tratamento com Esmya® após janeiro de 2018 num total de 199 mulheres.

Destas, 5 registaram alterações hepáticas após o tratamento, ainda que sem relevância clínica. Duas tinham história pessoal de hepatite. Foi ainda registado um caso com elevação das transaminases antes de iniciar o tratamento. Atualmente, a SPG tem em curso um registo prospetivo sobre a adesão e resultados de monitorização hepática em doentes tratadas com acetato de ulipristal.

ESMYA® TRATAMENTO PRÉ-CIRÚRGICO

O tratamento pré-cirúrgico com Esmya® foi um dos temas em destaque abordado com detalhe pela especialista Dra. Margarida Martinho, Ginecologista, responsável pela Unidade de Endoscopia Ginecológica do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar de São João, no Porto.

A especialista recordou que o advento do UPA permitiu uma nova abordagem terapêutica aos miomas uterinos, possibilitando que na maioria das situações não haja necessidade de recurso à miomectomia uterina e nas situações em que a intervenção cirúrgica se revela necessária, os resultados são muito mais positivos do que os alcançados sem recurso à mesma. Controlo da anemia (Hemorragias Uterinas Anormais controladas em 90% dos casos) e amenorreia mais rápida do que GnRH (5-7 dias vs 21 dias) são apenas duas das vantagens resultantes do recurso ao UPA.

Por outro lado, e não menos relevante no contexto cirúrgico, a terapia pré-cirúrgica com Esmya® induz uma redução significativa dos miomas com 80% a sofrerem uma redução de 25% e em 50% dos casos, uma redução de 50%. Um efeito que, salientou a oradora, pode manter-se após para o tratamento.

Outro aspeto relevante abordado pela oradora foi o do impacto da terapêutica com Esmya® na dificuldade de execução da Miomectomia por histeroscopia, com vários estudos a demonstrar que as alterações endometriais condicionadas pelo UPA não aumentaram a dificuldade técnica neste procedimento cirúrgico.

O caso apresentado pela especialista foi o de uma jovem com 35 anos, nuligesta, com antecedentes de miomectomia ressectoscópica. Foi referenciada no final de 2012 por perda menstrual excessiva com 4 meses de duração.

Tinha alguns exames: Uma ecografia transvaginal realizada dois meses antes que revelara um útero com miomério heterogéneo, 2 miomas intramurais/subserosos com 1.5x2.1mm e 10x14 mm e um mioma submucoso com componente intramural <50% e com uma distância à serosa de 11mm, com cerca de 18x19mm. Uma histeroscopia realizada um mês antes mostrava mioma submucoso tipo 1-2 com cerca de 1.5 cm. Depois de fazer 1 ciclo de tratamento com UPA, alcançou amenorreia ao 16º dia de tratamento. Uma Ecografia realizada ao final dos três meses mostrou um mioma submucoso com componente intramural <50% e uma distância à serosa de 13mm, com cerca de 12x14mm. Apresentava uma hemoglobina praticamente normal (12.1g/dL). A doente realizaria miomectomia ressectoscópica completa um mês depois.

ESMYA® - TRATAMENTO A LONGO PRAZO NA PERI-MENOPAUSA

Dra. Ana Casquilho, Ginecologista do Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), que em Lisboa apresentou seis casos clínicos de tratamentos a longo prazo com Esmya®, em mulheres com miomas sintomáticos que manifestaram desejo de preservar o seu útero.

O primeiro caso é o de uma mulher com 49 anos que completou o segundo ciclo de tratamento com Esmya®, em março de 2017. Referiu amenorreia durante o tratamento e menstruações posteriores menos abundantes. Foi decidido, em conjunto com a doente, fazer um terceiro ciclo de Esmya®. Em agosto de 2017, já com 51 anos de idade, referiu amenorreia durante o tratamento; hemorragias menos abundantes pós tratamento. Ficou decidido um quarto ciclo de tratamento com UPA. Em janeiro regressa à consulta referindo amenorreia durante e após o tratamento.

Em julho, com 52 anos de idade, referia amenorreia durante e após o tratamento. Muito embora não tenha havido redução significativa dos miomas, foi possível controlar os sintomas sem recurso a cirurgia, com análises dentro da normalidade.

3º caso: Maria, 49 anos, vai à consulta por dismenorreia recente e espessamento endometrial. Exame ecográfico revela útero com 88x57x53 mm, múltiplos nódulos miomatosos, o maior dos quais com 25x25 mm na parede anterior, condicionando desvio da linha endometrial. Em setembro de 2015, iniciou o primeiro ciclo de Esmya®. Em abril de 2016, com 50 anos de idade, Maria referia amenorreia durante o tratamento e melhorias notórias da dismenorreia. As análises apresentam-se normais. Declina proposta cirúrgica. Aceita iniciar segundo ciclo de Esmya®. Em fevereiro de 2017, com 51 anos, Maria regressa assintomática à consulta, com amenorreia após Esmya®, até janeiro, quando voltou a ter dismenorreia e ciclos irregulares. É decidido avançar com terceiro ciclo de Esmya®. Veio a fazer o 4º ciclo de Esmya®, após o qual ficou assintomática, com redução significativa do volume dos miomas.

4º caso: Carina, 33 anos, março de 2016, perdas hemáticas quase diárias, após ser medicada com progestativos.

5º caso: Ana, uma mulher com 43 anos, referenciada à consulta por diagnóstico de doença de Von Willebrand e HUA sob pilula estroprogestativa. Manifesta desejo de eventual projeto de gravidez futura, e grande receio de ser submetida a cirurgia devido à doença hematológica.

Ecografia mostra útero com 112x54 mm com módulo miomatoso intramural com 33x36 mm. Está medicada com desogestrel.

Em agosto de 2014 regressa à consulta por agravamento da situação, com mais hemorragia e dismenorreia. Mioma aumentado com 60x 36 mm. É proposto primeiro ciclo com Esmya®.

Em novembro desse ano, Ana retorna à consulta referindo não ter tido perdas durante o tratamento e no mês seguinte. Mioma francamente



Dra. Ana Casquilho



Professora Margarida Silvestre



Dra. Sílvia Roque

reduzido. Inicia segundo ciclo de Esmya®. Atendendo à doença hematológica a doente fez 6 ciclos de Esmya®, que terminou em março de 2017, ficando assintomática e com redução significativa do volume do mioma (34X30X33mm). Aceitou ressectoscopia que realizou nesse ano. A doente nunca apresentou alterações analíticas. Em Janeiro de 2019, estava assintomática.

O último caso apresentado pela especialista do Centro Hospitalar Universitário do Algarve foi o de Joana, com 41 anos, que aguardava transplante pulmonar por bronquiectasias. Apresentava HUA (Hemorragias Uterinas Anômalas) e tinha miomas submucosos e subserosos. Fez 1º ciclo de Esmya® em novembro de 2015, tendo ficado amenorreica durante o tratamento. Repetiu ciclos de Esmya® em Maio de 2016 e Outubro de 2017. Houve

controlo das perdas sanguíneas logo no 1º ciclo de tratamento com Esmya® e redução significativa do volume do mioma com o 3º ciclo, após o qual a doente iniciou tratamento com pilula estroprogestativa. Nas suas notas finais, a Dra. Ana Casquilho salientou que 40% das mulheres portuguesas têm idades > 30 anos, sendo que 50% destas apresentam-se com miomas sintomáticos, sendo a sintomatologia mais frequente as HUA, anemia, dismenorreia, dores pélvicas, infertilidade, e diminuição da qualidade de vida.

A Profª Maria João Carvalho e a Dra. Giselda Carvalho, especialistas em Ginecologia/Obstetrícia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, apresentaram o caso clínico de uma doente com 48 anos de idade, que recorreu à consulta em junho de 2015 por hemorragia intermenstrual, menstruação abundante, e dismenorreia agravada e exames com Hb: 10.2g/dL.

Fazia contraceção com progestativo. Referiu historial de transplante renal em março de 2014 (rins poliquísticos) e abscesso perianal recorrente.

Recorreu à consulta em maio de 2016 por HUA, anemia (Hb 6.3 d/L); três gestações com dois partos (G3 P2). Contraceção intrauterina – Sistema Intrauterino (SIU) com Levonorgestrel. Fez sacro-colpopexia por via abdominal.

Da experiência com UPA, a Professora Maria João Carvalho salienta a redução dos miomas, da HUA, permitindo deste modo estabilizar anemia e assim diminuir os riscos de transfusão sanguínea, complicações e morbilidade no pós-operatório e a otimização clínica da doente no pré-operatório. Esmya® e infertilidade: uma indicação de sucesso.

ESMYA® E INFERTILIDADE

A Professora Doutora Margarida Silvestre, especialista em Ginecologia e Obstetrícia e Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, e também Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução começou

por enquadrar o tema no contexto da implantação embrionária cujo sucesso está dependente de uma série de fatores. A recetividade endometrial, começou por explicar, “está condicionada por eventuais anomalias estruturais, de entre as quais, os miomas surgem como anomalias adquiridas, com impacto na fertilidade”. Este impacto pode ir desde a distorção da cavidade uterina, que pode interferir com a implantação, com a passagem cervical e o transporte de espermatozoides e obstrução tubar, a alterações histológicas do endométrio com impacto na implantação.

E quando se devem tratar os miomas, responsáveis por infertilidade? Uma questão relevante a que a oradora procurou responder suportando-se em evidência de estudos científicos.

“Um update de um estudo que apontava para a inexistência de efeitos adversos na gravidez, veio revelar que afinal ele ocorria, com diminuição da taxa de implantação, na gravidez clínica, nos RN vivos, com aumento da taxa de abortamento”. Resultados semelhantes foram alcançados na análise de estudos prospetivos sobre o impacto dos miomas intramurais na fertilização in vitro (FIV), com a taxa de RN vivos a ser a única a descer significativamente. A localização exata e as dimensões dos miomas são igualmente relevantes,

destacando-se pelo impacto negativo reprodutivo, os miomas no colo uterino e também os miomas com uma dimensão superior a 4 cm”. Se relativamente aos miomas intramurais as opiniões divergem, já no que se refere aos miomas submucosos, “o impacto negativo na fertilidade é consensual”, referindo as diferentes opções de tratamento destes miomas uterinos (cirúrgico, médico e mecânicos). “A evidência aponta para que a dimensão dos miomas uterinos tende a não aumentar significativamente durante a gravidez, podendo mesmo diminuir ao longo desta”, apontou a médica.

O Esmya®, “veio abrir um novo paradigma no tratamento dos miomas uterinos, com eficácia demonstrada no controlo hemorrágico, redução do volume dos miomas, e melhor tolerância face à terapêutica-padrão (agonistas GnRH), bem como esclarecedores no que toca às alterações do endométrio associadas aos moduladores dos recetores da progesterona, que são benignas e reversíveis após o final do tratamento. Ensaio clínico mostraram que no grupo de mulheres que queriam engravidar 71% delas alcançaram esse objetivo após tratamento com Esmya®.

No caso prático apresentado pela especialista do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra – um bem-sucedido projeto reprodutivo

- o tratamento com Esmya® permitiu uma remissão da anemia, a ação quase imediata na resolução das menometrorragias e a remissão dos miomas ao longo da gravidez, efeito que se manteve até cerca de 3 anos após o parto. Em conclusão, os miomas tratados com Esmya® reduzem o seu volume por uma combinação de inibição da proliferação celular e estimulação da morte celular.

PRESERVAÇÃO DO ÚTERO: UM OBJETIVO AGORA POSSÍVEL

A Dra. Sílvia Roque, especialista em Ginecologia/Obstetrícia do Hospital Cuf Descobertas, em Lisboa, apresentou a última comunicação de apresentação de casos clínicos de gravidezes de sucesso. Das 11 gravidezes conseguidas entre 2014 e 2019 com recurso ao tratamento dos miomas uterinos com Esmya® destacou uma gravidez de uma mulher a viver em Angola, que apresentava algias pélvicas. A ecografia pélvica mostrou um mioma subseroso póstero-lateral esquerdo com 40x37 mm. Foram colocadas três possibilidades de intervenção: miomectomia, terapêutica com Esmya® sem cirurgia e tratamento pré-cirúrgico com Esmya®.

A decisão recaiu no tratamento com Esmya®, reservando-se para avaliação posterior a necessidade de intervenção cirúrgica.

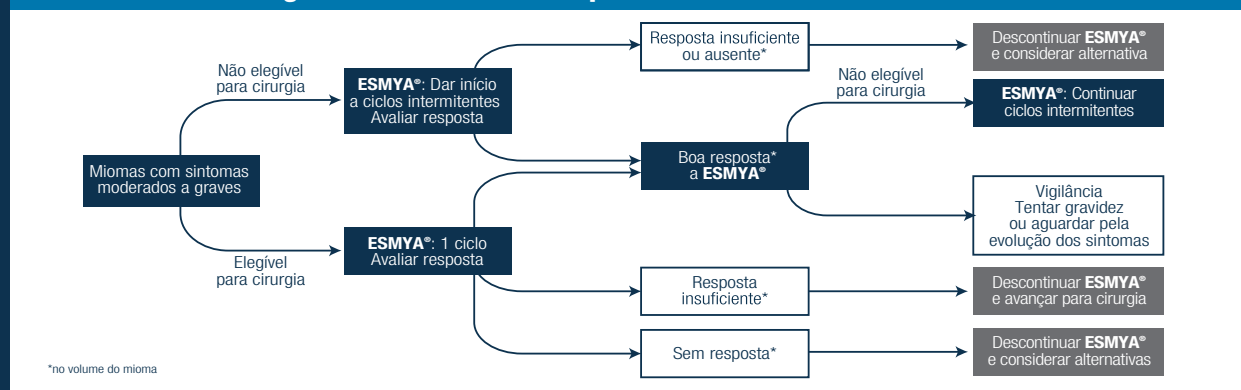
Um mês após início de terapêutica, a doente regressa à consulta por continuação de algias pélvicas incapacitantes, referindo mesmo ter quase desistido da terapêutica com Esmya®. Fez-se ecografia pélvica, que mostrou mioma com 36x34 mm, ainda com áreas de degenerescência quística. Um mês e meio após início da terapêutica apresentava-se assintomática e após três meses, o mioma tinha diminuído 1 cm, apresentando-se com 36x34 mm e já sem degenerescência quística. Esteve três meses a tentar engravidar, altura em que a ecografia pélvica mostrava um mioma com 41x39 cm. Engravidou no mês seguinte.

Ecografia realizada às 13s+6 dias mostrou feto com boa vitalidade, descolamento do trofoblasto. O mioma detetado nos exames anteriores aumentou de tamanho, apresentando então 62x62 mm.

A mulher estava assintomática. Ecografia às 18 semanas mostrou feto com boa vitalidade. O mioma havia aumentado de dimensão, apresentando-se agora com 75x62 mm, com uma pequena área de degenerescência quística. Queixas de algias pélvicas não incapacitantes. Torna a realizar ecografia 22 semanas. Feto a crescer mo P75 sem malformações aparentes. O mioma havia diminuído ligeiramente de tamanho, apresentando-se agora com 65x68 mm.

Quem pode beneficiar de ESMYA®?

Qual o lugar de ESMYA® na sua prática clínica?¹



Razões pelas quais as doentes desejam adiar ou evitar cirurgia

Desejam engravidar?

Desejam preservar a fertilidade?

Aproxima-se a menopausa e podem evitar cirurgia?

Desejam adiar ou evitar a cirurgia?

Às 29 semanas realizou nova ecografia que mostrou feto cefálico a crescer no P60/70. O mioma parece ter estabilizado apresentando-se com 67x50 mm. Colo uterino com 42 mm. Referiu melhoria da sintomatologia álgica.

Nova ecografia às 32 semanas mostrando feto cefálico P50 e redução do mioma para 56x41 mm. Colo uterino de 46 mm.

Em dezembro de 2015 realiza parto, por cesariana anterior e incompatibilidade feto pélvica. Recém-nascido do sexo feminino com 3460g IA9/10. Mioma quase indetetável na cesariana.

DISCUSSÃO

Na discussão que se seguiu à apresentação dos casos clínicos, foram apontadas algumas conclusões, concordantes com os resultados do estudo PEARL e suas extensões.

Uma delas é a de que, “de acordo com os dados disponíveis, cerca de 50% das mulheres têm uma resposta excelente ao Esmya® na redução do volume dos miomas, e não vão necessitar de cirurgia”, começou por salientar o Professor Jacques Donnez, para logo acrescentar: “cerca de 25% das mulheres terão uma resposta razoavelmente boa (sem necessidade de recurso a cirurgia) e haverá uma taxa de cerca de 20% de não-respondedoras. Neste grupo, algum tipo de cirurgia terá que ser realizado: histeroscopia, laparoscopia ou embolização”. “Se conseguirmos travar a hemorragia em mulheres, mesmo com uma baixa resposta ao Esmya® no que respeita à redução do volume dos miomas, a doente fica satisfeita com os resultados, evita a histerectomia e o tratamento pode ser repetido dois ou três anos depois, em ciclos intermitentes, até a doente atingir a menopausa, altura em que o crescimento destes miomas cessa”.

“O recurso à cirurgia não é completamente posto de parte”, mas “em algumas situações apresentar-se-á como absolutamente desnecessária, enquanto em outras será facilitada”, explica. E em que situações se verifica a necessidade de recurso à cirurgia? O Professor Jacques Donnez, avança com um exemplo extremo: “mulher jovem,

com miomas múltiplos. Se submetermos esta mulher a uma miomectomia aos 20 anos, certamente teremos que repetir a cirurgia dentro de quatro a cinco anos, uma vez que a recorrência dos miomas é quase certa. Ao tratar com Esmya®, vamos reduzir o volume do mioma e travar a hemorragia, podendo assim adiar a cirurgia para mais tarde, quando esta mulher pretender engravidar, sem o risco de múltiplas cirurgias,

que certamente lhe condicionarão a fertilidade”.

Por volta do ano 2000, a miomectomia por histeroscopia ou por laparoscopia tornou-se a terapêutica padrão dos miomas uterinos. “Até 2012 – Quando se começaram a conhecer os primeiros resultados do UPA – perante um mioma intramural a distorcer a cavidade uterina e a provocar hemorragias importantes, a pergunta a fazer era se

a cirurgia deveria ser laparoscópica ou histeroscópica”.

Para o investigador principal dos Estudos PEARL, a terapia com Esmya® vem “reduzir a necessidade de cirurgia, nomeadamente quando a preservação da fertilidade é um objetivo. Acresce que permite melhorar a eficácia clínica, ao reduzir de forma significativa e sustentável a hemorragia, dor abdominal e volume dos miomas”.



- BRAGA**
HOSPITAL ESCALA BRAGA.
- GUIMARÃES**
CENTRO HOSPITALAR DO ALTO AVE, E.P.E.
Unidade Hospitalar de Guimarães (Centro Hospitalar do Alto Ave, E.P.E.)
- VILA REAL**
CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, E.P.E.
- MATOSINHOS**
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, E.P.E.
Hospital Pedro Hispano
- PORTO**
CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, E.P.E.
Hospital Padre Américo, Vale do Sousa (Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, E.P.E.)
CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO, E.P.E.
Hospital São João (Centro Hospitalar de São João, E.P.E.)
CENTRO HOSPITALAR DO PORTO, E.P.E.
Maternidade Júlio Dinis (Centro Hospitalar do Porto, E.P.E.)
HFAR PORTO
CUF PORTO HOSPITAL
CUF PORTO INSTITUTO
- VILA NOVA GAIA**
CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA/ESPINHO.
- SANTA MARIA DA FEIRA**
CENTRO HOSPITALAR DE ENTRE O DOURO E VOUGA, E.P.E.
- AVEIRO**
CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO VOUGA, E.P.E.
- VISEU**
CUF VISEU HOSPITAL
- GUARDA**
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DA GUARDA, E.P.E.
HOSPITAL DE GUARDA
- COIMBRA**
CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA, E.P.E.
- CASTELO BRANCO**
CENTRO HOSPITALAR DA COVA DA BEIRA, E.P.E.
- CALDAS DA RAINHA**
CENTRO HOSPITALAR DO OESTE, DAS CALDAS DA RAINHA
- SANTARÉM**
HOSPITAL DISTRITAL DE SANTARÉM, E.P.E.
CUF SANTARÉM HOSPITAL
- TORRES NOVAS**
CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO E.P.E.
Unidade de Torres Novas
- CASCAIS**
CUF CASCAIS HOSPITAL
- VILA FRANCA DE XIRA**
HOSPITAL VILA FRANCA DE XIRA
- LISBOA**
CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA OCIDENTAL, E.P.E.
CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, E.P.E.
HOSPITAL DA LUZ
HFAR LISBOA
MAC - CENTRO HOSPITALAR DE LISBOA CENTRAL, E.P.E.
HOSPITAL FERNANDO DA FONSECA, E.P.E. - AMADORA/SINTRA
HOSPITAL BEATRIZ ÂNGELO - LOURES
CUF INFANTE SANTO HOSPITAL
CUF DESCOBERTAS HOSPITAL
CUF BELÉM CLÍNICA
CUF ALVALADE CLÍNICA
- ALMADA**
CUF ALMADA CLÍNICA
HOSPITAL GARCIA DE ORTA
- BARREIRO/MONTIJO**
CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO, E.P.E.

HOSPITAIS COM ESMYA® APROVADO PARA DISPENSA EM AMBULATÓRIO



1 VEZ DIA*

xoterna[®] breezhaler[®]

Indacaterol/glicopirrônio pó para inalação, cápsulas



Primeira associação fixa LAMA/LABA**

MELHORA OS SINTOMAS DE HOJE³...

... REDUZ FUTURAS EXACERBAÇÕES²

Estudo CRYSTAL³

117%

Melhoria da dispneia
vs LABA/ICS¹

(Medida através do TDI. Cálculo realizado a partir dos dados de Melhoria do TDI do Estudo CRYSTAL ($\Delta = 1,10$ uds; $p < 0,0001$ às 12 semanas)

17%

de diminuição
na taxa de exacerbações
moderadas a graves

vs SFC
(às 52 semanas) $p < 0,001$

Estudo FLAME²

BREEZHALER, O DISPOSITIVO COM MENOR TAXA DE ERROS CRÍTICOS** ASSOCIADOS AO SEU USO⁴

*Informação sobre medicamentos do INFARMED consultada em página da internet do sítio do Infomed (acessada em 2018/1/7); **Erro crítico: aquele que pode afetar substancialmente a dose que chega ao pulmão; LAMA: Antagonista muscarínico de longa duração de ação; LABA: agonista β_2 de longa ação; ICS: Corticosteroide Inalado; TDI: Transition Dyspnea Index; SFC: Salmeterol/Fluticasona 50/50 μ g 2x dia; 1. RCM XOTERNA[®] BREEZHALER[®] 10/2018; 2. Wedzicha JA, Banerji D, Chapman KR. Indacaterol/Glycopyrronium Versus Salmeterol/Fluticasone for COPD Exacerbations. *New England Journal of Medicine*. 2016;374:2222-2234; 3. Vogelmeier CF, Gaga M, Azarian-Mattheis M, Greulich T, Marin JM, Castellani W, et al. Efficacy and safety of direct switch to indacaterol/glycopyrronium in patients with moderate COPD: the CRYSTAL open-label randomised trial. *Respir Res*. 2017 Jul 18;18(1):140; 4. Mollmar M, Raheison C, Lignot S, et al. Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation and inhaler device handling: real-life assessment of 2935 patients. *Eur Respir J* 2017; 49:1601794. Otimização avaliada pela taxa de erros críticos de Breezhaler[®] vs. restantes inaladores em estudo (RespiMat[®], pMDI[®], Turbohaler[®], Handihaler[®] e Diskus[®]); População estudo CRYSTAL: Doentes com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica moderada e com ≤ 1 exacerbação no ano prévio; População estudo FLAME: Doentes com DPOC com história de ≥ 1 exacerbações no ano prévio à inclusão. Doentes exacerbadores e não exacerbadores excluindo doentes assintomáticos.

Xoterna Breezhaler 86 microgramas/43 microgramas, pó para inalação, cápsulas (indacaterol/glicopirrônio)

Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pode-se aos profissionais de saúde que notifiem quaisquer suspeitas de reações adversas.

Nota importante: Antes de prescrever consulte o Resumo das Características do Medicamento. **APRESENTAÇÃO:** Pó para inalação, cápsulas contendo 143 microgramas de maleato de indacaterol equivalente a 110 microgramas de indacaterol e 63 microgramas de brometo de glicopirrônio equivalente a 50 microgramas de glicopirrônio. Cada dose libertada (a dose libertada do aplicador bucal do inalador contém 110 microgramas de maleato de indacaterol equivalente a 85 microgramas de indacaterol e 54 microgramas de brometo de glicopirrônio equivalente a 43 microgramas de glicopirrônio). **INDICAÇÕES:** Xoterna Breezhaler é indicado como tratamento broncodilatador de manutenção para alívio dos sintomas em doentes adultos com doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO: Adultos:**

A dose recomendada é a inalação do conteúdo de uma cápsula uma vez por dia, usando o inalador Xoterna Breezhaler. Deve ser utilizado o inalador fornecido com cada nova prescrição. **Populações especiais de doentes:** **Compromisso renal:** pode ser usado na dose recomendada em doentes com compromisso renal ligeiro a moderado. Em doentes com compromisso renal grave ou com doença renal terminal que necessitem de diálise, este deve ser usado se o benefício esperado superar o risco potencial. **Compromisso hepático:** pode ser utilizado na dose recomendada em doentes com compromisso hepático ligeiro a moderado. Não estão disponíveis dados para a utilização em doentes com compromisso grave da função hepática. **População idosa:** pode ser utilizado na dose recomendada em doentes idosos (idade igual ou superior a 75 anos). **População pediátrica (<18 anos):** a segurança e eficácia não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Modo de administração:** As cápsulas de Xoterna Breezhaler devem ser administradas pela via inalatória oral e apenas com a utilização do inalador Xoterna Breezhaler. As cápsulas não devem ser engolidas. Xoterna Breezhaler deve ser administrado à mesma hora do dia todos os dias. Se for omitida uma dose, esta deve ser tomada assim que possível no mesmo dia. Os doentes devem ser instruídos a não tomarem mais do que uma dose por dia. As cápsulas devem ser sempre conservadas no blister de origem para proteger da humidade, e apenas retiradas imediatamente antes da utilização. Os doentes devem ser instruídos sobre como administrar o medicamento corretamente. Os doentes que não sentiram melhorias na respiração devem ser questionados se estão a engolir o medicamento em vez de o inalar. **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes de Xoterna Breezhaler. **ADVERTÊNCIAS/PRECAUÇÕES:** Xoterna Breezhaler não deve ser administrado concomitantemente com medicamentos contendo agonistas beta-adrenérgicos de longa duração ou antagonistas muscarínicos de longa duração. Xoterna Breezhaler não deve ser usado no tratamento da asma, os agonistas beta-adrenérgicos podem aumentar o risco de acontecimentos adversos graves relacionados com a asma, incluindo mortes relacionadas com a asma, quando utilizados no tratamento da asma. **utilização aguda:** não está indicado para o tratamento de episódios agudos de broncospasmo. **hipersensibilidade:** se ocorrerem reações de hipersensibilidade, em particular angioedema, urticária ou erupção cutânea, o tratamento com Xoterna Breezhaler deve ser descontinuado e deverá ser instituída terapêutica alternativa. **broncospasmo paradoxal:** administração de Xoterna Breezhaler pode resultar em broncospasmo paradoxal, o que pode pôr em risco a vida. Se tal ocorrer, o tratamento deve ser interrompido imediatamente e deverá ser instituída terapêutica alternativa. **efeitos antioligérgicos relacionados com glicopirrônio:** utilizar com precaução em doentes com glaucoma de ângulo estreito e retenção urinária. **efeitos sistémicos de beta-agonistas:** tal como com outros agonistas beta-adrenérgicos, deve ser utilizado com precaução em doentes com perturbações cardiovasculares (doença arterial coronária, enfarte agudo do miocárdio, arritmias cardíacas, hipertensão); em doentes com perturbações convulsivas ou tironotoxicose, e em doentes com resposta aumentada aos agonistas beta-adrenérgicos. **doentes com compromisso renal grave:** apenas deve ser utilizado se o benefício esperado superar o risco potencial em doentes com compromisso renal grave, incluindo os com doença renal terminal necessitando de diálise. **efeitos cardiovasculares de beta-agonistas:** tal como com outros agonistas beta-adrenérgicos, pode causar efeitos cardiovasculares clinicamente significativos em alguns doentes, evidenciados pelo aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e/ou sintomas, alterações no eletrocardiograma (ECG). **hipocalcémia:** os agonistas beta-adrenérgicos podem produzir hipocalcémia significativa em alguns doentes, o que potencialmente pode levar a reações adversas cardiovasculares. A diminuição do potássio sérico é usualmente transitória, não requerendo suplementação. Em doentes com DPOC grave, a hipocalcémia pode ser potenciada pela hipovolemia e pela terapêutica concomitante, o que pode aumentar a suscetibilidade a arritmias cardíacas.

hiperglicémia: A inalação de doses elevadas de agonistas beta-adrenérgicos pode produzir aumento da glicose plasmática. Ao iniciar o tratamento com Xoterna Breezhaler, a glicose plasmática deve ser monitorizada cuidadosamente em doentes diabéticos. Xoterna Breezhaler não foi estudado em doentes com diabetes mellitus inadequadamente controlado, portanto, é recomendada precaução e monitorização apropriada nestes doentes. Xoterna Breezhaler contém lactose. Doentes com problemas hereditários raras de intolerância à galactose, deficiência total de lactase ou má absorção de glicose-galactose não devem tomar este medicamento. **GRÁVIDEZ:** apenas deve ser usado durante a gravidez se os benefícios esperados para o doente compensarem os potenciais riscos para o feto. **TRABALHO DE PARTO: Informação relacionada com indacaterol:** tal como com outros medicamentos contendo agonistas beta-adrenérgicos, Xoterna Breezhaler pode inibir o trabalho de parto devido ao efeito relaxante no músculo liso uterino. **ALEITAMENTO:** apenas deve ser considerado se os benefícios esperados para a mulher compensarem qualquer potencial risco para a criança. **FERTILIDADE:** os estudos de reprodução e outros dados em animais não levantam preocupações no que respeita à fertilidade quer em machos quer em fêmeas. **INTERAÇÕES:** Não foram conduzidos estudos de interação específicos com Xoterna Breezhaler. A informação sobre o potencial de interações é baseada no potencial para cada uma das suas duas substâncias ativas. Não deve ser administrado conjuntamente com bloqueadores beta-adrenérgicos (incluindo colírios) exceto se existirem razões imperiosas para a sua utilização. Os fármacos conhecidos por prolongar o intervalo QT podem aumentar o risco de arritmia ventricular. A administração concomitante de outros agentes simpaticomiméticos pode potenciar os efeitos indesejáveis. O tratamento concomitante com derivados da metformina, corticosteroides ou diuréticos não-poupadores de potássio pode potenciar o possível efeito hipocalcémico dos agonistas beta-adrenérgicos. A inibição dos principais contribuidores para a depuração do indacaterol, CYP3A4 e glicoproteína P (P-gp) não tem impacto na segurança das doses terapêuticas. A administração com outros medicamentos que contêm antioligérgicos não foi estudada e portanto não é recomendada. Não se esperam interações medicamentosas relevantes quando glicopirrônio é coadministrado com cimetidina ou outros inibidores do transporte de cátiões orgânicos. **EFETOS INDESEJÁVEIS:** O perfil de segurança é caracterizado por sintomas beta-adrenérgicos e antioligérgicos típicos relacionados com os componentes individuais da associação. Outras reações adversas mais frequentes relacionadas com o medicamento foram tosse, ressecamento e cefaleias. **Reações adversas de Xoterna Breezhaler:** **Muito frequentes (>1/10):** infeção do trato respiratório superior. **Frequentes (>1/100, <1/10):** ressecamento, infeção do trato urinário, sinusite, rinite, hipersensibilidade, hiperglicémia e diabetes mellitus, torçuras, cefaleias, tosse, dor orofaríngea incluindo irritação da garganta, dispepsia, cólicas dentárias, obstrução da bexiga e retenção urinária, parestia*, dor torácica. **Pouco frequentes (>1/1.000, <1/100):** angioedema, insónia, glaucoma[†], doença cardíaca isquémica, fibrilhação atrial, taquicardia, palpitações, broncospasmo paradoxal, distonia, epistaxis, gastroenterite, xerostomia, prurido/eritema, dor musculoesquelética, espasmos musculares, mialgias, dor nas extremidades, edema periférico e fadiga. **Raros (>1/10.000, <1/1.000):** paralisias. [†]Reação adversa observada com Xoterna Breezhaler mas não com os componentes individuais. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** Novartis Europharm Limited. **REPRESENTAÇÃO LOCAL:** Laboratório Medifar-Produtos Farmacéuticos, S.A. Rua Manuel Ribeiro de Pavia, 1, 1^ª Venda Nova 2700-547 Amadora. Escalão de comparticipação: B (69%). Medicamento sujeito a receita médica. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM/representante local do titular da AIM. XOT_RCM201805_IJC_N07

Medicamento sujeito a receita médica. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM/representante local do titular da AIM. XOT_RCM201805_IJC_N07

Número verde: 800 204 661

LABORATÓRIO MEDIFAR - PRODUTOS FARMACÉUTICOS, S.A. | Rua Manuel Ribeiro de Pavia, n.º 1 - 1.ª, Venda Nova 2700-547 Amadora

Tel. 21 499 74 00 | Fax. 21 499 74 97 | email: medifar@medifar.pt | www.medifar.pt | Capital Social: €7.000.000,00 - Contribuinte n.º 500 384 045

Sob licença Novartis - Medicamento sujeito a receita médica. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM/representante local do titular da AIM.

Xoterna-2019-02-FL-01 elaborado em janeiro de 2019

MINISTRA ORDENA INSPEÇÃO À ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE)

Marta Temido diz que intervenções de dirigentes da OE justificam inspeção

Num comunicado divulgado pelo gabinete de Marta Temido é referido que a ministra determinou à Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) que realize uma sindicância à OE “com o objetivo de indagar indícios de eventuais ilegalidades resultantes das intervenções públicas e declarações dos dirigentes” e das atividades realizadas pela Ordem e respetivas prioridades de atuação, e eventuais omissões de atuação delas decorrentes, em detrimento da efetiva prossecução dos fins e atribuições que lhe estão cometidos por lei”.

Otra das questões prende-se com “a gestão da OE no que respeita às suas contas”.

Em declarações aos jornalistas à margem da recondução dos órgãos sociais da direção da Associação Nacional de Farmácias, dirigida por Paulo Cleto Duarte, a ministra disse que “são vários aspetos relacionados com o comportamento, com a postura, com a atuação da Ordem dos Enfermeiros e com aquilo que são os limites das intervenções das associações públicas profissionais, relativamente aos quais o ministério tem de estar vigilante e quando tem dúvidas tem de encaminhar para as entidades competentes”.

Marta Temido afirmou que existe “um conjunto de atuações relacionadas com a Ordem dos Enfermeiros que suscitam dúvidas do ponto de vista do seu enquadramento e o Ministério reportou às entidades competentes e estas entenderam que a melhor forma de fazer um apuramento concreto era através de um inquérito mais profundo”.

A governante sublinhou que este “é um processo que deve decorrer com a maior tranquilidade”.

“Havendo dúvidas sobre o enquadramento de alguns comportamentos e algumas atitudes e havendo entidades com competências específicas na matéria, o Ministério da Saúde incumbe-as (...) de fazer o reporte. Não vou, não devo, pronunciar-me e



entrar em detalhes sobre essas averiguações e devemos deixá-las decorrer com normalidade e com tranquilidade”, declarou a ministra.

Questionada sobre qual poderá ser o desfecho desta sindicância, Marta Temido respondeu que “só depois de se saber o resultado é que se poderá perceber em que é que o processo irá concluir”.

“Cabe à IGAS verificar se há ou não factos para mais consequências e só depois desse trabalho feito, com a necessária ponderação e respeito e até recato, é que haverá mais comentários relativamente ao tema”, declarou.

Questionada sobre um eventual

fim das Parcerias Público Privadas (PPP) na Saúde, Marta Temido respondeu que é um assunto sobre o qual não se pronuncia, pois atualmente “a discussão sobre quilo que venha a ser a Lei de Bases da Saúde decorre na Assembleia da República e deve deixar-se os deputados fazerem o seu trabalho, não interferindo nessa discussão”.

A ministra adiantou que estará, no entanto, sempre disponível para “ajudar a fazer pontes, diálogos, discussões para esclarecer aspetos técnicos”, referindo que o resto é trabalho dos deputados. No dia da tomada de posse da direção da ANF para o

tríenio 2019-2021, a ministra deixou como mensagem a “reafirmação do papel das farmácias em Portugal no contexto do sistema de saúde português e do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

“As farmácias têm sido e são um exemplo ímpar daquilo que é o papel do setor privado na construção do sistema de saúde e um parceiro ímpar no reforço do SNS e, portanto, continuamos a contar com as farmácias e com os farmacêuticos para garantirem a capilaridade de respostas e serviços cada vez mais diversificados e mais próximos das pessoas”, disse Marta Temido.

LUSA/SO

MIGUEL GUIMARÃES

Mudança de ministro foi pior para o setor

Miguel Guimarães acusa Ministério de andar meses a “empatar situações” e avisa que os médicos “não podem continuar a ser o bode expiatório”.



Bastonário acusa Centeno de empurrar médicos para fora do SNS

“**A** ministra da Saúde tem de ser responsabilizada pelo que está a fazer e pelo que não está a fazer. Os médicos não podem continuar a ser o bode expiatório do Ministério, que não funciona, que não se interessa pelos profissionais e pelos doentes. Isto já ultrapassou a linha vermelha”, declara o bastonário.

Miguel Guimarães diz que “são vários meses a tentar empatar as situações, graves, que fazem com que os doentes continuem a estar demasiado tempo à espera de cirurgia, de consulta, que fazem com que os doentes não tenham acesso a médico de família”.

“Temos uma situação complexa e temos promessas da ministra para resolver algumas situações depois de outubro, depois das eleições, o que não é sério”, lamenta.

Miguel Guimarães assume ainda que a mudança de ministro na área da Saúde, que ocorreu em outubro de 2018, não foi benéfica e que a situação piorou.

“Tínhamos acordado várias questões importantes e matérias fundamentais para a qualidade da Medicina com o anterior ministro da Saúde, Adalberto Campos Fernandes. A maior parte dessas coisas que tinham sido acordadas, de repente, voltou à estaca zero. Isto não é possível. Até parece que mudou o Governo. É extraordinariamente difícil trabalhar sem qualquer estabilidade”, queixa-se o bastonário, em dia de Fórum Médico, reunião que hoje junta em Lisboa a Ordem, sindicatos e associações do setor.



O representante dos médicos assume o “desconforto em relação à mudança de ministro”, com Marta Temido a substituir Campos Fernandes, alegando que passados “meses largos de atividade” a nova ministra não tem resolvido problemas nem dado andamento a processos que estavam em curso.

Miguel Guimarães recorda que a Ordem era também crítica do anterior ministro, mas estabeleceu diferenças:

“Apesar de tudo, quando [Campos Fernandes] tinha intervenções públicas, respeitava as pessoas. Raramente assumiu uma posição de falta de respeito perante os médicos ou enfermeiros. Esta ministra não. É muito complicado quando as pessoas que fazem o SNS todos os dias ouvem insinuações de que os médicos nem por 500 euros à hora trabalham, o que é uma falsidade, ou ouvem insinuações sobre vencimentos ou sobre os médicos serem responsáveis pelo que está a acontecer na saúde”.

Em relação aos médicos internos, o bastonário considera que Marta Temido criou uma “situação

inédita no país” ao conseguir “tê-los a todos revoltados”.

Aliás, Miguel Guimarães estima que os médicos internos (jovens médicos em formação de especialidade) “vão ter um papel muito importante” no Fórum Médico de hoje. “Estão com muita energia e querem fazer qualquer coisa mais forte”, disse.

A propósito dos jovens médicos, a Ordem decidiu que vai avançar com uma auditoria aos processos de atribuição de vagas para especialidade e de capacidade formativa dos serviços de saúde.

Lembrando que há médicos que em Portugal não têm acesso à especialidade, muito porque há jovens formados noutros países que tiram a especialidade em hospitais portugueses, o bastonário entende que é importante fazer uma auditoria sobre todo o processo que envolve a formação dos médicos para ver onde é possível melhorar.

Este era um dos projetos que a Ordem já tinha negociado com o anterior ministro da Saúde, mas que entretanto não avançou, lembra ainda Miguel Guimarães na entrevista à Lusa. **LUSA**

Miguel Guimarães entende que o Governo se tem “habitado a poupar na saúde” e considera que o ministro das Finanças empurrou vários médicos para o privado ou para trabalho no estrangeiro.

“Repare nas manobras que o ministro Centeno fez para não se contratarem médicos em Portugal. Os atrasos que provocou nos concursos, de quase um ano. Porque sabe que se os médicos estiverem muito tempo à espera [de concurso] têm outras opções e solicitações”, disse o bastonário, em entrevista à agência Lusa.

Miguel Guimarães referia-se ao concurso para mais de 700 médicos especialistas que concluíram o internato em 2017 e estiveram dez meses à espera, um atraso que na altura o bastonário classificou como uma “vergonha e drama nacional”.

“[Centeno] Empurrou os médicos para outras opções, ou para privado ou para fora do país. Se demoro dez meses a fazer um concurso, alguns médicos não ficam à espera e tomam outras opções”, insiste o bastonário.

A este propósito, Miguel Guimarães elogiou o PCP, que apresentou um projeto de lei, entretanto aprovado, que obriga à abertura de concurso para médicos recém-especialistas no prazo de 30 dias.

O bastonário volta ainda a alertar para os estrangulamentos financeiros do setor e para o subfinanciamento.

PROFISSÃO

Esclerose Múltipla: “Alentejo está muito desprotegido”



“Ir a Lisboa todos os meses tem custos que as pessoas não conseguem suportar”, alerta a enfermeira Sandra Carvalho, que, no seu caso, depende da “boa vontade da Cruz Vermelha”, que lhe leva a medicação todos os meses

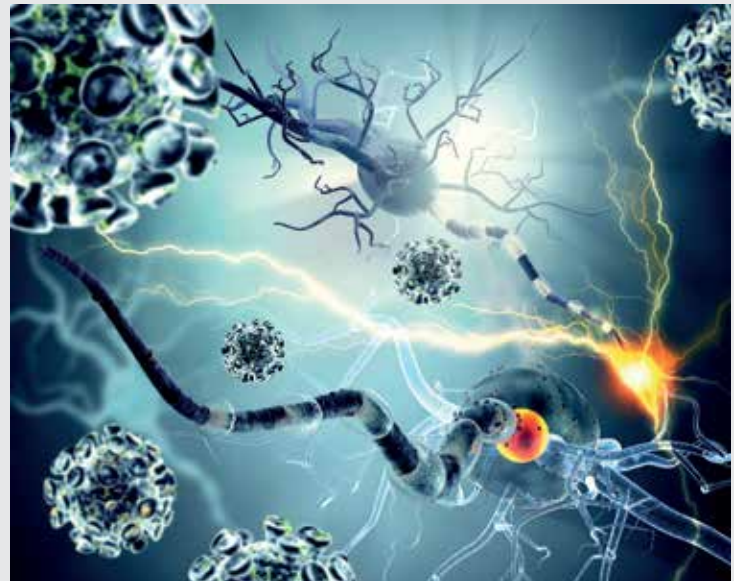
A região tem apenas três neurologistas a servir uma população de 440 mil pessoas. Muitos portadores de Esclerose Múltipla optam por ser seguidos em Lisboa, suportando as despesas. É o caso da enfermeira Sandra Carvalho, que fala numa “grande desigualdade”.

Todos os portadores de Esclerose Múltipla (EM) deveriam ter as despesas da especialidade de neurologia pagas pelo SNS. Contudo, na prática, a realidade não é essa. Muitos doentes residentes no Alentejo vêm-se obrigados a ir a Lisboa (ou a outras cidades, como Setúbal ou Almada) pelo menos duas vezes por ano, porque é aí que são acompanhados por um especialista. Como não são seguidos no hospital da sua área de referência, são obrigados a suportar o “custo das análises, dos tratamentos, das urgências”, critica Sandra Carvalho,

Coordenadora da Secção distrital da Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla (SPEM) de Portalegre e também ela portadora de EM.

No Alentejo, os dois neurologistas que exercem no Hospital de Évora (um deles já reformado, convidado a regressar ao hospital para suprir a carência de profissionais) e um outro colocado em Beja não conseguem dar resposta a toda a população. “Não podem acompanhar todos os doentes. É uma situação insustentável e não abduco de ser acompanhada em Santa Maria”, refere Sandra Carvalho, enfermeira no Hospital de Elvas. O hospital de Santa Maria, em Lisboa, tem uma consulta dedicado à EM, que conta, desde janeiro, com cinco médicos. “Sinto-me mais protegida indo a Lisboa”, admite. Para além da distância e dos custos, os portadores de EM que moram no Alentejo têm ainda um outro problema: o acesso à medicação. As regras definem que os doentes têm de levantar os medicamentos – essenciais para o controlo da doença – no hospital em que são seguidos. “Ir a Lisboa todos os meses tem custos que as pessoas não conseguem suportar”, alerta Sandra Carvalho, que, no seu caso, depende da “boa vontade da Cruz Vermelha”, que lhe leva a medicação todos os meses.

“Chego a ficar sem medicação, que faz toda a diferença na prevenção de surtos. No caso dos portadores de EM progressiva, pode significar o agravamento das sequelas e das suas limitações”, alerta. Sandra Carvalho relata também um caso de



uma doente de Portalegre que suporta o custo da fisioterapia que lhe foi prescrita, uma vez que não é vantajoso deslocar-se todos os dias a Évora (a mais de 100 quilómetros), onde é seguida.

“Estamos perante uma grande desigualdade. No mesmo país, nem todos temos os mesmos direitos”, critica.

Falta registo nacional

Não se sabe ao certo quantas pessoas com EM existem em Portugal. As últimas estimativas apontam para um universo de 8 mil doentes mas continua a faltar um registo nacional, que é ainda mais necessário nas regiões do interior (como o Alentejo, onde muitas pessoas vivem isoladas e longe dos cuidados de saúde), diz a dirigente da SPEM, que defende que, “havendo um registo, há uma maior facilidade no acompanhamento do doente e uma maior certeza dos números”.

Outro problema que a SPEM tenta combater é a falta de informação da população em geral sobre a doença. Trata-se de uma doença com sintomas muito diversos (conhecida como a doença das mil faces), facilmente confundíveis com outras patologias. A 1ª edição da Feira da Saúde de Elvas, que decorreu no dia 7 de abril, contou com a presença da Casa da Esclerose Múltipla, um espaço que simula as dificuldades sentidas pelos portadores de EM, mostrando as limitações com que esta população se confronta no dia a dia.

“A casa esteve exposta na feira com todos os rastreios para analisar a glicemia, a tensão arterial, lesões na pele, saúde vascular. Também incentivámos a prática de exercício físico e de uma alimentação saudável. Tivemos bastante adesão”, diz Sandra Carvalho, que foi a principal dinamizadora da Feira.

Tiago Caeiro

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

PROFESSORA DOUTORA FÁTIMA SEREJO

“80% dos casos de hepatite C poderiam ser tratados nos Centros de Saúde”

Em entrevista ao nosso jornal, a Professora Doutora Fátima Serejo do Serviço de Gastrenterologia do Hospital de Santa Maria, responsável pela consulta de terapêutica antivírica, defende que cerca de 80% dos doentes poderiam ser tratados pelos respetivos médicos de família. Desta forma, assegurava-se o objetivo de eliminar a infeção enquanto problema de saúde pública, um objetivo proposto pela Organização Mundial, a atingir em 2030.

Saúde Online (SO) | O advento dos novos antivirais de ação direta veio alterar profundamente o paradigma de tratamento da hepatite C?

Professora Fátima Serejo (PFS) | Foi um acontecimento científico equiparável a outros como a descoberta da penicilina. Com a descoberta destes novos antiviricos de ação direta (AAD), conseguimos pela primeira vez na história da medicina, curar um vírus associado a uma doença crónica. Os demais vírus controlam-se, mas não se curam, são exemplos o vírus da hepatite B e o HIV. Foi um avanço extraordinário o que me leva a não entender como é que hoje ainda se questiona a necessidade de tratar esta infeção, promotora de uma doença hepática potencialmente fatal.

Há quem questione o tratamento?

Portugal foi pioneiro em 2015 na disponibilização universal dos novos AAD. Os decisores políticos e a Indústria Farmacêutica acordaram um plano estratégico para o tratamento de todos os doentes diagnosticados e que neste momento já incluiu cerca de 20 mil casos. Foi uma mudança extraordinária, já que até então vingava a ideia de que se deveriam tratar apenas os casos mais graves, como os doentes com cirrose hepática. Ora a verdade é que a cirrose não tem cura. Nessa situação a infeção é eliminada, mas a doença hepática avançada mantém-se. Estes doentes continuam a necessitar de ir às consultas nos hospitais e mantêm o risco das complicações que tinham antes. Felizmente vingou a ideia de que todos deveriam ser tratados, o que foi extraordinário.

Têm surgido queixas de 2015 para cá, de que o acesso já não é tão fácil como era no início... Sente isso na sua consulta?

Agora, de facto, as coisas deveriam ser mais fáceis do que estão. Hoje temos oportunidade com os novos medicamentos pangenotipos, de facilitar o acesso ao tratamento a todos os infetados. Como referi, Portugal já tratou mais de 20 mil doentes, estamos a fazer bem mas podíamos fazer melhor.

Como assim?

Podíamos facilitar o acesso ao tratamento se tivéssemos maior disponibilidade dos medicamentos. Os medicamentos precisam de ser autorizados e o tempo de espera continua a ser excessivo. Continuamos a ter de preencher uma série de parâmetros num portal (o portal da Hepatite C), o que nos toma imenso tempo e nos obriga a pedir análises atualmente desnecessárias e que aumenta os custos da investigação inicial prévia ao início da terapêutica. Seria muito útil modificar o Portal da hepatite C de modo a tornar opcional o preenchimento de alguns parâmetros, de acordo com a escolha do medicamento.

Há parâmetros que já não são necessários?

Há muitos que já não são necessários! A genotipagem pode não ser necessária como também não é necessária a avaliação da fibrose para iniciar o tratamento antivírico. É importante avaliar a fibrose para perceber se o doente curou a infeção e a doença hepática ou se tem uma doença mais evolutiva, que

apesar de já não ter o vírus, precisa de continuar a ser seguido. Contudo, a sua avaliação não deve ser um bloqueio ao início do tratamento, uma vez que pode ser efetuada em qualquer altura.

Sobressai também, nas reuniões sobre o tema, uma certa resistência em delegar competências em outros profissionais de saúde, como os médicos de família. Ao contrário do que se faz lá fora onde há países, como a Austrália, onde são os enfermeiros que tratam as infeções por VHC

Há resistência, que pode ser explicada com a evolução do tratamento da infeção por VHC. De facto, antes de surgirem os novos AAD, o tratamento da hepatite C era tão complexo que só um profissional especializado podia tratar. Era o tempo dos interferões, com muitos efeitos secundários, pouca eficácia. Contudo, a ciência nesta área evoluiu de tal forma, que hoje o especialista deveria apenas intervir para esclarecer dúvidas que possam surgir, delegando nos cuidados primários o tratamento da maioria destas infeções. Sublinhe-se que o hospital e o médico especialista têm de estar sempre presentes para as situações mais complicadas, mas só nessas circunstâncias.

Uma função de consultoria?

Precisamente. Nós temos cerca de 22 a 25% dos doentes que ainda têm cirrose hepática. Esses têm de ser tratados por nós ou por médicos que saibam como fazer o follow-up periódico para evitar complicações.



Mas para tratar a Hepatite C não é preciso. Não é preciso. 80% dos doentes com hepatite C não têm cirrose hepática. E aqui, não tenho dúvidas em afirmar que o tratamento é mais simples do que o tratamento da hipertensão arterial ou da diabetes. Hoje, com um comprimido por dia e com poucos efeitos secundários, conseguimos tratar 97,5% dos doentes.

Em França, por exemplo, o doente vai buscar a medicação ao hospital e já vai com a indicação de que tem de tomar os medicamentos naqueles dias. Vai para casa e toma-os. Entre o diagnóstico e o acesso ao medicamento não passa uma hora de intervalo. Por cá é assim?

Neste momento, o seguimento de um doente meu em Santa Maria está simplificado. O doente é diagnosticado, eu peço as análises e ele faz a colheita das mesmas no próprio dia. Eu vejo as análises, peço a medicação no portal e só chamo o doente quando a medicação está autorizada.

Posteriormente o doente vai mensalmente à farmácia do hospital levantar o medicamento.

A medicação mensal não é uma limitação?

Poderá ser, in extremis... Mas é necessária, desde logo porque nos permite aferir a adesão à terapêutica e intervir caso haja algum problema de descontinuidade.

Se ele não for a segunda vez... É porque não houve adesão...

Exatamente. Se não fosse por isso, o doente levava toda a medicação para casa e passados 3 meses após ter terminado o tratamento vinha fazer o follow-up para perceber se estava ou não curado! Hoje são necessárias apenas 3 consultas médicas para avaliar e tratar. Na 1ª avalia-se a infeção, na 2ª inicia-se o tratamento e na 3ª avalia-se a eficácia do mesmo. Já não é necessário fazer análises durante o tratamento. A avaliação do RNA do vírus é útil no final das 12 semanas de follow para confirmarmos a eliminação e a cura. Com esta estratégia podemos reduzir muito os custos associados ao seguimento e ao tratamento desta infeção.

Outra questão que tem vindo a ser colocada é a de acessibilidade ao médico, com muitos especialistas a advogar que devem ser os médicos a ir ao encontro dos doentes e não o contrário, como hoje acontece...

Não concordo que sejam os médicos especialistas a ir aos locais tratar os doentes. Acho que o médico especialista deve formar os profissionais de saúde que prestam cuidados de

proximidade, na área da residência dos utentes, como os médicos de família, para que estes prestem os cuidados necessários.

Sendo o médico de família um médico que, quando surge um novo medicamento não precisa de formação muito especializada para prescrever, essa formação dada ao médico de família também não é nada do outro mundo, pois não?

Não é nada do outro mundo! Eu dou muita formação a profissionais de saúde e é muito fácil abordar este tema. Há imensas doenças que o médico de família tem de abordar, muitas delas certamente mais difíceis do que a infeção por VHC. Contudo, para que esta estratégia seja possível é necessário ter facilitado o acesso ao medicamento e haver disponibilidade dos diversos profissionais para o fazer.

Para estes médicos, até pode ser mais vantajoso que sejam eles a tratar os doentes. Atualmente, têm de referenciar para o especialista hospitalar...

Concordo plenamente. Cerca de 80% dos doentes com hepatite C não precisam de ser tratados por médicos especialistas – França, Austrália e Egito já estão a fazer isto.

Em França, a consulta e o levantamento da medicação demora entre 25 e 30 minutos. Em Portugal, a realidade é bem diferente.

Ficamos à espera da capacidade hospitalar porque os medicamentos têm de ser libertados no hospital. No HSM demora um ou dois meses, mas nalguns hospitais chega a ser muito mais demorado!. Nos EUA, há zonas em que os toxicodependentes e os sem-abrigos estão ligados a centros específicos, onde existem médicos e enfermeiros que os acolhem. Automaticamente são avaliados e tratados – e o medicamento é libertado na farmácia da zona.

Portugal comprometeu-se com a OMS a eliminar a Hepatite C até 2030, enquanto problema de saúde pública. Sendo que das 47 prisões portuguesas, apenas 20 estão cobertas por um programa de tratamento, este objetivo é alcançável? Quando ouvimos que, na península de setúbal, ninguém consegue iniciar tratamento em menos de um ano, que existem hospitais da região Norte que demoram 6 meses a libertar o tratamento e que nas prisões é a boa vontade dos médicos que ainda faz alguma coisa...

É mesmo a boa vontade dos médicos que ainda faz alguma coisa. Eles ficam zangados comigo quando eu digo que estamos a fazer bem mas estamos longe de ter uma estratégia de eliminação



– porque não há uma estratégia nacional. Por isso, se não mudarmos as mentalidades e a vontade, não acredito que consigamos eliminar esta infeção, muito menos em 2030. Temos de ir aos grupos de risco aonde estão os doentes que sabemos que estão infetados. Quais são? Os reclusos e os utilizadores de drogas.

No entanto, mesmo que se atingissem esses dois alvos, não seria suficiente, era preciso fazer mais....

Neste momento, temos uma prevalência do VHC em Portugal que é entre 0,3% e 0,5%. Na população de risco (toxicodependentes) ultrapassa os 8%. Há estudos que mostram que a maior percentagem de doentes com hepatite C em Portugal infetou-se entre a década de 70 e a década de 90. Foi uma transmissão através de injeções, transfusões de sangue, tatuagens. As pessoas dizem que esse grupo já foi tratado, mas eu tenho dúvidas. Em 2015, na AASLD (reunião americana de Hepatologia) aonde foi apresentado o primeiro trabalho do sofosbuvir, havia uns panfletos à entrada que diziam: “Conheça a sua ALT”. Isto era uma forma de incentivar as pessoas a fazerem as provas hepáticas na consulta com o seu médico de família. Porque uma forma simples de percebermos se um doente tem uma doença hepática é pedir as transaminases.

A professora defende o rastreio universal, pelo menos uma vez na vida, pelo médico de família?

Porque não? Tem que se fazer uma avaliação de custo-efetividade. Portugal não tem este trabalho feito. Têm que se fazer estudos para perceber se justifica essa estratégia ou se é preferível eliminar primeiro o vírus nos grupos de risco. Fazer esse rastreio seria o ideal. Agora, se é impossível atingir o ideal, temos de começar a fazer alguma coisa, ou seja, fazer o que estamos a fazer neste momento, mas com uma estratégia nacional com foco nos grupos de risco para a infeção. Há muitos países que estão a optar pela estratégia de microeliminação porque é mais rápida e mais fácil de controlar. Agora atuar só nesses grupos provavelmente não chega para termos as metas cumpridas em 2030.

Os custos do tratamento são agora, com a cura, menores do que eram no passado, em que não havia cura...

Os custos da investigação e os custos que estes doentes trazem ao país por andarem permanentemente em consultas e internamentos são enormes! Se tratarmos corretamente, no futuro vamos ganhar imenso em anos de vida dos doentes e em custos. Não podemos esquecer que estamos a falar de uma infeção e de uma doença que se curam. Se esta doença matasse num mês (como o ébola) toda a gente ia querer tratar, mas como é uma doença silenciosa e de evolução mais ou menos longa, é fácil não ligar. Se fosse uma doença com impacto visível tudo já estaria modificado para facilitar a sua eliminação. ♥

Miguel Múrias Mauritti



PROGRAMA GILEAD GÉNESE

INCENTIVAMOS CIÊNCIA
FOMENTAMOS SAÚDE



COM O AITO PATROCÍNIO
DE SUA EXCELÊNCIA

O Presidente da República



GILEAD



USF João Semana

10 anos
ao serviço do utente

Localizada mesmo em frente do Hospital Francisco Zagalo, em Ovar, a Unidade de Saúde Familiar (USF) João Semana alicerça-se numa equipa multiprofissional muito unida para a qual o “humanismo do João Semana” não deixa que os obstáculos que amiúde vão surgindo constituam entrave à prossecução do seu objetivo: “garantir qualidade de vida aos utentes”.



Dr. Vítor Ferreira, coordenador da USF João Semana: Passagem para modelo B “foi um desafio que teve que partir de um núcleo de pessoas que estivessem unidas e que se dessem bem”

Prestes a assinalar o seu 10º aniversário, a USF João Semana mantém o mesmo espírito de equipa e resiliência que possibilitou a sua constituição no dia 15 de dezembro de 2008 e que hoje permite dar resposta às necessidades dos 18.946 utentes que serve.

Essa mesma resiliência, característica da personagem do romance de Júlio Dinis que lhe deu nome, foi notória, e crucial, na passagem para modelo B, que ocorreu em 11 de março de 2011. “O mais difícil foi a mudança radical no modo de trabalhar, introduzida pelo novo modelo, o

mais avançado no âmbito dos CSP. Até então as pessoas estavam a trabalhar de uma forma completamente diferente. Foi necessário um novo mindset para que tudo funcionasse melhor, sobretudo numa equipa que estava um pouco envelhecida”, recorda o Dr. Vítor Ferreira, coordenador

da USF João Semana, acrescentando que “foi um desafio que tinha que partir de um núcleo de pessoas que estivessem unidas e que se dessem bem”.

O médico responsável, acompanhado pela Dra. Alexandra Ramalho, pela enfermeira Manuela Reis e pela secretária clínica Eliana Nunes (Conselho Técnico), revelou que desde aí “muita coisa mudou”, uma vez que “esta passagem coincidiu com a revolução informática. As pessoas com idade mais avançada tinham alguma relutância, mas ao aderirem a este projeto abriram-se a essas inovações tecnológicas”.

Alguns dos membros que integram a equipa já vinham do centro de saúde que opera no mesmo edifício, localizado em frente ao Hospital de Ovar. O edifício em que se insere a USF é partilhado com inúmeros serviços: Unidade de Cuidados Continuados, Unidade de Saúde Pública, Consulta de Medicina Dentária, Consulta de Tuberculose e ainda a Consulta Aberta, que funciona das 20h às 24h e que atende utentes de fora do concelho de Ovar, e que por vezes resulta numa situação de conflito, uma vez que as pessoas destinadas a estas consultas, sobretudo à Consulta Aberta, não compreendem a organização do espaço



partilhado, provocando algumas situações de desagrado. Mas, conflitos à parte, com os utentes da USF João Semana, cerca de 1800 por médico, o cenário é diferente, existindo um compromisso com a sua equipa médica.

Proximidade com o utente

Entre as patologias mais comuns de uma população “que não é extremamente envelhecida”, como acontece noutros pontos do País, destacam-se as doenças psiquiátricas, osteoarticulares e metabólicas. “Os utentes que estão incluídos em grupos de risco ou vulneráveis são convocados de forma proactiva pela unidade”, explica Alexandra Ramalho. “Se falham à consulta, no próprio dia ligamos para saber o que se passou e convocamos novamente”, acrescenta o médico Vítor Ferreira. Caso o utente volte a falhar a consulta, os membros da equipa tornam a contactar para perceber o motivo e informar sobre a oferta de serviços da unidade. “Por vezes os horários das pessoas não são compatíveis com os horários dos programas e disponibilizamos horas pós-laborais para facilitar a vida e conseguirmos ganhar esses utentes”, justifica Vítor Ferreira. Contudo, há áreas onde o absentismo é notório, reconhece, exemplificando com a consulta de Planeamento Familiar. Ainda assim, Alexandra Ramalho garante que a proximidade com o utente é marcante nesta unidade, isto porque “se organizarmos a prestação de cuidados centrando no doente e se explicarmos qual é o nosso papel na vigilância da sua patologia, os utentes não nos abandonam, nem o hospital quando têm a indicação para serem lá seguidos, e nunca deixam de ser nossos”.

No caso dos utentes que não comparecem há algum tempo, ou dos recém-inscritos, a USF dispõe ainda de um folheto informativo para explicar quem é a sua equipa de família – o médico, a enfermeira e a técnica administrativa responsável – com os contactos da unidade, horários e serviços que disponibiliza.



Dr.ª Alexandra Ramalho: “O utente dá muita importância ao facto de existir um plano de vigilância que lhe é destinado”



Para além das consultas de acompanhamento, que tentam cumprir, a unidade dispõe ainda de uma carteira adicional de serviços que engloba a consulta de alcoologia e pequena cirurgia, a funcionar ambas, duas vezes por semana. A pensar na comunidade, a USF organiza, em protocolo com a Câmara Municipal de Ovar, caminhadas orientadas por professores de educação física, que decorrem às terças e sextas de manhã. “Começaram a aparecer mais pessoas e houve necessidade de marcar novas datas,

até porque as pessoas têm diferentes ritmos e necessitam de acompanhamento. São referenciadas pelos médicos e pelos enfermeiros no âmbito da educação para a saúde”, explica Alexandra Ramalho.

Más instalações são a principal barreira

A certificação obtida a 28 de setembro de 2018, foi conseguida com a responsabilização de um grupo interno de profissionais, de todas as classes profissionais, e

que conduziram toda a equipa durante o processo.

Uma das principais inconformidades no decorrer do processo de acreditação estava associada às instalações da USF, que são limitadas. Um exemplo, recordado pela enfermeira Manuela Reis, é o de há muito tempo ter sido solicitado um fraldário para o WC da USF, que acabaria por ter de ser improvisado na entrada, não garantindo a higiene máxima e a privacidade do utente, sendo esta última uma das principais consequências da atual disposição do espaço.

“A questão que deve ser mais relevante, em que a estrutura física é uma barreira importante, é a privacidade do utente e do profissional, e conseguirmos garantir a confidencialidade do que se passa na consulta. Na altura, foi muito complicado e partiu da unidade a necessidade de criar processos internos de forma a garantir o mínimo aceitável de privacidade de um utente que recorre à USF”, explica Alexandra Ramalho, considerando que, nesse sentido, o processo de acreditação “trouxo benefícios internos de discussão em todas as áreas de funcionamento da unidade. Essa procura de rigor em todos os circuitos da acreditação, apesar de ter exigido um grande esforço, foi muito positiva. A relação entre os membros e profissionais da USF terá sido o nosso melhor bem; o nosso ativo mais valioso”. Saliente-se, todavia, que alguns dos procedimentos da acreditação já decorriam antes do processo, mas foram melhorados e continuam a ser. “Há pequenas coisas, quase formalismos, que têm que ser cumpridos. Já se faziam, mas têm que ser ajustados aos que os próprios standards exigem”, afirma Vítor Ferreira.

“Acho que este é o maior desafio para o futuro: manter o espírito humanista do João Semana e conseguirmos conciliar o rigor dos procedimentos e dos registos informáticos, com a melhoria persistente dos indicadores de desempenho”, reforça Alexandra Ramalho.

Novo modelo de contratualização com “aspectos redutores”

Sobre os indicadores, na perspectiva da médica, espera-se uma longa evolução deste novo modelo de contratualização, não estando ainda a unidade a cumprir o esperado: “a uniformização das exigências é um aspeto determinante em qualquer processo de avaliação. O esperado para este modelo de contratualização é que os resultados dos indicadores tenham em consideração as características da USF e da sua população e, talvez nesse aspeto, o atual modelo ainda não tenha atingido esse patamar, mas poderá ser essa a evolução que veremos nos próximos anos”, afirma, atentando que outro dos “aspectos redutores” deste novo modelo é a existência de poucos indicadores para os programas de vigilância, “por exemplo, quando tratamos um diabético, não nos importa apenas a hemoglobina A1c”. Ainda assim, reconhece que “um dos aspetos positivos [do novo modelo de contratualização] é que abrange outras áreas como a atividade científica, a formação, a acessibilidade, que não eram avaliados anteriormente”.

Por sua vez, Eliana Nunes lamenta a ausência de indicadores para os secretários clínicos, considerando que é a classe “que fica sempre de fora”. “Embora façamos parte da equipa e termos um papel proactivo, queríamos indicadores e objetivos quantificáveis, e queríamos ser avaliados tal como os médicos e os enfermeiros”, refere. Também Manuela Reis chama à atenção para o facto do novo modelo de contratualização impor um limite de consultas a um só utente pelo seu enfermeiro de família, quando também é exigido que o utente seja sempre atendido pelo mesmo, salientando que “os nossos utentes querem ser atendidos pela sua equipa da família”. Relativamente aos indicadores relativos aos custos dos medicamentos, Alexandra Ramalho refere que “essa foi uma evolução que já estava a ocorrer

antes da acreditação” com a formação interna sobre as patologias mais frequentes e que resultou numa “melhoria no âmbito da hipertensão arterial”. “Neste momento, a USF está numa fase de continuidade de monitorização de todos os processos assistenciais, mas anterior ao processo de acreditação já tínhamos um sistema de auto monitorização interna dos indicadores”, salienta.

“Em relação aos gastos de medicação, ao incluírem um enfermeiro na consulta de diabetes, vai-se insistir muito na gestão terapêutica da doença, por exemplo, se adotou um estilo de vida de acordo com a sua patologia, está a administrar bem a insulina; se está a fazer a medicação conforme o médico prescreveu. E isso vai acarretar muita economia em termos de gastos”, complementou a enfermeira Manuela Reis.

Nesta USF foram implementados processos integrados para algumas patologias como a diabetes e a hipertensão, por exemplo. Para cada classe profissional estão delineadas atividades estratégicas nesse âmbito, sendo que “cada grupo sabe o que está



Enf.ª Manuela Reis: “Os nossos utentes querem ser atendidos pela sua equipa da família”

a fazer nestas áreas. Quando o utente chega e vem à consulta da Diabetes ou Hipertensão, a administrativa informa-o sobre tudo o que está relacionado com esta consulta, em seguida vai para o enfermeiro e o utente já sabe que o seu circuito vai passar por mim”, explica Alexandra Ramalho, considerando que este sistema funciona porque

“o utente dá muita importância ao facto de existir um plano de vigilância que lhe é destinado e sabe a importância do esquema que lhe propomos”, sendo esta uma mais-valia para o utente e para a USF. “O nosso objetivo é conseguirmos ter uma estratégia para garantir a qualidade de vida para os utentes”, conclui.



Enf.ª Manuela Reis, Dr.ª Alexandra Ramalho, Dr. Vitor Ferreira e Eliana Nunes

ASTRAZENECA

'Prémio FAZ Ciência 2019' distingue Investigação de medicamento contra o cancro

A seleção do vencedor foi feita por uma Comissão de Avaliação composta por cinco reconhecidos especialistas nacionais na área da Imuno-Oncologia.

Contribuir para melhores tratamentos de imunoterapia contra o cancro é o grande objetivo do projeto 'Reguladores celulares e moleculares de células T $\gamma\delta$ multifacetadas no microambiente tumoral', do Instituto de Medicina Molecular – João Lobo Antunes (IMM), que se dedica à investigação de um conjunto de linfócitos que infiltram o tumor e que podem contribuir para a sua progressão. Uma investigação que venceu o 'Prémio FAZ Ciência 2019', uma iniciativa da Fundação AstraZeneca (FAZ) e da Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO), que distingue o melhor projeto de investigação translacional em Imuno-oncologia desenvolvido em Portugal. O prémio, que se traduz numa bolsa de trinta e cinco mil euros, foi entregue ontem, em Lisboa, numa cerimónia que decorreu na residência do Embaixador do Reino Unido, em Lisboa.

Tendo em conta que as células do sistema imunitário são uma componente importante do microambiente tumoral, influenciando de forma significativa a progressão do cancro, os investigadores do IMM identificaram dois subconjuntos destas células que desempenham papéis opostos na progressão do tumor: enquanto um estimula a resposta contra o cancro, o outro promove o seu crescimento. O que controla este equilíbrio é o que falta perceber e é o que se pretende com este trabalho, reconhecido pela sua importância com o 'Prémio FAZ



Ciência', que pela segunda vez premeia a investigação que se faz em Portugal nesta área.

Tal como em 2018, foram submetidos diversos projetos a concurso, com elevada qualidade e representativos de vários grupos de investigação, o que representa o consolidar de um novo paradigma no panorama da investigação em Portugal.

Para Paulo Cortes, Presidente da SPO, parceira deste projeto, "esta iniciativa dá corpo a um dos desígnios maiores da SPO ao promover o conhecimento e interligação entre os vários grupos de investigação, cooperativos e universidades, nacionais e internacionais. Neste sentido, continuamos a abraçar esta parceria

com a Fundação AstraZeneca na atribuição do prémio FAZ Ciência com a maior satisfação e empenho".

Rosário Trindade, Vice-Presidente da Fundação AstraZeneca, abraça também esta ideia, de que "o futuro da saúde passa pelo constante investimento em investigação, centrado nas necessidades dos doentes, capaz de mudar o paradigma do tratamento e da gestão da doença.

E é essa investigação que o Prémio FAZ Ciência quer incentivar e premiar".

A seleção do vencedor foi feita por uma Comissão de Avaliação composta por cinco reconhecidos especialistas nacionais

na área da Imuno-Oncologia: Carmo Fonseca, Presidente do Instituto de Medicina Molecular (IMM) e Professora Catedrática na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Paulo Cortes, Presidente da SPO e Coordenador da Unidade de Oncologia do Hospital dos Lusíadas, José Carlos Machado, Vice-Presidente do Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto (Ipatimup) e Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, José Dinis Vogal (norte) da SPO, Diretor da Unidade de Investigação Clínica do IPO do Porto e Noémia Afonso, Secretária da SPO e Oncologista no Hospital de Santo António.

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

ANA JORGE

“Não teremos SNS se não tivermos recursos humanos”

“Não vamos ter SNS se não tivermos recursos humanos, que são, de facto, o principal desafio primordial do Serviço Nacional de Saúde”, disse a antiga Ministra da Saúde

Ana Jorge, que foi ministra da Saúde nos governos socialistas liderados por José Sócrates, participou terça-feira numa sessão pública sobre o SNS, organizada pelo Bloco de Esquerda.

Na iniciativa que decorreu em Lisboa, a antiga governante defendeu que da “resolução destas questões dependerá a qualidade e a eficácia da prestação dos cuidados de saúde aos portugueses”.

Para a antiga ministra, sente-se “nos profissionais uma certa desilusão com o serviço público, sem reconhecerem esses mesmos profissionais que a sua formação e a capacidade de serem excelentes profissionais se deve às características do Serviço Nacional de Saúde”.

“Não basta aumentar o



financiamento. Os profissionais – médicos, enfermeiros, técnicos, administrativos, todos – têm de voltar a ter orgulho a trabalhar no SNS”, salientou, reforçando que a questão crucial é “aquilo que é a vontade e a fixação dos profissionais ao sistema”.

Na ótica da médica, “é um erro e é grave aquilo que acontece”, referindo que “o afastamento precoce dos profissionais das equipas estruturadas leva a médio prazo a um empobrecimento da sua diferenciação, com as consequências na qualidade dos cuidados prestados e na formação de novos profissionais”.

“Estamos em risco de não ter capacidade interna, dentro das instituições, de formar novos profissionais, e não é nem o setor privado, nem o setor das PPP [parcerias público-privadas], que vai garantir a formação de qualidade dos novos profissionais”, alertou, notando que “isso é de facto preocupante”.

Ana Jorge falou ainda na exclusividade dos profissionais de saúde, referindo que “ninguém

pôs em causa” esta questão aplicada ao setor privado.

“Hoje não há ninguém que trabalhe em grandes hospitais do setor privado que não tenha obviamente uma exclusividade com aquele empregador, e isso no público não está garantido e não é bem visto”, venceu a antiga governante.

Assim, salientou, “o espírito de equipa tem de ser reconstruído com profissionais que estejam em carreiras que valorizem a competência, a produtividade, os resultados”, e “a inovação pela qualidade tem de ser uma constante”, pelo que “as práticas têm de ser recompensadas e reconhecidas”.

Ana Jorge advogou ainda que a dedicação exclusiva ao SNS é algo que “tem de voltar a ser reinventado”.

Ministério diz que pediu investigação a colonoscopias. Regulador desmente

Em causa a realização de colonoscopias de rastreio (melhor remuneradas) em detrimento das de acompanhamento

A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) garante que não ter recebido nenhum pedido, por parte da do Ministério da Saúde, para investigar a alegada prioridade dada por hospitais públicos às colonoscopias de rastreio, avança o Jornal de Notícias. No entanto, o gabinete da ministra da saúde diz que o ofício a ordenar a investigação já foi enviado para a ERS.

No final de Março, a Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia (SPG) acusava os hospitais de só se preocuparem com os lucros,



remetendo para segundo plano as colonoscopias de acompanhamento (feitas aos doentes com problemas identificados e seguidos por um especialista)

e privilegiando as de rastreio. A diferença de valores pagos por cada exame é enorme: enquanto no primeiro caso a tutela atribui apenas 169,73 euros, no caso

dos exames de rastreio (inseridos no âmbito da prevenção do cancro colorretal) paga 378 euros.

Logo depois da denúncia, a ministra Marta Temido frisou que era necessário “perceber se há ou não casos que suscitem esse comentário ou, se porventura, não tem fundo de verdade e não merece preocupação”. O gabinete da ministra garante que enviou o ofício à ERS a 26 de março mas, mais de três semanas depois, a entidade reguladora ainda não o recebeu. ❤️

Tiago Caeiro

FRANCISCO GEORGE, PRESIDENTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

“A greve não é um direito para médicos e enfermeiros”

Ex-diretor geral de Saúde diz-se “chocado” com as greves dos últimos meses na saúde, elogia Marta Temido e defende a extinção da ADSE.

“**N**ão concordo com paralizações nem de médicos nem de enfermeiros”. Quem é o diz é o ex-diretor geral de Saúde, Francisco George, em entrevista ao jornal Público e à Rádio Renascença. “Sou a favor de movimentos grevistas, quando são justos, e sobretudo quando são contra patrões. Acontece que o doente não é o patrão do grevista. E esta é que é a grande diferença. O grevista lesa o patrão, mas quando o grevista é médico ou enfermeiro não está a lesar o patrão, está a lesar o doente”, afirma o atual dirigente da




Cruz Vermelha Portuguesa.

“Nenhum doente, a meu ver, devia ser molestado, devia ser desassossegado quando vai a uma consulta e vê que há greve. E depois são mais seis meses. Isto é inaceitável, intolerável no plano de ética que eu observo”, justifica. As

greves de médicos e enfermeiros “não fazem sentido, não podem existir”. “No meu entendimento, a greve não é um direito para médicos e enfermeiros”, completou. Na mesma entrevista, Francisco George defendeu também o fim da ADSE, uma vez que considera existirem condições para um serviço 100% público. “Hoje temos um serviço que cobre o litoral, o interior, o norte, o sul, as regiões autónomas e os funcionários públicos não são o mesmo. Repare: 600 milhões de euros para pagar a serviços privados prestados pelos médicos que vêm do público e fazem umas horas

no privado. Com a agravante de os hospitais privados terem ido buscar os melhores”, critica.

O médico especialista em Saúde Pública elogia a atual ministra da Saúde. “Há poucas mulheres jovens como ela, com capacidade intelectual, de conhecimento, para gerir uma pasta como a da Saúde. Durante três anos em que trabalhamos juntos no Ministério da Saúde, eu como diretor-geral e ela presidente da Administração que geria nove mil milhões de euros por ano, que geriu de forma absolutamente vertical e notável!”. 

Tiago Caeiro

SIM quer ser ouvido sobre alteração ao funcionamento das perícias médico-legais

Roque da Cunha, disse que foi com surpresa que tomou conhecimento desta proposta de lei aprovada um ano depois de os sindicatos terem concordado um acordo coletivo de empregador público no instituto.



“Fomos surpreendidos pelo Governo ter aprovado em Conselho de Ministros uma proposta de lei sobre a alteração ao funcionamento das perícias médico-legais sem falar com os sindicatos”, explica Jorge Roque da Cunha

O Conselho de Ministros aprovou a 18 de abril uma proposta de lei que permite ao Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses (INMLCF) a realização de autópsias aos fins-de-semana e feriados com o objetivo de “melhorar a capacidade e eficiência da resposta pericial por parte do instituto” e diminuir o tempo de espera no início da semana.

Em declarações à agência Lusa, o secretário-geral do SIM “Fomos surpreendidos pelo Governo ter aprovado em Conselho de Ministros uma proposta de lei sobre a alteração ao funcionamento das perícias médico-legais no Instituto Nacional de Medicina Legal sem falar com os sindicatos”, afirmou Jorge Roque da Cunha.

O dirigente sindical disse esperar

que “o parlamento, ao invés daquilo que tem sido a política da ministra da Justiça, se preocupe com a situação do Instituto Nacional de Medicina Legal e que convoque os sindicatos para negociação, porque é obrigatório dado a estar a ser alterada uma situação em termos laborais”.

Ao mesmo tempo, lamentou, o atraso na entrada em vigor do acordo coletivo de empregador público está “a agravar a profunda crise que o INMLCF atravessa”.

“Mantém-se a incapacidade” de fixar os profissionais médicos no instituto, uma vez que, ao contrário do que acontece no SNS, não faz concursos para contratar os seus recém-especialistas no prazo de um mês. Também continua sem haver assistentes-graduados sénior,

o que faz com que neste momento “mais de 50% das peritagens já sejam feitas através de empresas de prestação de serviços”, apontou.

Esta situação tem motivado insatisfação entre os profissionais e fez com que muitos médicos tenham saído do INML. Perante esta situação, o SIM e a Federação Nacional dos Médicos (FNAM) estão a ponderar “muito seriamente” o agravamento das formas de luta”, nomeadamente uma greve no Instituto de Medicina Legal.

“Nós queremos que o problema se resolva, não queremos fazer uma greve, mas se no espaço de um mês não tivermos resposta a estas questões que existem há mais de dois anos temos que concretizar esta intenção que não nos agrada”, disse Roque da Cunha. **LUSA/SO**

Doentes e associações vão poder participar na avaliação de novos medicamentos

Com este projeto, o Infarmed pretende promover “uma maior proximidade” com as associações e os doentes e incluir nos seus processos de avaliação “a perspetiva da pessoa com doença, a sua experiência, necessidades e preferências, bem como as dos seus cuidadores e familiares”.

Hoje, o Infarmed e a Associação Portuguesa de Hemofilia e de outras Coagulopatias Congénitas (APH) promovem uma ação conjunta para comemorar o Dia Mundial da Hemofilia, que se assinala na quarta-feira, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas com hemofilia”, uma doença rara e hereditária, que afeta a coagulação do sangue e provoca hemorragias frequentes.

Na cerimónia, será apresentado o Incluir, um projeto que o presidente da APH, Miguel Crato, considera “extremamente importante e crucial” no caso da hemofilia e dos distúrbios hemorrágicos.

Pelo seu ‘know-how’, pela sua experiência e pela recolha de dados que as associações fazem permite que “o Infarmed consiga fazer uma melhor avaliação, e uma avaliação mais inclusiva, dos medicamentos” destinados aos doentes.

“Nós vemos com bastante agrado esta vontade do Infarmed de incluir este tipo de associações nos seus processos de avaliação e acho que em 2019 e numa sociedade que se quer contemporânea e inclusiva não podia ser de outra maneira”, sustentou Miguel Crato.

Na cerimónia, será também debatido o projeto desenvolvido no último ano pela APH, denominado “Hemorragias zero”, do qual faz parte um inquérito realizado junto da



“Nós vemos com bastante agrado esta vontade do Infarmed de incluir este tipo de associações nos seus processos de avaliação e acho que em 2019 e numa sociedade que se quer contemporânea e inclusiva não podia ser de outra maneira”, sustentou Miguel Crato, Presidente da Associação Portuguesa de Hemofilia

população com hemofilia, dos profissionais de saúde e da tutela que visou perceber as razões porque ainda “há pessoas com hemorragias em Portugal apesar dos tratamentos disponíveis no país serem dos mais avançados”.

“Cerca de 43% das pessoas alvo de inquérito achavam normal ter hemorragias”, mas a associação entende que parte também das pessoas “mudar um pouco a sua atitude e a perceção sobre a patologia para não aceitarem como normal ter hemorragias sobretudo ao nível das articulações que são as mais graves e que implicam bastantes mazelas e tem consequências graves na qualidade de vida da pessoa”.

Apesar de ser possível viver sem hemorragias, 42,3% dos

profissionais de saúde inquiridos ainda considera aceitável uma a cinco hemorragias anuais, o que mostra que, mesmo entre os profissionais, a hemofilia e o seu tratamento “ainda não são totalmente compreendidos.”

Segundo o estudo, 71% dos hemofílicos inquiridos disse sentir que a doença condiciona a sua vida de alguma forma, seja em termos de mobilidade, devido aos danos provocados nas articulações, pelo tempo investido no tratamento e/ou pelo receio de ter uma hemorragia.

A hemofilia é uma doença rara, crónica e hereditária, potencialmente incapacitante, estimando-se que existam cerca de 1.000 casos em Portugal e cerca de 350.000 no mundo. ❤️



20 anos de experiência
na esclerose múltipla*


(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 UI) de interferão beta-1a. **Rebif 44 microgramas/0,5 ml solução injetável em cartucho:** Cada cartucho pré-cheio contém 132 microgramas (36 UI) de interferão beta-1a. **Rebif 22 microgramas solução injetável numa caneta pré-cheia:** Cada caneta pré-cheia (0,5 ml) contém 22 microgramas (6 UI) de interferão beta-1a. **Rebif 44 microgramas solução injetável numa caneta pré-cheia:** Cada caneta pré-cheia (0,5 ml) contém 44 microgramas (12 UI) 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 taquifiliax, 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 leucocitária 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 eritematosa, erupção maculo-papulosa, alopecia*, mialgias, artralgias, dor no local da injeção, fadiga, calafrios, febre, elevações graves das transaminases. Pouco frequentes: abscesso no local de injeção, disfunção da tireóide, hepatite com ou sem icterícia*, convulsões*, alterações retino-vasculares*, acontecimentos tromboembólicos*, dispneia*, urticária*, necrose no local da injeção, massa no local da injeção, infeções no local da injeção* e aumento da sudorese*. Raros: Microangiopatia trombótica incluindo purpura trombocitopenica trombótica/síndrome hemolítica urémica* (classificação para medicamentos contendo interferão-beta), pânico, 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*, glomeruloesclerose*. 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. Participado 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.

VÍTOR NEVES, PRESIDENTE DA EUROPACOLON

Rede de rastreio ao cancro do intestino podia salvar milhares de vidas

Rede de rastreio não existe em muitas zonas do país e, noutras, é muito frágil. Hospitais não têm capacidade para realizar colonoscopias. O alerta é dado pelo presidente da Europacolon Portugal, Vítor Neves, em entrevista ao SaúdeOnline.

Saúdeonline (SO) | A que sinais devem as pessoas estar atentas e que podem indicar a presença de um tumor no intestino?

Vítor Neves (VN) | As doenças oncológicas do aparelho digestivo são responsáveis por mais de 13 mil casos por ano e provocam a morte a uma pessoa por hora em Portugal. É muito grave, trata-se de um assunto de saúde pública que é importante resolver. Quanto ao cancro do intestino, é responsável por mais de 7500 novos casos por ano. Morrem 11 pessoas por dia com esta doença, mais de 4 mil por ano.

Nós temos a opção de fazer o rastreio de base populacional, que é aquele que tem o maior custo benefício. É o que tem melhores resultados e com o mais baixo. Se o rastreio estivesse implementado em Portugal, a maior parte dos casos detetavam-se muito cedo e eram curados. Esta não é uma doença rápida, demora cerca de 6 a 10 a crescer.

Todas as pessoas com mais de 50 anos devem fazer o rastreio. Pode fazer-se através de duas formas: colonoscopia ou pesquisa de sangue oculto nas fezes. Neste último caso, são entregues kits e a pessoa recolhe fezes e entrega na farmácia para fazer a análise. Se a análise for negativa, tem de repetir o exame de dois em dois anos. Se vier positiva, tem de fazer uma colonoscopia de seguimento. O grande problema da pesquisa de sangue oculto é que apresenta uma elevada taxa de falsos positivos e falsos negativos: estima-se que cerca de 50% dos testes negativos sejam falsos.



O sangue poderá ter outras origens que não um tumor do intestino?

Sim, poderá ter outras causas. Mas normalmente é já um problema grave que a pessoa tem no intestino; são pólipos que cresceram e que fazem com que apareça sangue nas fezes. Os médicos podem, então, retirar os pólipos que estão a sangrar ou optar por outro tipo de tratamentos se o tumor estiver já num estado avançado.

No entanto, poderá não ser um problema oncológico. Pode ser simplesmente uma inflamação intestinal, por exemplo.

Esta doença provoca sintomas relativamente incomuns, que muitas vezes são desvalorizados.

Pessoas abaixo dos 50 anos, se tiverem uma alteração dos hábitos intestinais (relacionada com prisão de ventre, por exemplo), a perda de sangue visível pelo reto, dores abdominais fortes, desconforto abdominal, perda de peso sem razão aparente, cansaço sem razão aparente. Qualquer um destes sintomas é motivo suficiente para a pessoa se dirigir ao médico de família.

Depois, o médico indicará o melhor método de despiste: normalmente através de uma ecografia, de um TAC, da pesquisa de sangue oculto ou, até, de uma colonoscopia.

Como é que se explica o facto de a doença continuar a ser diagnosticada, em muitos casos, numa fase avançada?

Essa é uma realidade até a nível europeu. Cerca de 97% das pessoas às quais é detetado cancro num estado muito avançado não ultrapassam os dois anos de vida. A Europacolón defende que tem de haver uma inversão da política de saúde em Portugal porque temos uma política focada na solução das doenças depois de as doenças estarem instaladas. Está provado que, além de ser muito mais caro, provoca muito mais mortes. Um estudo divulgado este ano mostra que o tratamento de um cancro numa fase inicial custa 4 mil euros, enquanto que numa fase avançada custa cerca de 40 mil. Temos de ter uma prevenção com rastreios adequados feitos à população de risco – e estamos a falar do intestino, porque na área do cancro da mama têm havido progressos assinaláveis porque está instalado um rastreio há mais de 10 anos.

Quais são as regiões que ainda não têm o rastreio implementado?

Houve um ato público em dezembro de 2016, de lançamento do rastreio nacional de base populacional do cancro do intestino.

Começou um rastreio piloto na área do Porto e Póvoa do Varzim. Os resultados desse rastreio eram para ser conhecidos em abril e maio de 2017 e ainda não os conhecemos. Aquilo que a Europacolón tem percebido é que houve melhorias na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, em que os rastreios de todos os cancros rastreáveis (mama, colo do útero e intestino), que não se fizeram durante mais de 10 anos, neste momento já se fazem.

No entanto, quando se começa a fazer um rastreio de base populacional é preciso que estejam contratualizadas com os hospitais centrais as colonoscopias (de que precisam 5 a 10% das pessoas que fazem o rastreio) para o seguimento do doente. E aquilo que temos sabido é que em Lisboa começaram a ter dificuldades em fazer as colonoscopias de seguimento e depois diminuíram-se os rastreios; em Coimbra, houve uma interrupção de mais de um ano; no Alentejo, também por causa dos rastreios positivos não terem seguimento, diminuíram os rastreios.

Mas considera que a problema é falta de recursos ou falta de coordenação entre os serviços de saúde?

Não há uma atitude sistemática e permanente

deste rastreio de base no país inteiro. Há tentativas e paragens pelo meio. É que nem há o seguimento aos dois anos.

Quando há falta de capacidade dos hospitais não poderão ser contratadas clínicas privadas para fazer as colonoscopias?

Sim, poderá haver convenções com as clínicas privadas. Aquilo que a legislação diz, relativamente ao rastreio promovido pelas ARS, é que deve estar contratualizado com os hospitais dessas zonas a realização das colonoscopias. Mesmo os exames de diagnóstico estão atrasados em muitos hospitais. Quando são questionados sobre este assunto, os próprios responsáveis pela saúde oncológica admitem que a situação devia estar melhor e que em 2020 é que vai estar bem. E andamos todos os anos a dizer que no próximo ano é que vai ser bom.


Mas não considera positivo que existam USF com metas contratualizadas de rastreio do cancro do intestino?

É muito bom. Ainda há pouco tempo estive na USF Martim Moniz, em Lisboa, e aí 55% das pessoas já são chamadas para fazer rastreio. Mas têm de ser 100% e no país inteiro, não só nas USF. Isto é um problema de saúde pública. Não chega só convocar as pessoas, tem de se fazer um esforço de educação para a saúde. O rastreio tem ainda algumas condicionantes: algumas pessoas ainda têm medo de fazer uma colonoscopia (pensam que podem ficar com o intestino furado, pensam que a preparação é horrível).

Portanto, não há nenhuma região do país que tenha uma rede sólida de encaminhamento para colonoscopias?

Nós não conhecemos. Há casos positivos, em que os profissionais de saúde estão empenhados, e em que há uma preocupação política. Mas isto tem de ser para toda a gente.

Como se justifica que surjam cada vez mais casos de cancro do intestino? Tem também a ver com a alimentação?

No nosso entender, a primeira razão é porque não existe rastreio. A Europacolón Portugal faz ações nas escolas para levar os miúdos a verem a alimentação de outra forma. Temos de mudar o nosso comportamento alimentar. Não temos de ser todos veganos ou vegetarianos, temos é de comer com inteligência. O tabaco e uma alimentação descuidada são as razões principais, não só para o cancro do intestino mas a maioria das doenças oncológicas.  **Tiago Caeiro**

«Temos de mudar o nosso comportamento alimentar. Não temos de ser todos veganos ou vegetarianos, temos é de comer com inteligência.»

FERNANDO LEAL DA COSTA

“Cura para o mieloma múltiplo pode chegar dentro de poucos anos”

“A sobrevivência dos doentes com mieloma mais do que quadruplicou nos últimos 40 anos” refere o Dr. Fernando Leal da Costa. Em entrevista ao Saúde Online, o médico oncologista do IPO de Lisboa revela mesmo que há doentes que sobrevivem 20 anos, o que pode indiciar que a cura estará próxima.

Saúde Online (SO) | Uma vez que é uma doença pouco conhecida, é importante saber: o que é o mieloma múltiplo?

É uma doença que tem origem nas células que produzem os anticorpos que se chamam de plasmócitos. É um cancro do sangue que tem características semelhantes às de algumas leucemias crónicas ou de alguns linfomas.

Qual é a incidência desta condição?

FLC | De acordo com o que se sabe, a incidência será de 5 a 6/1000, um pouco mais em homens do que em mulheres. Devemos ter cerca de 500 a 600 novos casos / ano.

Quais são os grupos mais afetados?

É uma doença muito mais frequente em idosos. Cerca de metade dos casos aparecem depois dos 65 anos.

Quais os sintomas do mieloma múltiplo?

Pode não dar sintomas nas suas formas iniciais, que nem justificam tratamento, mas as queixas mais frequentes são as de dores ósseas e cansaço. O mieloma está associado a anemia e a lesões nos ossos que ficam mais frágeis e podem partir.

São conhecidas as causas desta doença oncológica?

Infelizmente, ainda não. Não há forma de conceber uma forma eficaz de a prevenir quando a sua causa não é conhecida.

Como é feito o diagnóstico?

O diagnóstico deve ser suscitado na investigação de anemias, infeções de repetição não explicáveis, diminuição da função renal ou dores ósseas persistentes. O diagnóstico é laboratorial e confirma-se por exame da medula óssea e técnicas radiológicas como a



ressonância magnética ou a tomografia axial computadorizada de corpo inteiro. Também se podem identificar lesões ativas por um tipo especial de radiografias, com recurso a um isótopo de Fluor, o PET scan.

Qual é a taxa de sobrevivência?

É muito variável, consoante a idade e o tipo de mieloma. Há doentes com sobrevivências muito longas, mais de 20 anos, mas o valor consensual será de 50% de sobrevivência aos 7 anos após o diagnóstico. Estamos a evoluir muitíssimo, a sobrevivência dos doentes com mieloma mais do que quadruplicou nos últimos 40 anos e estamos, parece que com grande certeza, a caminho de falar em curas reais. Em poucos anos, assim se deseja, é muito possível que estejamos a falar de tratamentos curativos.

Que formas de tratamentos estão disponíveis e qual é a mais utilizada?

FLC | Há lesões localizadas que podem ser tratadas com radioterapia, mas o mais frequente é usar quimioterapia. Há muitos tipos de tratamento. De uma forma geral e simples, digamos que os doentes abaixo dos 70 anos podem fazer quimioterapia complementada com uma intensificação que envolve autotransplantação medular e os mais velhos com regimes de duração mais prolongada. Todavia, a tendência atual, com ganhos de sobrevivência, é a de manter o tratamento por vários anos.

Que novas informações têm surgido recentemente sobre a doença? O que se sabe de novo?

Acima de tudo, apesar de ainda não conhecermos as causas desta doença, sabemos muito mais sobre os mecanismos genéticos que estão na base do mieloma e do funcionamento da célula doente. Com esse conhecimento tem sido possível desenhar abordagens e medicamentos mais eficazes.

Têm surgido novas opções terapêuticas (nomeadamente farmacológicas) para tratar o mieloma múltiplo?

Como referi anteriormente, graças ao conhecimento crescente sobre a “maquinaria” da célula doente, têm-se desenvolvido medicamentos que podem inibir os mecanismos de resistência do cancro, por um lado, ou induzir as respostas imunológicas normais, que todos temos, contra as células do mieloma, por outro. Os desenvolvimentos mais interessantes estão na esfera dos medicamentos que afetam a genética do plasmócito doente e em anticorpos que podem destruir as células afetadas, ao mesmo tempo que poupam as células normais. ❤️

Tiago Caeiro

NUNO SOUSA

“Em Portugal, a investigação clínica não está pujante”

Quem o diz é o Doutor Nuno Sousa, Neurocardiologista do Hospital de Braga e presidente da Escola de Medicina da Universidade do Minho. Por isso, considera, é importante incentivar os projetos nesta área. Com esse objetivo, foi criado este ano o prémio Investigação em Saúde, promovido pela MSD. O especialista é um dos membros do júri.



Saúde Online (SO) | Quem se pode candidatar a este prémio?

Nuno Sousa (NS) Equipas de trabalho que têm de ser constituídas por médicos internos e especialistas. O que se pretende é estimular a investigação clínica. O formato do prémio é uma tentativa para garantir que os trabalhos propostos decorram com o maior nível de segurança e confiança. As candidaturas individuais podem não cumprir estes critérios. E, nesse sentido, o prémio procurou trabalhar um conceito que é ‘uma equipa é mais forte que um indivíduo’. A equipa tem de ter dois elementos e tem de ter um médico interno e um médico especialista.

O júri tem alguma expectativa em relação aos trabalhos?

Esperamos que sejam trabalhos que valorizem a investigação clínica. Queremos ver trabalhos

inovadores, exequíveis, que tenham aplicabilidade e que tenham impacto nas pessoas. [Os projetos podem ser submetidos através do site www.premiomsdinvestigacaoensaude.pt]

Como é que surgiu a ideia de lançar este prémio?

Surge pela convicção da MSD de que a investigação clínica é um fator importante para a melhoria da prestação de cuidados de saúde. Um melhor conhecimento dos mecanismos fisiopatológicos que levam à doença e um melhor desenho das intervenções que promovam a saúde é algo que tem um impacto positivo em todos.

A investigação clínica em Portugal está pujante ou precisa de ser impulsionada por projetos como este?

NS |Definitivamente, não está pujante. Está

a melhorar, tenho de reconhecer que há alguns sinais de melhoria relativamente ao passado. Mas ainda não se assistiu nesta área ao mesmo crescimento a que se assistiu noutras áreas de investigação (como a investigação biomédica) nas últimas duas décadas. Todos os contributos que permitam melhorar o handicap devem ser estimulados.

Quais são os critérios que o júri vai ter em conta para selecionar o vencedor?

Perceber se o desenho experimental do protocolo que está a ser submetido é claro. Se o projeto tem elementos de inovações e não é uma réplica de outros. Vai ser avaliada também a capacidade de execução do projeto – não faz sentido estarmos a premiar coisas que não são exequíveis. E tentar perceber o impacto nas populações e na saúde em geral. ❤️

Tiago Caeiro

Bial



Keeping
life in
mind.

Existimos desde 1924
para lhe proporcionar mais e melhor saúde.
Cuidar da sua vida,
mais do que uma missão, é um sonho.
Um sonho hoje tão ou mais vivo do que quando começou.
E sabemos que a melhor forma de o realizar é inovando.
A inovação é a energia que alimenta o sonho.
Que nos mantém a investigar novos medicamentos.
Que nos mantém presentes em quase todo o mundo.
Sempre ao serviço da sua saúde.

95
YEARS

www.bial.com

Brimica[®]

Genuair[®]

brometo de acilidínio + formoterol

Melhoria dos sintomas matinais, diurnos e noturnos de DPOC¹, levando a uma melhor qualidade de vida vs. monoterapia^{1,2*}



*Acilidínio, 400 µg ou Formoterol, 12 µg



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

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 acilidínio bromide/formoterol fumarate: the 24-week randomized, placebo-controlled AUGMENT COPD study. *Respir Res.* 2014; 15(1):123.
- RCM disponível a pedido.

Brim34_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.frohbffice.seramhohpeade>). **Brimica Genuair 340 microgramas/12 microgramas, po para inalação.** Cada dose administrada (a dose libertada pelo bocal do inalador) contém 396 microgramas de brometo de acilidínio (equivalente a 340 microgramas de acilidínio) e 11,8 microgramas de fumarato de formoterol di-hidratado. Corresponde a uma dose medida de 400 microgramas de brometo de acilidínio (equivalente a 343 microgramas de acilidínio) e uma dose medida de 12 microgramas de fumarato de formoterol di-hidratado. Cada dose administrada contém aproximadamente 11 mg de lactose (mono-hidratada). Po 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 à utilização em episódios agudos. Brimica Genuair não é indicado para o tratamento de episódios agudos de broncospasmo. **Efeitos cardiovasculares:** Os doentes que tiveram um enfarto do miocárdio nos últimos 6 meses, arritmia instável, arritmia recentemente diagnosticada nos últimos 3 meses, QTc (método de Bazett) acima de 470 msec 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 β₂-adrenérgicos podem produzir aumentos da frequência cardíaca e da tensão arterial e alterações no eletrocardiograma (ECG) tais como aplanamento da onda T, depressão do segmento ST e prolongamento do intervalo QTc. Caso ocorram estes efeitos, poderá ser necessário descontinuar o tratamento. Os agonistas β₂-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, tireotoxicose e feocromocitoma. Poderão observar-se efeitos metabólicos de hiperglicémia e hipocalcémia com doses elevadas de agonistas β₂-adrenérgicos. Normalmente, a hipocalcémia é transitória, não exigindo suplementação. Em doentes com DPOC grave, a hipocalcémia poderá ser potenciada pela hipóxia e pelo tratamento concomitante. A hipocalcémia aumenta a suscetibilidade 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 caries dentárias. **Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose ou intolerância à lactose 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 β₂-adrenérgicos de longa duração de ação não foi estudada, pelo que a mesma não é recomendada. O tratamento concomitante com derivados da melixantina, esteróides ou diuréticos não poupadores de potássio poderá potenciar o possível efeito hipocalcémico dos agonistas β₂-adrenérgicos, pelo que se recomenda precaução na sua utilização concomitante. Os bloqueadores β-adrenérgicos podem atenuar ou antagonizar o efeito dos agonistas β₂-adrenérgicos. Se forem necessários bloqueadores β-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 monoaminooxidase, 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 rinorinagite (7,9%) e cefaleias (6,8%). **Frequentes:** Rinorinagite, 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 soro. **Pouco frequentes:** Hipocalcémia, hiperglicémia, agitação, dispneia, visão turva, taquicardia, prolongamento do QTc no eletrocardiograma, palpitações, distúrbio, irritação da garganta, estomatite, erupção cutânea, prurido, retenção urinária e aumento da tensão arterial. **Raras:** Hipersensibilidade e broncospasmo, incluindo paradoxal. **Descorridas:** Antioedema, 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 - Farmacêutica, 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 - Farmacêutica, S.A. Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento compartilhado - Escalão B (Regime Geral 69%)