



PÁG. 8

ENTREVISTA | DRA. CRISTINA CARMONA

Associação analgésica potente num único comprimido:

“Associações são mais fáceis de prescrever e de manipular”

A dor é cada vez menos negligenciada na formação médica, refere a Dra. Cristina Carmona. Em entrevista ao SaúdeOnline, a médica anestesiológica destaca as vantagens da associação de tramadol com dexketoprofeno no alívio da dor, comprovada pelo estudo DAVID.



PÁG. 17

ESPECIAL

Na linha da frente do tratamento do doente com insuficiência cardíaca: o papel central da MGF



NACIONAL

Falta de secretários clínicos está a impedir abertura de novas USF

PÁG. 14

DR. MÁRIO DINIS-RIBEIRO

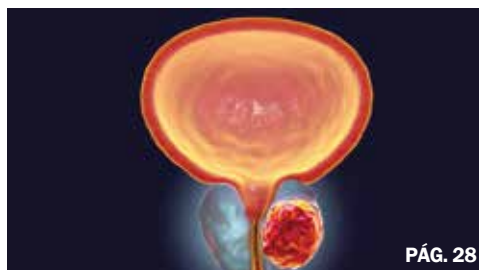
Resistência a antibiótico contra ‘H. pylori’ duplica na Europa



PÁG. 34

CANCRO DA PRÓSTATA

Radioterapia só deve ser utilizada em caso de recidiva



PÁG. 28

Casos de violência contra médicos e enfermeiros voltam a aumentar

Pág. 5



OPINIÃO MARIA JOÃO SILVA | HAVERÁ UMA FÓRMULA IDEAL PARA AVALIAR O INTERNATO EM MGF?

Pág. 4

John + Yoko Gaga + Bradley Solo + Chewie

Há duplas que conseguem sempre
que o todo seja maior que a soma das partes



Carzap AM Candesartan cilexetil + amlodipina A dupla com mestria para superar a monoterapia

Carzap AM tem duas substâncias associadas Candesartan - uma molécula com bastante evidência científica¹ - e Amlodipina. Ambas têm mecanismos complementares de controlo da pressão arterial que em associação reduzem a pressão arterial em maior grau do que cada componente isolada.² É por ser uma combinação fixa que Carzap AM é uma excelente opção para o tratamento a doentes com tensão arterial alta e não controlados através de monoterapia.²

1. NOME DO MEDICAMENTO Carzap AM 5 mg+ 8 mg+ 10 mg+ 16 mg comprimidos **2. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Cada comprimido Carzap AM 5 mg+ 8 mg contém 5 mg de amlodipina (como amlodipina besilato) e 8 mg de candesartan cilexetil. Cada comprimido de Carzap AM 10 mg+ 16 mg contém 10 mg de amlodipina (como amlodipina besilato) e 16 mg de candesartan cilexetil. Excipientes com efeito conhecido: 50,9 mg e 121,9 mg de lactose mono-hidratada (Carzap AM 5 mg+ 8 mg e 10 mg+ 16 mg respetivamente). **3. FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido. Carzap AM 5 mg+ 8 mg: comprimidos brancos e esbranquiçados, redondos e biconvexos, com diâmetro aproximado de 6 mm com gravação de "16" de um lado e "5" do outro. Carzap AM 10 mg+ 16 mg: comprimidos brancos e esbranquiçados, redondos e biconvexos, com diâmetro aproximado de 8 mm, com marca de quebra em ambos os lados e com gravação de "16 10" de um lado e "10 10" do outro. O comprimido pode ser dividido em doses iguais. **4. INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS** Insuficiência de substituição em doentes adultos com hipertensão essencial, adequadamente controlada com amlodipina e candesartan administrados em simultâneo e com os mesmos valores de dose. **5. POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** Os doentes devem utilizar a dosagem correspondente aos seus tratamentos anteriores. Para este medicamento estão disponíveis dosagens diferentes. Uma dose diária de 5 mg de amlodipina e 8 mg de candesartan cilexetil corresponde a 2 comprimidos de Carzap AM 5 mg + 8 mg ou a 1 comprimido de Carzap AM 10 mg + 16 mg. É necessária precaução aquando do aumento da dosagem em idosos. Carzap AM está contraindicada em doentes com compromisso hepático grave ou em doentes com colostomia. Não foi estabelecido ajuste de dose em doentes com insuficiência hepática ligeira. Não é necessário ajuste de dose em doentes com compromisso renal ligeiro a moderado com depuração da creatinina > 15 ml/min. É aconselhável a monitorização dos níveis de potássio e creatinina em caso de compromisso renal moderado. A segurança e eficácia de Carzap AM em crianças com idade inferior a 18 anos não foram ainda estabelecidas. **6. CONTRAINDICAÇÕES** Hipersensibilidade às substâncias ativas, aos derivados da di-hidropiridina, ou a qualquer um dos excipientes. Hipertensão grave. Choque, incluindo choque cardiogénico. Obstrução do trajeto de saída do ventrículo esquerdo (p. ex. elevado grau de estenose da aorta), insuficiência cardíaca hemodinamicamente instável após enfarte agudo do miocárdio. Segundo e terceiro trimestre de gravidez. Compromisso hepático grave ou colostomia. O uso concomitante de Carzap AM com medicamentos contendo alcalino é contraindicado em doentes com diabetes mellitus ou compromisso renal (TFG < 60 ml/min/1,73 m²). **7. ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES DE UTILIZAÇÃO** Amlodipina: A segurança e eficácia da amlodipina nos crises hipertensivas ainda não foram estabelecidas. Os doentes com insuficiência cardíaca devem ser tratados com precaução. Esgotamentos das reservas de cálcio, incluindo a amlodipina, devem ser usados com precaução em doentes com insuficiência cardíaca congestiva, dado que podem aumentar o risco futuro de ocorrência de efeitos cardiovasculares e mortalidade. A seriedade da amlodipina é prolongada e os valores da AEC são mais elevados em doentes com compromisso da função hepática. A amlodipina deve ser iniciada na dose mais baixa do intervalo posológico, devendo ser utilizada com precaução tanto no início do tratamento, como no caso de ser necessário aumentar a dose. Pode ser necessário efetuar uma monitorização cuidadosa e iteração da dose lentamente em doentes com compromisso hepático grave. Nos idosos, o aumento da posologia deve ser realizado com precaução. A amlodipina pode ser utilizada em doses normais nos doentes com insuficiência renal. A amlodipina não é dializável. Candesartan: Podem ser antecipadas alterações da função renal em doentes suscetíveis tratados com candesartan. Quando candesartan é utilizado em doentes hipertensos com compromisso renal, recomenda-se a monitorização periódica dos níveis séricos de potássio e creatinina. A experiência em doentes com compromisso renal muito grave ou em fase terminal (depuração da creatinina < 15 ml/min) é limitada. Nestes doentes candesartan deve ser cuidadosamente desasado e acompanhado da monitorização da pressão arterial. A avaliação dos doentes com insuficiência cardíaca deve incluir avaliações periódicas da função renal, especialmente em doentes idosos com idade igual ou superior a 75 anos e em doentes com função renal comprometida. Durante o ajuste da dose de candesartan, recomenda-se a monitorização da creatinina e potássio séricos. Existe evidência de que o uso concomitante de inibidores da ECA, antagonistas dos receptores da angiotensina II ou alcalino aumenta o risco de hipotensão, hipocalcemia e função renal diminuída (incluindo insuficiência renal aguda). O duplo bloqueio do SRAA através do uso combinado de inibidores da ECA, antagonistas dos receptores da angiotensina II ou alcalino, é, portanto, não recomendado. Se a terapêutica for considerada absolutamente necessária, esta não deverá ser utilizada só a supervisão de um especialista e sujeita a uma monitorização frequente e prolongada da função renal, eletrólitos e pressão arterial. Os inibidores da ECA e os antagonistas dos receptores da angiotensina II não devem ser utilizados concomitantemente em doentes com insuficiência diabética. Candesartan deve ser cuidadosamente desasado em doentes com rigidez aterosclerótica da pressão arterial em doentes a fazer hemodialis. Medicamentos que afetam o sistema renina-angiotensina-aldosterona, incluindo ARBs, podem aumentar a ureia sanguínea e a creatinina sérica em doentes com estenose arterial renal bilateral ou estenose da artéria do rim único. Não há experiência sobre a administração do candesartan em doentes com transplante renal recente. Pode ocorrer hipotensão em doentes com insuficiência cardíaca. Pode também ocorrer em doentes hipertensos com depleção do volume intravascular, nomeadamente nos que são tratados com doses elevadas de diuréticos. Deve ser feita precaução ao iniciar a terapêutica e a hipotensão deve ser corrigida imediatamente. Durante a anestesia e a cirurgia pode ocorrer hipotensão em doentes tratados com antagonistas da angiotensina II devido ao bloqueio do sistema renina-angiotensina. Está indicado um cuidado especial nos doentes que sofrem de estenose aórtica ou da válvula mitral hemodinamicamente relevantes ou de cardiomiopatia hipertrofica obstrutiva. Não se recomenda o uso de candesartan em doentes com hiperaldosteronismo primário. O uso concomitante de candesartan com diuréticos poupadores de potássio, suplementos de potássio, substitutos do sal contendo potássio sérico, ou outros medicamentos que podem aumentar os níveis de potássio (por exemplo, heparina), pode levar a aumentos do potássio sérico em doentes hipertensos. Nos doentes com insuficiência cardíaca tratados com candesartan, pode ocorrer hipercalcemia. Recomenda-se a monitorização periódica do potássio sérico. A associação de um inibidor da ECA, um diurético poupador de potássio e candesartan não é recomendada e deve ser considerada apenas depois de uma avaliação cuidadosa dos potenciais benefícios e riscos. Em doentes cujo tônus vascular e a função renal dependem predominantemente da atividade do sistema renina-angiotensina-aldosterona o tratamento com outros medicamentos que afetam este sistema tem sido associado a hipotensão aguda, azotemia, oligúria ou, raramente, a insuficiência renal aguda. Não pode ser excluída a possibilidade de ocorrerem efeitos semelhantes com os ARBs. A dosagem excessiva da pressão arterial em doentes com cardiopatia isquémica ou doença cerebrovascular isquémica pode resultar num enfarte do miocárdio ou num acidente vascular cerebral. O efeito anti-hipertensor de candesartan pode ser potenciado por outros medicamentos com capacidade de diminuir a pressão arterial. Os ARBs não devem ser iniciados durante a gravidez. A não ser em situações em que a manutenção da terapêutica com ARBs seja considerada essencial, o tratamento dos doentes que planeiam engravidar deve ser alterado para um tratamento anti-hipertensor alternativo, cujo perfil de segurança durante a gravidez esteja estabelecido. Quando é diagnosticada a gravidez, o tratamento com ARBs deve ser interrompido imediatamente e deverá ser iniciada uma terapêutica alternativa apropriada. Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose ou malabsorção de lactose ou malabsorção de glicose-galactose não devem tomar este medicamento. **8. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS E OUTRAS FORMAS DE INTERAÇÃO** Amlodipina: O uso concomitante de amlodipina com inibidores fortes ou moderados da CYP3A4 (inibidores da protease, antifúngicos azóis, macrolídeos como a eritromicina ou claritromicina, verapamil ou diltiazem) podem originar um aumento significativo na exposição à amlodipina resultando num risco aumentado de hipotensão. Não existem dados disponíveis sobre o efeito dos inibidores da CYP3A4 sobre a amlodipina. O uso concomitante de inibidores da CYP3A4 (a rifamicina, rifampicina, rifabutin) pode diminuir as concentrações plasmáticas de amlodipina. Deve utilizar-se com precaução a associação de amlodipina com inibidores de CYP3A4 administração de amlodipina com toranja ou com sumo de toranja não é recomendada uma vez que a biodisponibilidade pode aumentar em alguns doentes resultando no aumento dos efeitos redutores da pressão sanguínea. Em animais observou-se fibrose ventricular fatal e colapso cardiovascular em associação com hipercalcemia após a administração de verapamil e diltiazem por via intravenosa. Devido ao risco de hipercalcemia recomenda-se que seja evitada a coadministração de bloqueadores dos canais de cálcio em doentes suscetíveis a hipercalcemia maligna e durante a abordagem da hipercalcemia maligna. Os efeitos de diminuição da pressão arterial da amlodipina aumentam os efeitos redutores da pressão arterial de outros medicamentos com propriedades anti-hipertensas. Quando coadministrado com a amlodipina existe um risco de elevação dos níveis séricos de tacrolimus. Há necessidade de monitorização dos níveis séricos de tacrolimus e ajuste de dose de tacrolimus em doentes aos quais seja administrada amlodipina e que estejam a ser tratados com tacrolimus. A coadministração de doses de amlodipina múltiplas de 10 mg com doses de 80 mg de sirolimus resultou num aumento de 77% na exposição da sirolimus quando comparada com a sirolimus em monoterapia. A dose de sirolimus em doentes a fazer amlodipina deve ser limitada a 20 mg por dia. Candesartan: De dados de ensaios clínicos têm demonstrado que o duplo bloqueio do SRAA através do uso combinado de inibidores da ECA, antagonistas dos receptores da angiotensina II ou alcalino está associado a uma maior frequência de acontecimentos adversos, tais como hipotensão, hipercalcemia e função renal diminuída (incluindo insuficiência renal aguda) em comparação com o uso de um único fármaco com ação no SRAA. Foram notificados aumentos reversíveis das concentrações séricas de lítio e da toxicidade durante a administração concomitante de lítio com inibidores da ECA. Pode ocorrer um efeito semelhante com os ARBs. Não é recomendada a utilização de candesartan em lítio. Caso a associação seja necessária, é recomendada monitorização cuidadosa dos níveis séricos de lítio. Quando os ARBs são administrados simultaneamente com ANEs pode ocorrer uma alteração do efeito anti-hipertensor. Tal como os inibidores da ECA, o uso concomitante dos ARBs e ANEs pode levar a um aumento do risco de agravação da função renal, incluindo uma possível insuficiência renal aguda, e um aumento do potássio sérico, principalmente em doentes com função renal diminuída pré-existente. A associação deverá ser administrada com precaução, especialmente nos idosos. A utilização concomitante de diuréticos poupadores de potássio, suplementos de potássio, substitutos do sal contendo potássio ou outros medicamentos (por ex., heparina) pode aumentar os níveis de potássio. As substâncias ativas investigadas nos estudos de farmacocinética clínica incluem a hidroclorotiazida, varfarina, digoxina, contraceivos orais, glibenclamida, nifedipina e enalapril. Não foram identificadas interações farmacodinâmicas clinicamente significativas com estes medicamentos. **9. EFEITOS INDESEJÁVEIS** Resumo do perfil de segurança. As reações adversas mais frequentemente notificadas durante o tratamento são sonolência, tonturas, cefaleias, palpitações, rubor, dor abdominal, inchaço, edema do tornozelo, edema e fadiga. Resumo das reações adversas: Frequentes: Sonolência, tonturas, cefaleias (especialmente no início do tratamento), palpitações, rubor, dor abdominal, inchaço, edema do tornozelo, edema, fadiga. Pouco frequentes: Inchaço, alterações do humor (incluindo ansiedade), depressão, tremor, diarreia, síncope, hipotensão, parosmia; Perturbações da visão (incluindo diplopia); Zumbidos; Hipotensão; Diarreia, eritema, vômitos, dispnéia, alteração da retina (incluindo diápsia e cataratas); Alopécia, prurido, alteração da cor da pele; Hipertensão; prurido, erupção cutânea; Anúria; miopia; calmar muscular; Inibição; Perturbações da micção; noctúria; aumento da frequência urinária; impotência; ginecomastia; Dor no peito, astenia, dor, mal-estar; Diminuição ou aumento de peso; Rinite; Constipação; Aftas orais; Leucopenia, trombocitopenia; Reações alérgicas; Hipertensão; neuropatia periférica; Enfarte do miocárdio, anúria (incluindo bicúria), lacrimação vertical e fibrose ventricular; Aritmias; Vasculite; Toux; Pancreatite; gastrite, hiperplasia gengival; Hepatite, icterícia, elevação das enzimas hepáticas (especialmente consistente com colostomia); Angiodema, eritema multiforme, urticária, dermatite exfoliativa, síndrome de Stevens-Johnson, edema de Quincke, desconforto; Diabúlio extrapiramidal; Candesartan: Frequentes: Infecção respiratória; Tonturas/vértigos, cefaleias. Aftas orais; Leucopenia, neutropenia e agranulocitose; Hipercalcemia; Hipotensão; Náuseas; Toux; Aumento das enzimas hepáticas, alteração da função hepática; Angiodema, erupção cutânea, urticária, prurido; Lombalgia, artralgia, mialgia; Compromisso renal, incluindo insuficiência renal em doentes suscetíveis. **10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** Março 2017. Medicamento sujeito a receita médica. **Regime de Participação:** Escalão II - 69% Para mais informações deverá contactar o Titular da Autorização de Introdução no Mercado.

Distribuído por Jaba Recordati sob licença Zentiva



Lagos Park, Edif. 5, Torre C, Piso 3
2740-245 Porto Salvo, Portugal
Tel.: 21 432 96 00 | Fax: 21 915 19 30
www.jaba-recordati.pt



Titular de ARB:
Zentiva Portugal, Lda
Mafrações Frenais I
Alameda Fernão Lopes, 16 A - 8º piso A
1495-190 Algue
Tel.: +351 211 601 360 | Fax: +351 211 356 680
www.zentiva.pt

1) Juhász et al., 2006; Aernar et al., 2006; Brous et al., 2006;
2) Galka et al., 2008; Schneider et al., 2003; Mendin et al., 2008;
3) Farsang et al., 2001.

SUMÁRIO

Especial | Dr. Michael Wechsler

Air For All: Inovações na gestão do doente com asma grave

A Menarini trouxe a Portugal um dos maiores especialistas mundiais no controlo e gestão da asma grave, o Dr. Michael Wechsler (diretor da Divisão de Asma no National Jewish Health, em Denver, nos EUA), para a reunião Air for All 2018.



pág. 30 a 33

4 Opinião | Maria João Silva

Haverá uma fórmula ideal para avaliar o internato em MGF?

5 Nacional | Casos de violência contra médicos e enfermeiros voltam a aumentar

6 Nacional | Remissão total em 40% dos doentes tratados com infusão de células CAR-T

8 Entrevista | Cristina Carmona

A dor é cada vez menos negligenciada na formação médica, refere a Dra. Cristina Carmona. Em entrevista ao SaúdeOnline, a médica anestesiologista destaca as vantagens da associação de tramadol com dexketoprofeno no alívio da dor, comprovada pelo estudo DAVID.

10 Nacional | Ordem dos Médicos lamenta recondução de Marta Temido

14 Nacional | Falta de secretários clínicos

está a impedir abertura de novas USF

16 Nacional | Projeto inovador tenta abrir caminho para a cura da osteoartrose

17 Especial | Na linha da frente do tratamento do doente com insuficiência cardíaca: o papel central da MGF

Durante a edição do Update em Medicina 2019, mais de mil e quinhentos especialistas e internos, sobretudo de Medicina Geral e Familiar, interiorizaram a noção de que hoje é possível e desejável uma participação mais ativa dos médicos dos cuidados de saúde primários na gestão terapêutica do doente com insuficiência cardíaca.

22 Nacional | Realizada primeira cirurgia endovascular com fenestração de endoprótese

24 Nacional | Há sete anos que o SNS não gastava tanto com medicamentos

26 Investigação | Novo exame de sangue é capaz de detetar 20 tipos de cancro

28 Investigação | Cancro da Próstata: Radioterapia só deve ser utilizada em caso de recidiva

30 Especial | Tratamento da asma depende de inovações científicas de grande potencial mas também da revisão de práticas quotidianas do doente

33 Opinião | António Alvim Na Saúde- É a Administração que temos...

34 Investigação | Resistência a antibiótico contra 'H. pylori' duplica na Europa

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 n.º1 do artigo 12.º do decreto regulamentar n.º8/99, de 9 de junho

Periodicidade
Informação permanente

Ano de fundação: 2016

OPINIÃO

Haverá uma fórmula ideal para avaliar o internato em MGF?



**Maria João Silva, Médica
Interna de Medicina
Geral e Familiar**



Em Portugal, a avaliação da formação pós-graduada é regulamentada pelo Regime Jurídico do Internato Médico, que tem vindo a uniformizar a avaliação entre especialidades e locais de formação. O panorama atual na Medicina Geral e Familiar (MGF) engloba uma componente de avaliação contínua e outra final.

A avaliação contínua é feita pela média ponderada das componentes de desempenho e conhecimento de cada estágio, mediante a duração do mesmo. A avaliação final compreende uma prova de discussão curricular, uma prova prática e uma teórica. As componentes contínua e final contribuem de forma muito pouco equitativa para a nota final: a componente contínua vale apenas 40% da nota da prova de discussão curricular. Ora, esta fórmula matemática dilui o trabalho de 4 anos num valor quase insignificante da nota final – cerca de 13,3%. Compreendo que a avaliação contínua, como está

estruturada, dê azo a uma apreciação muito dependente do orientador, o que tem prós e contras. Por um lado, os orientadores são quem melhor conhece o nosso trabalho, tendo por isso legitimidade para uma avaliação informal justa. Por outro, incita a uma nota inflacionada aquando de uma boa relação pessoal e profissional e a uma desvalorização nas situações inversas.

Ainda assim, fazer depender a maioria da avaliação do internato na componente final traz injustiças importantes. Todos temos um colega que se “balda” todo o internato e nas provas finais se sai à grande, porque é despreocupado, aparenta ser confiante e até teve sorte. Pelo contrário, quantos são os que se tornaram excelentes

médicos, mas que têm um desempenho pior nas provas finais, porque sentem o peso da responsabilidade como um nervosismo no dia D. Temos ainda o problema das discrepâncias entre júris e exames. E mais, a forma como as provas estão desenhadas nem sempre espelha as competências do médico de família. Veja-se a prova prática: quanto daquilo é uma consulta habitual em MGF?

Creio que a solução para este problema não é fácil e nunca será totalmente justa. Mas afloram-me algumas ideias. Por exemplo, a prova prática poderia consistir na análise retrospectiva de consultas realizadas no último ano de internato. Selecionando consultas de diferentes tipologias, o júri avaliaria o desempenho do interno

mediante os seus registos clínicos, dando-lhe oportunidade para discutir a forma como procedeu. Isto implicaria que os internos dessem o máximo nas consultas com os seus doentes e não na prova final fictícia. Mas este é só um exemplo. Com alguma imaginação outras ideias mais justas podem surgir. Sabemos que o mais importante é a sensação de dever cumprido no final do internato. No entanto, numa era em que a nota final tem implicações importantes para o nosso futuro, não apenas profissional, mas sobretudo pessoal, pequenas injustiças fazem-nos pensar se todo este percurso vale a pena. Afinal, no final da formação pós-graduada, quase aos 30, queremos finalmente assentar em terra firme.

Casos de violência contra médicos e enfermeiros voltam a aumentar

Metade das vítimas são enfermeiros e 20% dos agressores são outras profissionais de saúde. Barreira das mil denúncias deve ser ultrapassada este ano, pela primeira vez.

É uma tendência (preocupante) que se vem consolidando em Portugal. Nos últimos anos as queixas têm vindo a aumentar e tudo indica que em 2019 se atingirá um novo recorde no número de casos de violência sobre profissionais de saúde que são reportados.

No primeiro semestre deste ano, foram registados 637 queixas, o que compara com as 439 no mesmo período do ano passado, avança o jornal Público. A manter-se a tendência do segundo semestre, será ultrapassada, pela primeira vez, a barreira dos mil casos. Em 2018, foram registados 953. Se contabilizarmos as quase 5000 queixas recolhidas pela Direção-Geral de Saúde desde 2006 (quando foi criado o sistema de notificações), a maior parte das



queixas (57%) encaixam na área do assédio moral, seguindo-se os casos de violência verbal (cerca de 25%) e de violência física (13%).

Cerca de metade das vítimas são enfermeiros, 27% são médicos e 12% são assistentes técnicos. Já 56% dos agressores são doentes ou utentes, aparecendo os familiares em segundo lugar, com 21% dos casos. Surpreendente é o facto de um quinto dos agressores serem outros profissionais de saúde.

No entanto, e apesar do aumento do número de denúncias, muitos casos ficam ainda encobertos pelo silêncio das vítimas. Uma das estratégias utilizadas em vários hospitais são os chamados botões de pânico, alarmes colocados em locais estratégicos para chamar a polícia em casos extremos.

SO/LUSA

45 médicos foram condenados em processos disciplinares em 2018

Mais de mil processos disciplinares a médicos foram abertos no ano passado pelos conselhos disciplinares da Ordem.

Segundo os dados da Ordem dos Médicos, os conselhos disciplinares do Norte, Centro e Sul abriram, no ano passado, 1.071 processos, mais de metade dos quais (609) no Sul do país e 301 no Norte.

A informação mostra que foram encerrados 957 casos, de onde resultaram 45 condenações, sendo que apenas 14 foram no Conselho Disciplinar do Sul. A maior parte das condenações

(21) foi decidida no Conselho Disciplinar do Norte.

Dos médicos condenados, nenhum foi expulso, mas 13 foram suspensos. O maior número de castigos foram censuras, tendo sido atribuídas 21, enquanto os restantes 11 levaram uma advertência.

Estes dados não incluem ainda o recente caso do médico obstetra envolvido no nascimento, em Setúbal, de um bebé com malformações.





Remissão total em 40% dos doentes tratados com infusão de células CAR-T

Já há dois doentes a ser tratados nos IPO do Porto e outros dois à espera que chegue o fármaco. Infarmed garante que decisão de financiamento será tomada a curto prazo



“Dois casos no Porto mostram já sinais de uma remissão total da doença. Um deles, com menos de 40 anos, tinha um linfoma em estado avançado. Outros dois doentes estão à espera que o fármaco seja produzido”, explica José Mariz, diretor do serviço de Hematologia do IPO do Porto

Correu mundo esta semana a história de Vamberto Castro, um brasileiro de 62 anos, que aparentemente ficou sem sinais de um cancro incurável e já em fase avançada em menos de 20 dias. Isto depois de ter sido tratado com uma infusão de células CAR-T nos hospitais da Universidade de São Paulo, Brasil.

A técnica, que valeu o ano passado o prémio Nobel a um grupo de investigadores, chegou já este ano ao IPO do Porto e também já está certificada no de Lisboa, havendo já cinco doentes a serem tratados ou à espera que a terapia chegue esta terapia, avança o jornal Expresso. Dois casos no Porto mostram já sinais de uma remissão total da doença. Um deles, com menos de 40 anos, tinha um linfoma em estado avançado. Outros dois doentes estão à espera que o fármaco seja

produzido, explica José Mariz, diretor do serviço de Hematologia do IPO do Porto.

Também na capital existe uma pessoa a aguardar tratamento e duas pessoas que ainda não sabem se poderão ser submetidas ao procedimento devido aos critérios prévios.

Mariz revelou que, em 40% desses doentes, regista-se uma remissão total da doença ao fim de dois anos. “Não sendo excecional é bastante melhor do que o que tínhamos até agora. Há doentes em que a terapia vai falhar, infelizmente, mas cerca de 40% deles vão estar curados ao fim de dois anos”, frisou. Em 80% dos casos, o cancro diminuiu até ao mês depois do início do tratamento.

A infusão de células CAR-T aplica-se apenas a tumores hematológicos, como linfomas e leucemias. Contudo, espera-se que a terapia possa ser alargada a

outros tipos de tumores. Este tratamento personalizado implica a recolha e manipulação genética das células do doente (feita nos EUA) para que estas, quando re-introduzidas no paciente, possam eliminar as células cancerígenas. No entanto, o custo ainda é elevado: 400 mil euros por tratamento. Tanto o IPO do Porto como o de Lisboa disponibilizam o tratamento ao abrigo de um Programa de Acesso Precoce.

O tratamento pertence a dois laboratórios. O primeiro (do fármaco Yescarta, da Gilead) contempla oito doentes e o segundo (do Kymriah, da Novartis) incluirá mais dois. Os responsáveis do Infarmed explicam que “a decisão de financiamento será tomada a curto prazo, porquanto a avaliação encontra-se na fase final, estando o Infarmed a discutir modelos de negociação e financiamento”. **TC/SO**

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



MSD

INVENTING FOR LIFE

CRISTINA CARMONA

Associação analgésica potente num único comprimido:

“Associações são mais fáceis de prescrever e de manipular”

A dor é cada vez menos negligenciada na formação médica, refere a Dra. Cristina Carmona. Em entrevista ao SaúdeOnline, a médica anesthesiologista destaca as vantagens da associação de tramadol com dexketoprofeno no alívio da dor, comprovada pelo estudo DAVID.

Os médicos e outros profissionais de saúde ainda desvalorizam a dor?

Pelo menos subavaliavam. Esta situação levou várias organizações internacionais a considerarem a avaliação da dor como o quinto sinal vital, tão importante como avaliar a frequência cardíaca ou a pressão arterial, dando visibilidade à dor. Acresce dizer, que todo o ano de 2018 foi internacionalmente dedicado ao combate e esclarecimento da dor aguda pós-operatória, pois os maus resultados apurados no seu controlo, identificaram-na como um problema major de saúde pública, quer em países desenvolvidos quer em vias de desenvolvimento. Percebeu-se que, se não se avaliar e medir a dor, com escalas devidamente validadas, dificilmente conseguiremos um tratamento eficaz e adequado.

Há aliás um estudo, feito nos EUA em 2015, que identifica três tipos de barreiras para o controlo da dor: barreiras institucionais, relacionadas com o fornecimento de meios e métodos para tratar a dor. Barreiras profissionais, relacionadas com a falta de formação adequada nestas matérias e a sensibilização dos profissionais de saúde para considerarem o tratamento da dor como uma prioridade clínica. Barreiras relacionadas com o doente, como seja o medo de dizer que tem dor ou o conformismo.

A área da dor ainda é negligenciada na formação médica?

Começa a ser cada vez menos, particularmente na formação pós-graduada. A anesthesiologia é a especialidade que, por excelência, se dedica ao estudo da dor. Cada vez mais temos médicos de outras áreas (como a medicina geral e familiar) que se dedicam e dão grande enfoque a esta problemática. Isto também é resultado da evolução a que temos assistido no conhecimento dos mecanismos



fisiopatológicos da dor e das opções para o seu tratamento.

Como tem evoluído o tratamento da dor no pós-operatório?

Nas últimas décadas verificaram-se alterações significativas na prática cirúrgica, como a ambulatorização de muitos procedimentos cirúrgicos e o advento de técnicas minimamente invasivas, como a laparoscopia 3d e a robótica. Estas alterações permitiram aumentar a complexidade das cirurgias efetuadas e intervir em doentes com mais comorbilidades. Estes factos implicam mudanças óbvias na abordagem da dor pós-operatória. Mantendo o conceito base da analgesia multimodal (que se define como a utilização de diferentes meios, métodos, fármacos e adjuvantes com diferentes mecanismos de ação, que interferem em diferentes pontos do circuito fisiopatológico da dor, articulados num protocolo de administração, de forma a obter um efeito terapêutico sinérgico e complementar), aliados à necessidade de regresso e re-integração rápida do doente na esfera familiar, laboral e social, houve necessidade de evoluir para o conceito da “optimal analgesia” (definida como a conjugação de meios, métodos e fármacos analgésicos ou adjuvantes, de forma a gerar conforto e facilitar a recuperação funcional, com o menor número de efeitos associados). Para obtenção destes objetivos, promoveu-se à utilização de vias de administração menos invasivas, recurso á métodos analgésicos circunscritos a áreas anatómicas afetadas, privilegia-se a utilização de associações farmacológicas de diferentes princípios ativos no mesmo medicamento, que permitam maior rapidez e eficácia terapêutica, maior segurança clínica, menos efeitos colaterais e maior adesão por parte dos doentes, com redução nas falhas de toma da medicação. Só assim é possível promover e melhorar a resposta às necessidades de cuidados de saúde atuais, promovendo a sustentabilidade dos modelos de saúde. Em Portugal, dois terços das cirurgias já são realizadas em ambulatório e os procedimentos cirúrgicos são cada vez menos invasivos.

Foi para avaliar o potencial de uma dessas associações que foi realizado o estudo DAVID, que mostra uma maior eficácia na combinação de tramadol com dexketoprofeno no alívio da dor.

As evidências demonstradas quanto à importância do tratamento atempado e adequado da dor, tomaram força de lei em Portugal desde 2013, com a obrigação legal das instituições de saúde em distribuir kits de medicação analgésica a todos os doentes operados em regime ambulatório. No entanto, as



estatísticas nacionais e internacionais, têm demonstrado que este é um problema muito longe de estar resolvido. Em cirurgia ambulatória, o controlo da dor é ainda a principal complicação pós-operatória, classificada como dor moderada a intensa, com elevada incidência nas primeiras 24-48h de pós-operatório. Este facto é responsável, de acordo com estudos recentes, por uma incapacidade na autonomização do doente que pode ultrapassar os 50% dos casos, e regresso não previsto às unidades de saúde, com taxas de reinternamento para controlo da dor de 0,08%. A dor mal controlada é ainda determinante, no aumento dos gastos em medicação e tratamentos, no aumento da taxa de absentismo e no aparecimento de dor crónica, com tudo o que isto representa de negativo para a vida das pessoas e das sociedades.

Uma das formas de melhorar estes resultados têm sido, como já foi dito, o desenvolvimento farmacológico de associações de princípios ativos analgésicos no mesmo medicamento, com vantagens já descritas. O estudo DAVID é especialmente relevante nesta matéria, porque não há muitos estudos comparativos de

formulações entre si. Este tipo de estudo é muito laborioso, demorado e representa um investimento elevado. O estudo DAVID faz a comparação entre a associação do tramadol 75mg e dexketoprofeno 25mg com tramadol 75 mg e paracetamol 650 mg. Para os clínicos, é uma excelente ajuda na decisão terapêutica, fundamentada em evidência e não apenas na experiência pessoal. O estudo de david apresenta-se como um dos maiores estudos de controlo de dor aguda moderada a intensa; é um estudo multicentrico, randomizado, aleatório, com grupo placebo-controlo, pelo que a evidência apurada é de elevada qualidade; é um estudo comparativo head to head entre 2 associações analgésicas. É um estudo efetuado num modelo altamente preditivo do comportamento dos fármacos (extração do terceiro molar incluso com mobilização ósseas, de forma a induzir um estímulo algico com características semelhantes em todos os indivíduos). As conclusões do estudo são corroboradas por outros estudos clínicos envolvendo cerca de 1900 indivíduos, no tratamento da dor nociceptiva (somática ou visceral) de intensidade moderada a intensa com a associação farmacológica do tramadol 75mg e dexketoprofeno 25mg.

«As conclusões do estudo são corroboradas por outros estudos clínicos envolvendo cerca de 1900 indivíduos, no tratamento da dor nociceptiva (somática ou visceral) de intensidade moderada a intensa»

Existem dados que indiquem a percentagem de doentes com dor mal controlada em pós-operatório?

Sim, existem. A incidência tem baixado, mas ainda ronda os 60 a 70%, independentemente de se tratar de cirurgia de internamento ou de ambulatório. Afeta igualmente países desenvolvidos ou considerados em via de desenvolvimento.

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 McQuay HJ et al. *Br J Anaesthesia*. 2016; 116:269-276 3 Moore RA et al. *BMC Anaesthesiol* 2016;16:9.
4 Moore RA et al. *The Journal of Headache and Pain*. 2015; 16:60

MSRM. Não participado. IECPCM 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 dexcetoprofeno¹
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 estearato. **Indicações terapêuticas:** Tratamento sintomático de curta duração da dor aguda moderada a grave em adultos cuja dor requiera uma combinação de tramadol e dexcetoprofeno. **Posologia e modo de administração:** Posologia: **Adultos:** A dose recomendada é de um comprimido por dia (equivalente a 75 mg de cloridrato de tramadol e 25 mg de dexcetoprofeno). Se necessário, podem ser administradas doses adicionais com um intervalo mínimo de 8 horas. A dose total diária não deve exceder os 3 comprimidos por dia (equivalente a 225 mg de cloridrato de tramadol e 75 mg de dexcetoprofeno). Skudexa deve ser engolido com uma quantidade suficiente de líquido (p.ex. um copo de água). A administração concomitante com alimentos diminui a velocidade de absorção do fármaco, pelo que, para um efeito mais rápido os comprimidos devem ser tomados pelo menos 30 minutos antes das refeições. Skudexa destina-se a um tratamento de curta duração, devendo o tratamento ser limitado ao período sintomático e nunca deverá exceder os 5 dias. A mudança para um analgésico simples deve ser considerada de acordo com a intensidade da dor e a resposta do doente. Os efeitos indesejáveis podem ser minimizados utilizando a menor dose eficaz durante o menor período de tempo necessário para controlar os sintomas. **Idosos:** Nos doentes idosos a dose inicial recomendada é de um comprimido. Se necessário podem ser administradas doses adicionais com um intervalo mínimo de 8 horas e não excedendo a dose total diária de 2 comprimidos (equivalente a 150 mg de cloridrato de tramadol e 50 mg de dexcetoprofeno). A dose pode ser aumentada até ao máximo de 3 comprimidos diários, como recomendado para a população em geral, somente após garantia de uma boa tolerância ao medicamento. Os dados disponíveis sobre os idosos com idade superior a 75 anos são limitados, pelo que Skudexa deve ser utilizado com precaução nestes doentes. **Compromisso Hepático:** Os doentes com disfunção hepática ligeira a moderada devem iniciar o tratamento com um número de doses reduzidas (dose total diária de 2 comprimidos Skudexa) e devem ser cuidadosamente monitorizados. Skudexa não deve ser administrado em doentes com disfunção hepática grave. **Compromisso Renal:** A dose total diária inicial deve ser reduzida para 2 comprimidos de Skudexa em doentes com disfunção renal ligeira (depuração da creatinina 60 - 89 ml/min). Skudexa não deve ser administrado em doentes com disfunção renal moderada a grave (depuração da creatinina <60 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

Ordem dos Médicos lamenta recondução de Marta Temido

O bastonário entende que o primeiro-ministro “não está a saber aproveitar a nova oportunidade que os portugueses lhe deram” ao manter os mesmos ministros da Saúde e das Finanças.



Em declarações à agência Lusa, o bastonário dos Médicos, Miguel Guimarães, nota que António Costa “manteve os dois principais responsáveis pelo estado da saúde em Portugal”, os

ministros das Finanças, Mário Centeno, e da Saúde, Marta Temido.

“Não sei se esta escolha do primeiro-ministro é para ter um Serviço Nacional de Saúde mais forte ou para continuar

a ser as Finanças a dominar sobre a saúde dos portugueses. Creio que é a segunda hipótese”, afirmou Miguel Guimarães.

Para o bastonário dos Médicos, a atual ministra, que continua no

cargo, “nada fez de significativo” pela saúde em Portugal.

Miguel Guimarães aproveitou para recordar um artigo da revista científica Lancet que refere que a saúde em Portugal precisa de “uma nova oportunidade”.

Marta Temido continuará como ministra da Saúde no novo Governo, depois de em outubro do ano passado ter substituído no cargo Adalberto Campos Fernandes, num ano em que a agitação no setor não diminuiu. A ministra tinha tomado posse no anterior Governo faz hoje precisamente um ano.

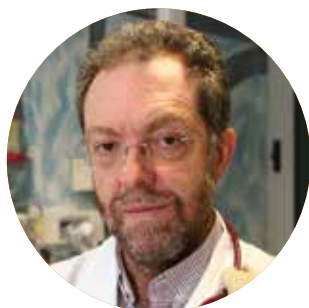
SO/LUSA

Pediatras nos centros de saúde podem ser solução para reorganizar assistência

Mais do que reorganizar urgências de pediatria nos hospitais, Portugal deve seguir o exemplo de Espanha e colocar pediatras nos centros de saúde, defende a Ordem dos Médicos.

A falta de pediatras na região de Lisboa e Vale do Tejo, nomeadamente no Hospital Garcia de Orta (cuja urgência já encerrou várias vezes este mês), já levou a Administração Regional de Saúde a equacionar a abertura rotativa das urgências pediátricas noturnas nesta zona.

A carência de pediatras tem provocado problemas também noutras zonas do país, como o Algarve. O Ministério da Saúde responde com o aumento do número de vagas. A medida é, muitas vezes, inconsequente: os lugares ficam vazios, isto é, não há candidatos.



Jorge Amil Dias, presidente do colégio de pediatria da Ordem dos Médicos, insiste que é preciso uma reformulação da assistência pediátrica em Portugal

Assim, e mais do que reorganizar as urgências pediátricas hospitalares nas grandes zonas urbanas, há quem defenda uma aposta nos cuidados de saúde primários. Ao jornal Público, o presidente do colégio de pediatria da Ordem dos Médicos defende que Portugal deve seguir o exemplo de Espanha, onde há pediatras nos centros de saúde há vários anos. São especialistas com formação hospitalar e dedicam-se em exclusivo à pediatria de ambulatório.

Jorge Amil Dias realça que não basta haver médicos de família a atender crianças nos centros de saúde porque a sua a formação

pediátrica consiste em “um dois meses em serviço hospitalar da especialidade”. O médico insiste que é preciso uma reformulação da assistência pediátrica em Portugal, sob pena de a de falta de especialistas se agudizar. Muitos dos pediatras tem mais de 55 anos, o que os dispensa de fazer urgências.

Os cerca de mil pediatras que trabalham no SNS fizeram cerca de 400 mil horas extraordinárias em 2018. No entanto, a tutela viu-se, ainda assim, obrigada a contratar mais 82 mil horas a médicos tateiros para suprir as necessidades. **TC/SO**



“Resultados alarmantes”: Prevalência de DII é três vezes maior do que se pensava

Casos de Doença de Crohn e a Colite Ulcerosa estão subdiagnosticados, alerta estudo. Prevalência deve aumentar 25% até 2025, o que potencia também o cancro colorretal.



“A doença de Crohn e a colite ulcerosa são doenças que duram a vida toda, que podem começar em tenra idade e ter um enorme impacto na qualidade de vida dos pacientes”, comentou Salvo Leone, presidente da Federação Europeia das Associações de Crohn e Colite Ulcerosa (EFCCA).

O número de pessoas que sofrem de doenças inflamatórias intestinais (DII) é três vezes maior que as estimativas anteriores, tendo os doentes também um maior risco de desenvolver cancro colorretal (CRC), refere um novo estudo apresentado na UEG Week, em Barcelona.

Investigadores dos hospitais NHS Trust e Sandwell e West Birmingham e da Universidade de Birmingham examinaram casos de DII desde o início do século para obter dados precisos sobre a prevalência de colite ulcerosa (UC) e doença de Crohn (CD) no Reino Unido. Anteriormente, apenas existiam dados limitados ou antigos. Utilizando dados do Health Improvement Network (THIN), um banco de dados de cuidados primários do Reino Unido representativo, o estudo demonstra que a prevalência de DII é três vezes maior do que o

relatado anteriormente, com prevalência de UC e CD a aumentar de 55% e 83%, respectivamente, entre 2000 e 2017. O estudo também mostrou que a prevalência de DII deve aumentar quase 25% de 2017 a 2025.

A gravidade dos sintomas e a natureza duradoura das doenças podem ter um impacto extremamente debilitante na vida dos pacientes. Por exemplo, taxas mais altas de depressão e absentismo em pacientes com UC e DC foram relatadas em estudos anteriores. Cerca de 44% dos pacientes com DII dizem mesmo que perderam ou deixaram o emprego por causa da DII. “Como atualmente não há cura conhecida para a DII, os pacientes geralmente precisam de tratamentos complexos e dispendiosos ao longo da vida. Esse aumento previsto na prevalência pode colocar uma pressão ainda maior nos sistemas de

saúde já sobrecarregados”, refere Dominic King, da Universidade de Birmingham.

“O nosso estudo descobriu que os pacientes que sofrem da doença de Crohn tiveram um risco 23% maior de desenvolver CRC, enquanto os pacientes com colite ulcerosa tiveram um risco significativamente elevado de mais 43%. O aumento na prevalência de DII poderia, portanto, potencialmente levar a um aumento associado nos casos de CDC”, refere King.

“Os resultados do estudo são alarmantes, principalmente se considerarmos que a doença de Crohn e a colite ulcerosa são doenças que duram a vida toda, que podem começar em tenra idade e ter um enorme impacto na qualidade de vida dos pacientes”, comentou Salvo Leone, presidente da Federação Europeia das Associações de Crohn e Colite Ulcerosa (EFCCA). **TC/SO**

Falta de secretários clínicos está a impedir abertura de novas USF

Alerta é feito pelo coordenador nacional para a reforma dos cuidados de saúde primários, Henrique Botelho.

“Neste momento temos projetos de candidaturas de unidades de saúde familiar que não avançam porque não têm secretários clínicos. Têm médicos, têm enfermeiros, mas não têm secretários clínicos”, disse Henrique Botelho, que falava à agência Lusa a propósito da divulgação do relatório final da Coordenação Nacional para a Reforma do SNS na área dos Cuidados de Saúde Primários.

Segundo Henrique Botelho, estes profissionais foram saindo e “há anos que não há concursos para secretários clínicos”.

“Não podemos abrir uma USF com défice de um grupo profissional, porque um dos aspetos fundamentais da USF é serem equipas, trabalharem em equipas e serem avaliados em equipa”, salientou.

Para o coordenador, este trabalho em equipa “é fundamental” porque é nele que reside “grande parte do sucesso destas unidades”.

Os secretários clínicos têm como função, nomeadamente, o atendimento e encaminhamento dos cidadãos, gestão de procedimentos administrativos e participação nos procedimentos referentes à prescrição crónica.

Grupo de Reforma pede generalização das USF

Uma das recomendações da Coordenação para a Reforma do Serviço Nacional de Saúde (CNCSP) no relatório divulgado pelo Ministério da Saúde é a generalização do modelo das USF.

Henrique Botelho questionou porque é que, passados 14 anos, ainda não se generalizou este



modelo que já demonstrou ser melhor do que o modelo que substitui, os centros de saúde.

“As USF devem ser o padrão de prestação de cuidados de saúde familiar em Portugal. Fazem mais,

fazem melhor e mais barato. Está demonstrado”, sustentou, congratulando-se pelo programa do Governo agora aprovado incluir a universalização deste modelo reformista proposto pela CNCSP.

Enfermeiros obrigados a devolver aumentos salariais

190 Enfermeiros já foram notificados para devolver 1950 euros. Enfermeiros e Sindicatos já intentaram ações em tribunal.

As administrações hospitalares estão a chamar os enfermeiros para que estes devolvam os aumentos referentes ao descongelamento das progressões de carreira da Função pública, que tiveram início em 2018, noticia o Jornal de Notícias. A ordem veio do Ministério da Saúde e em causa está uma circular da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) de fevereiro deste ano, na qual se alega que o reposicionamento

da tabela salarial dos enfermeiros, ocorrido entre 2011 e 2015, já contou como progressão e que, portanto, deve ser reiniciada a contagem de pontos. Sem pontos, os enfermeiros ficam ilegíveis para o descongelamento em curso. “Os pontos são contados a partir da última alteração de posicionamento remuneratório do trabalhado”, pode ler-se na circular da ACSS.

De acordo com o Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, esta medida pode implicar que cerca

de 20 mil enfermeiros tenham de devolver, em 18 meses, 1950 euros. Este valor compreende o aumento de 50 euros mensais de janeiro a agosto de 2018 (perfazendo o total de 400 euros), 100 euros mensais de setembro de 2018 a abril de 2019 (o que representa 800 euros) e ainda 150 mensais de maio a setembro de 2019 (ou seja, mais 750 euros).

Até ao momento, apenas quatro centros hospitalares começaram a solicitar aos enfermeiros a devolução do dinheiro. São esses os

hospitais de Trás os Montes e Alto Douro, Guimarães, Penafiel e IPO do Porto. Ao todo, foram já notificados cerca de 190 enfermeiros. Vários dos enfermeiros lesados já intentaram ações em tribunal para verem os pontos e a progressão da carreira reconhecidos. No entanto, não são os únicos nesta luta. Segundo declarações ao JN, fonte do SEP garantiu que também o sindicato estará ao lado dos seus associados, ao intentar uma outra ação contra a circular do Ministério da Saúde. **EQ/SO**



Cientistas portugueses desenvolvem terapia fágica para atacar bactérias

Universidade do Minho está a desenvolver um “novo tipo de fagos sintéticos”, para tratar infeções provocadas por organismos resistentes aos antibióticos.

O Centro de Engenharia Biológica explica que a utilização em terapia daqueles bacteriófagos, “que apresentam um melhor desempenho”, vão agora ser testados em laboratórios, para depois poderem ser utilizados na “chamada terapia fágica”.

Segundo explica o texto, aquele tipo de organismos tem “apresentando uma resposta promissora para um dos maiores problemas de saúde mundial – a resistência das bactérias aos antibióticos – e uma forma alternativa de tratamento, sobretudo em casos muito graves, incuráveis ou com risco de vida”.

Os resultados, refere o texto, obtidos a partir da investigação realizada “à volta da terapia fágica são promissores”, referindo um

artigo científico na Revista Nature que descreve como uma equipa de investigadores americanos conseguiu salvar um paciente recorrendo a um fago e países como a Alemanha, França, Suíça e Bélgica têm vindo a intensificar a sua utilização.

“No caso de Portugal, no entanto, este tipo de terapia ainda não está a ser utilizada no tratamento de doentes”, aponta.

A investigação que está a ser desenvolvida no CEB “poderá também ser útil no tratamento de feridas crónicas, infeções sistémicas e urinárias”, sendo que “os investigadores estão a terminar a construção dos primeiros fagos sintéticos e vão agora avançar para testes em animais de laboratório”.

“Uma das principais limitações

da terapia fágica é o facto de as bactérias desenvolverem rapidamente resistência ao fago que está a ser usado no tratamento, sendo habitualmente necessária a utilização de uma mistura de fagos ou a administração sequencial de fagos diferentes. Este projeto procura minimizar esta limitação, uma vez que os fagos desenvolvidos, por terem espectros de ação mais alargados, reduzem a probabilidade de ocorrência de resistências”, explica no texto a investigadora responsável por este projeto, Joana Azevedo. A investigadora do CEB acrescenta ainda que “embora estudos ‘in vivo’ apontem para a inocuidade dos fagos, a verdade é que uma grande percentagem da informação genética que codificam é desconhecida e, por

isso, levanta questões relativas à segurança”.

Os fagos geneticamente modificados que o CEB está a desenvolver “têm quase a totalidade do genoma conhecido”, sendo, por isso, “possível garantir uma maior segurança”.

Portugal é o quarto país da Europa que apresenta as mais altas taxas de mortalidade por infeções causadas por bactérias resistentes a antibióticos.

A utilização excessiva de antibióticos leva à eliminação das estirpes mais sensíveis e, consequentemente, à seleção das mais resistentes, que sobrevivem na presença do antibiótico e continuam a multiplicar-se, causando uma doença mais prolongada ao paciente ou, mesmo, levá-lo à morte. **SO/LUSA**

Projeto inovador tenta abrir caminho para a cura da osteoartrose

O ProtexAging está a desenvolver uma molécula que pode ajudar a proteger as células da destruição provocada pela osteoartrose e por outras doenças associadas ao envelhecimento.



“Nós esperamos que este potencial fármaco possa alterar significativamente esse panorama, que a sua toma numa fase precoce da doença impeça a sua progressão, reduzindo o sofrimento dos doentes e o número de cirurgias”, testemunha Alexandra Ferreira Mendes, à esquerda

Uma equipa da Faculdade de Farmácia (FFUC) da Universidade de Coimbra e do Centro de Neurociências e Biologia Celular (CNC-UC) da Universidade de Coimbra está a desenvolver uma molécula que pode ajudar a proteger as células da destruição provocada pela osteoartrose e por outras doenças associadas ao envelhecimento. Esse projeto, denominado ProtexAging, venceu nos últimos dias o prémio BfK Ideas 2019 (na categoria de Saúde e Bem-estar), do programa de promoção e valorização da ciência e do conhecimento científico e tecnológico Born from Knowledge (que é promovido pelo Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, através da Agência Nacional da Inovação). O trabalho já realizado pela equipa composta por Alexandrina

Ferreira Mendes (docente da FFUC e investigadora do CNC-UC), Alcino Leitão (docente da FFUC e investigador do CNC-UC), Cátia Moreira de Sousa (doutoranda da FFUC) e Gonçalo Pinto Mendes (mestre em Ciências Farmacêuticas pela FFUC) permitiu a identificação de um composto com propriedades físico-químicas e farmacológicas muito promissoras, capaz de ativar uma enzima que protege as células articulares, inibindo os processos destrutivos e ativando a reparação articular. A descoberta pode ser o primeiro passo para o desenvolvimento de um medicamento inovador para a osteoartrose – doença que destrói as articulações, causando dor e perda de mobilidade, e que, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, afeta 10 a 15% da população mundial acima

dos 60 anos. “Atualmente não há cura para a osteoartrose: ao fim de alguns anos, o seu processo destrutivo leva à necessidade de substituição da articulação por uma prótese. Nós esperamos que este potencial fármaco possa alterar significativamente esse panorama, que a sua toma numa fase precoce da doença impeça a sua progressão, reduzindo o sofrimento dos doentes e o número de cirurgias”, descreve Alexandrina Ferreira Mendes. De resto, além da osteoartrose, a utilização do composto poderá estender-se a outras doenças associadas ao envelhecimento, com as neurodegenerativas: “os primeiros testes, num modelo celular de doença de Parkinson, mostram que o composto poderá atuar não apenas em células articulares, mas também em neurónios, travando a

degeneração e deterioração funcional dos tecidos”, explica a professora da FFUC e investigadora do CNC-UC. Em qualquer dos casos, o processo de desenvolvimento de um medicamento ainda está, no entanto, numa fase muito inicial. Após a demonstração in vitro da elevada probabilidade de sucesso desta molécula como medicamento para a osteoartrose e para outras aplicações, o passo seguinte será a realização de estudos em animais para comprovar a sua eficácia e segurança. Neste percurso, a equipa de docentes e investigadores encontra um “importante estímulo” nos prémios recebidos pelo ProtexAging – conquistou três no concurso de ideias de negócio Arrisca C, a que se junta agora o BfK Ideas 2019, na categoria Saúde e Bem-Estar. **MMM/SO**

Na linha da frente do tratamento do doente com insuficiência cardíaca: o papel central da MGF

Durante a edição do Update em Medicina 2019, mais de mil e quinhentos especialistas e internos, sobretudo de Medicina Geral e Familiar, interiorizaram a noção de que hoje é possível e desejável uma participação mais ativa dos médicos dos cuidados de saúde primários na gestão terapêutica do doente com insuficiência cardíaca.



É urgente intervir de modo a reduzir a inércia terapêutica, numa patologia com um impacto elevado na mortalidade e morbilidade dos doentes [1]. O papel do médico de Medicina Geral e Familiar na gestão do doente com insuficiência cardíaca é crítico, sobretudo nos doentes em classe NYHA II, aqueles que muitas vezes passam «por debaixo do radar», mas estão em elevado risco de morte súbita [2].

No Palácio de Congressos do Algarve e no âmbito de um simpósio organizado pela Novartis intitulado «Na linha da frente do tratamento do doente com

insuficiência cardíaca», o Dr. Carlos Franclim (Coordenador da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados – UCSP – da Unidade Local de Saúde de Matosinhos) e o Dr. Gonçalo Proença (Coordenador da Unidade de Cardiologia do Hospital de Cascais) juntaram esforços para mostrar que o panorama do tratamento da insuficiência cardíaca (IC) está em transformação e que a colaboração próxima entre especialidades hospitalares e a Medicina Geral e Familiar é cada vez mais importante, em particular para o controlo da doença nos indivíduos que ainda não têm sintomatologia

exuberante e comprometimento acentuado das atividades quotidianas.

TIRAR O DOENTE COM IC DO HOSPITAL É VANTAJOSO EM MAIS DO QUE UMA DIMENSÃO

Segundo dados da Direção-Geral da Saúde, verifica-se no nosso país um internamento motivado por IC a cada meia hora e uma morte a cada quatro horas [5]. “São números que nos devem fazer pensar. Depois há que perceber que os custos com o doente com IC se registam sobretudo nos hospitais. Tudo aquilo que



Dr. GONÇALO PROENÇA

possamos fazer para tirar o doente do hospital e evitar que tenha de ir ao serviço de urgência é bastante custo-efetivo. E tudo aquilo que os colegas possam fazer, do ponto de vista terapêutico, nas suas unidades de saúde familiar e centros de saúde ajuda o doente e poupa muito dinheiro ao erário público”, avançou no Algarve o Dr. Gonçalo Proença.

CASO REAL COMPROVA PAPEL CENTRAL DO MÉDICO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR NA GESTÃO DO DOENTE COM IC

Na sua comunicação conjunta os Drs. Carlos Franclim e Gonçalo Proença ilustraram as potencialidades de uma gestão terapêutica bem sucedida da patologia em doentes de classe NYHA II, realizada a partir dos cuidados de saúde primários (CSP) e do médico de Medicina Geral e Familiar, recorrendo a um caso clínico com origem na lista de utentes do primeiro orador. “O Sr. Carlos, jardineiro de profissão atualmente desempregado, tinha

documentada hipertensão arterial, hábitos tabágicos e suspeita de IC registada mas não codificada e algumas comorbilidades, como patologia álgica e insónia. Este doente fazia medicação com ramipril, bisoprolol e pantoprazol”, recordou o Dr. Carlos Franclim.

O doente em causa, após uma visita ao hospital por infeção respiratória, começou a sentir o agravamento de sintomas como fadiga e dispneia. De acordo com o Coordenador da UCSP Matosinhos, “o doente, em consulta, referiu que a fadiga e a dispneia já estavam presentes antes da intercorrência que o levou ao hospital e que a medicação entretanto realizada não havia resolvido o problema. No exame físico objetivou-se a presença de edemas maleolares e na auscultação identificaram-se ferveores crepitantes nas bases e sopro sistólico. Foi-lhe proposto que iniciasse diurético e a realização de alguns meios complementares de diagnóstico”. O doente realizou raio-X do tórax, eletrocardiograma (ECG), ecocardiograma e análises clínicas (incluindo avaliação da ferritina e saturação de

transferrina). “Pelo ECG do doente foi possível verificar que estava em ritmo sinusal, com critérios de hipertrofia ventricular esquerda e sinais de isquemia. Não se tratava, portanto, de um ECG normal e é importante recordar que o ECG, no contexto da IC, é um instrumento que tem um elevado valor preditivo negativo, já que não é habitual termos ECG normais em doentes com IC”, ressaltou o Dr. Gonçalo Proença.

O raio-X revelou um coração volumoso, com índice cardiorácico aumentado, enquanto que no seu perfil analítico o indivíduo não apresentava nenhum sinal de alarme, ao nível lipídico, com taxa de filtração glomerular normal e cinética do ferro também normal. Já o ecocardiograma denunciava um coração dilatado com aumento de massa ventricular esquerda e aurícula esquerda dilatada, registando compromisso da função sistólica. Segundo o Coordenador da Unidade de Cardiologia do Hospital de Cascais, “estamos perante uma miocardiopatia francamente instituída, com todos os dados disponíveis para concretizar um diagnóstico de IC com fração de ejeção reduzida”.

Na segunda consulta de MGF, o doente continuou a queixar-se de fadiga, mas com valores tensionais aceitáveis e sem alterações significativas. Foi, então, considerado útil a solicitação de cintigrafia de perfusão miocárdica (para exclusão da possibilidade de isquemia miocárdica) e em simultâneo introduziram-se mudanças na terapêutica modificadora do prognóstico, com aumento das doses de bisoprolol e ramipril e associação de lercanidipina. “Este doente começou a sentir-se melhor. Até ao dia em que voltou a recorrer ao serviço de urgência hospitalar, devido a palpitações e agravamento da dispneia, tendo ficado internado. Estava com quadro de fibrilhação auricular, fez conversão a ritmo sinusal bem sucedida e viu a terapêutica ajustada, tendo sido acrescentada ao plano terapêutico de base amiodarona, espironolactona e edoxabano”, explicou o Dr. Carlos Franclim.

Para este médico de Medicina Geral e Familiar, colocou-se pois nesta fase mais compensada da patologia uma questão fundamental: “o doente, após a ocorrência destes eventos cardiovasculares significativos e ajuste da medicação, ficou com uma consulta de reavaliação em Cardiologia para daí a 12 meses. É preciso notar que os doentes, quando seguidos em Cardiologia, não deixam de ser nossos. Neste caso e enquanto o doente está aos nossos cuidados e a aguardar durante um ano reavaliação da Cardiologia, devemos ter uma atitude expectante ou acrescentar algo de diferente? Isto numa patologia que catalogamos como «maligna», que cinco



anos volvidos sobre o diagnóstico inicial mata metade dos doentes. O que podemos fazer, até à próxima consulta de Cardiologia?” [6-7]. O que pode ser feito – e foi concretizado no caso em apreço – é iniciar tratamento com sacubitril/valsartan.

EVITAR INÉRCIA TERAPÊUTICA NOS DOENTES DE CLASSE NYHA II CONTRIBUI PARA A REDUÇÃO DA MORTE SÚBITA

Por norma, os doentes com IC e que apresentavam sintomas inalterados durante bastante tempo acabam por ser algo negligenciados, do ponto de vista da redefinição de abordagens terapêuticas. A evidência atual mostra o contrário: a estabilidade sintomática não equivale a ausência de progressão da doença [8]. “Quando temos um doente em classe NYHA II que vem à consulta e leva uma vida relativamente normal, sem grandes limitações, a nossa tendência pende para a inércia terapêutica. No nosso subconsciente, assumimos que esta pessoa é um doente de menor risco, logo o ímpeto para fazer mais e melhor por este doente é menor”, reconheceu o Dr. Gonçalo Proença no Update em Medicina 2019. O mesmo especialista adiantou que, nos EUA e na Europa, são contabilizados por ano um milhão de reinternamentos de doentes em classe II e que a principal causa de mortalidade assinalada neste grupo é a morte súbita [9-10]: “a IC é uma doença muito ingrata neste respeito. Os doentes mais sintomáticos e limitados morrem devagar, com falência de bomba e progressão lenta da doença, enquanto os doentes que estão melhor e menos limitados morrem subitamente. Esta é noção que devemos ter sempre em mente”.

PALAVRA DE ORDEM É COMEÇAR

O controlo otimizado da IC só pode ser obtido com uma cooperação estreita entre níveis de

cuidados e especialidades médicas, mas também com intervenções céleres, no momento adequado, como explicitou no Algarve o clínico do Hospital de Cascais: “o cardiologista não pode estar à espera do médico de família e vice-versa. O médico que toma contacto com estes doentes nos CSP tem a obrigação de fazer coisas positivas por eles de forma rápida e a Cardiologia deve assumir um papel de retaguarda, de esclarecer dúvidas e de estar disponível para colaborar com vista à melhoria destes doentes”.

Este especialista acredita, inclusive, que as próprias guidelines da Sociedade Europeia de Cardiologia para o tratamento da IC, quando seguidas à risca, contribuem para um certo adiamento prejudicial de medidas que podem atrasar a progressão da doença [11]: “se somarmos o tempo para descongestionar o doente, para iniciar tratamento com IECA, otimizar a dose do IECA, refletir sobre a necessidade de iniciar beta-bloqueante, otimizar o beta-bloqueante e introduzir um antagonista dos recetores mineralocorticoides, facilmente chegamos às cinco ou seis consultas. Cinco ou seis consultas a nível hospitalar representam algo como três anos, numa perspetiva otimista. Em três anos, quantos doentes se perdem e quantos acabam nas estatísticas da mortalidade?”.

INRA: CLASSE TERAPÊUTICA RECENTE, MAS COM PROVAS DADAS DE EFICÁCIA E FACILIDADE DE USO EM DOENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA (IC-FER)

Os inibidores da neprilisina e dos recetores da angiotensina (INRA) representam a mais recente classe terapêutica desenvolvida para o tratamento da IC, sendo o primeiro agente desta classe o sacubitril/valsartan. “Aquilo que o sacubitril/valsartan nos trouxe foi a possibilidade de, através de uma forma fisiológica,

potenciar o sistema dos peptídeos natriuréticos auriculares e reequilibrar a balança que no outro prato conta com o sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) e o sistema nervoso simpático”, garantiu o Dr. Gonçalo Proença. O artigo que evidenciou a efetividade e segurança do mais recente elemento do arsenal terapêutico para o tratamento da IC-FER foi publicado há cerca de cinco anos no New England Journal of Medicine, contudo para muitos membros da classe médica – e em particular para os médicos de medicina Geral e Familiar – este fármaco é ainda encarado como algo de complexo e inovador, que necessita de supervisão ao nível da Cardiologia. “Passaram-se cinco anos da publicação do artigo que consolidou o sacubitril/valsartan como opção terapêutica. É altura de passar à prática. Para mais, quer a Food and Drug Administration (FDA), quer a European Medicines Agency (EMA), não consideram necessário que se faça doseamentos de NT-proBNP para iniciar tratamento com este fármaco. Ou seja, os médicos dos CSP não precisam de ter acesso a este biomarcador para iniciarem a medicação”, elucida o Coordenador da Unidade de Cardiologia do Hospital de Cascais.

O mesmo especialista acrescenta: “a mensagem central aqui é a de que os médicos que seguem estes doentes devem iniciar o sacubitril/valsartan o mais cedo possível. Comecem o quanto antes, porque não há nada aqui de particularmente extraordinário. Este não é um medicamento para hiper-especialistas da IC, mas antes um medicamento de fácil manuseio, a que todos podem recorrer. Sobretudo porque reduz a mortalidade e melhora a condição dos doentes com IC-FER. Diga-se, de passagem, que os colegas norte-americanos são muito mais pragmáticos do que os peritos que desenvolveram as normas de orientação clínica europeias e nem sequer recomendam que se faça tratamento prévio com

antagonista dos recetores mineralocorticoides antes da decisão de se avançar para sacubitril/valsartan”. O Coordenador da UCSP Matosinhos concorda em pleno com esta análise: “trata-se de um fármaco fácil de manipular e que não implica técnicas complexas. Depois, há que realçar os múltiplos estudos que demonstram as melhorias na qualidade e quantidade de vida dos doentes com IC-FER. Estão, pois, reunidas todas as condições para considerarmos seriamente a utilização desta arma terapêutica, adequada aos doentes do nosso dia-a-dia”. O Dr. Carlos Franclim não tem dúvidas de que estamos face a “uma nova ferramenta farmacológica útil para todos os médicos, fácil de manipular, segura e que pode fazer a diferença na qualidade e quantidade de vida, para o utente que temos à nossa frente”.

ATENÇÃO AOS PERÍODOS VULNERÁVEIS DO DOENTE

É muito comum, a nível nacional, a re-hospitalização dos doentes com IC, após alta hospitalar, uma vez que “o doente sai de um ambiente extremamente controlado, com dieta e medicação vigiadas e administradas por profissionais, para o seu ambiente natural, muitas vezes com terapêutica por otimizar, sem nenhuma educação para cuidados fundamentais direcionada ao próprio e à família. O resultado é um pico de mortalidade nesta fase vulnerável, com 25% a 30% dos doentes que receberam alta a serem re-internados nos 30 dias subsequentes [12-13]. A mortalidade durante este mês chega a ser o dobro, quando comparada com fases posteriores” [14], sublinhou o Dr. Gonçalo Proença no decurso da 12.ª edição do Update em Medicina.

ESTUDO PARADIGM-HF PROVOU QUE SACUBITRIL /VALSARTAN REDUZ MORTALIDADE DUAS VEZES MAIS QUE ARA OU IECA [15,16,17]

O estudo PARADIGM-HF (investigação fundamental para a aprovação do sacubitril/valsartan) envolveu doentes das classes II a IV, aqueles que habitualmente são seguidos pelo seu médico de família. O objetivo primário composto do estudo era avaliar comparativamente o efeito do tratamento com sacubitril/valsartan e com enalapril no atraso da primeira ocorrência de morte cardiovascular ou hospitalização por IC [15], tendo-se verificado uma redução de 20% na mortalidade cardiovascular nos doentes tratados com sacubitril/valsartan (NNT=33), o dobro da redução da mortalidade em comparação com os ARA ou IECA usados habitualmente [16-17].



Dr. CARLOS FRANCLIM

Os resultados também foram expressivos no que respeita aos internamentos por IC descompensada, com uma redução de risco relativo registada de 21% mediante a toma de sacubitril/valsartan, versus o recurso a enalapril. “O que mais desperta a atenção é a precocidade do efeito. Quando começamos a medicar um doente com sacubitril/valsartan, ao fim de poucos dias ele relata-nos que está melhor, que respira melhor e se sente menos cansado. A divergência das curvas de hospitalização é muito precoce – na comparação com enalapril – e aos 30 dias contamos com menos 30% de admissões nos serviços de urgência por IC, no grupo de doentes tratados com sacubitril/valsartan e menos 40% nos internamente. Os resultados também foram expressivos nos hospitalares” [18-19], declara o cardiologista do Hospital de Cascais.

[1] Fonseca C, Brito D, Cernadas R, et al. For the improvement of Heart Failure treatment in Portugal – Consensus statement. Rev Port Cardiol. 2017;36(1):1-8

[2] Desai AS et al. Eur Heart J. 2015;36:1990-7

[3] Claggett B, et al. N Engl J Med. 2015;373(23):2289-90

[4] McMurray JJV, et al. N Engl J Med. 2014;371:993-1004

[5] Portugal – Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números – 2017”- Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, Direção Geral da Saúde, Lisboa, Setembro, 2017.

[6] DGS Portugal, Doenças cerebro-cardio-vasculares em números, Fevereiro 2016.

[7] Fonseca C, Ceia F, Brito D, et al. How patients with heart failure are managed in Portugal. Eur J Heart Fail. 2002

[8] Sabbah HN. Eur J Heart Fail 2017;19:469–78; 2. Butler J et al. Eur J Heart Fail 2016;18,:350–52

[9] MERIT-HF Study Group. Lancet. 1999;353(9169):2001–7;

[10] Desai AS et al. Eur Heart J. 2015;36:1990–7

[11] Zaman S. et al Eur J Heart Fail. 2017 Nov;19(11):1401-1409

[12] Yancy CW, et al. Circulation. 2013;128(16):e240-e327

[13] Greene et al. Nat Rev Cardiol 2015;12:220–29;

[14] Solomon SD, et al. Circulation. 2007;116(13):1482-1487

[15] McMurray JJ, Packer M, Desai AS, et al. N Engl J Med 2014; 371:993-1004

[16] SOLVD Investigators. N Engl J Med 1991;325:293–302

[17] McMurray et al. Lancet 2003;362:767–71

[18] Packer M et al. Circulation 2015; 131 (1): 54 – 61

[19] Desai et al. J Am Coll Cardiol 2016 68 (3): 241 – 248

Brimica[®] Genuair[®]

brómato de acilínio + formoterol

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



*Acilínio 400 µg ou Formoterol 12 µg



A. MENARINI PORTUGAL

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

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

Referências bibliográficas:

- 1) Brimica Genuair. Resumo das características do medicamento. Última revisão: 24/01/2018
- 2) D'Urzo AD, et al. Efficacy and safety of fixed-dose combinations of acclidinium 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. Peça-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: farmaco vigilancia@infarmed.pt; internet: <http://extranet.infarmed.pt/page-seram-frontoffice-seramhomepage>). **Brimica Genuair 340 microgramas/12 microgramas, pó para inalação.** Cada dose administrada (a dose libertada pelo bocal do inalador) contém 396 microgramas de brometo de acilínio (equivalente a 340 microgramas de acilínio) e 11,8 microgramas de fumarato de formoterol di-hidratado. Corresponde a uma dose medida de 400 microgramas de brometo de acilínio (equivalente a 343 microgramas de acilínio) e uma dose medida de 12 microgramas de fumarato de formoterol di-hidratado. Cada dose administrada contém aproximadamente 11 mg de lactose (mono-hidratada). 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 poderá 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 terapias inalatórias. Nesse caso, o medicamento deverá ser interrompido e deverá ser considerado outro tratamento. Não se destina a utilização em episódios agudos. Brimica Genuair não é indicado para o tratamento de episódios agudos de broncospasmo. **Efeitos cardiovasculares:** Os doentes que tiveram um enfarte do miocárdio nos últimos 6 meses, angina instável, arritmia recentemente diagnosticada nos últimos 3 meses, QTC (método de Bazett) acima de 470 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 susceptibilidade para arritmias cardíacas. Devido à sua atividade anticolinérgica, Brimica Genuair deverá ser utilizado com precaução em doentes com hiperplasia da próstata sintomática, retenção urinária ou glaucoma de ângulo fechado (ainda que o contacto direto do medicamento com os olhos seja pouco provável). A xerostomia que tem sido observada com o tratamento anticolinérgico pode, a longo prazo, estar associada a cáries dentárias. Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase ou má absorção de glucose-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 metilxantina, 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 rinoriníte (7,9%) e cefaleias (6,8%). **Frequentes:** Rinoriníte, infeção do trato urinário, sinusite, abscesso dentário, insónia, ansiedade, cefaleias, tonturas, tremor, tosse, diarreia, náuseas, xerostomia, mialgia, espasmos musculares, edema periférico e aumento da creatina fosfoquinase no sangue. **Pouco frequentes:** Hipocalcémia, hiperglicémia, agitação, disgeusia, visão turva, taquicardia, prolongamento do QTC no eletrocardiograma, palpitações, dispnéia, irritação da garganta, estomatite, erupção cutânea, prurido, retenção urinária e aumento da tensão arterial. **Raras:** Hipersensibilidade e broncospasmo, incluindo paradoxal. **Desconhecidas:** Angioedema, reação anafilática. **Títular da Autorização de Introdução no Mercado (A.I.M.):** AstraZeneca AB, SE-151 85 Södertälje, Suécia. **Representante Local do Títular da A.I.M.:** A. Menarini Portugal - Farmacéutica, S.A., Quinta da Fonte, Edifício D. Manuel I, Piso 2 - A, Rua dos Malhões nº. 1, 2770-071 Paço de Arcos, Portugal, Tel: +351 210 935 500

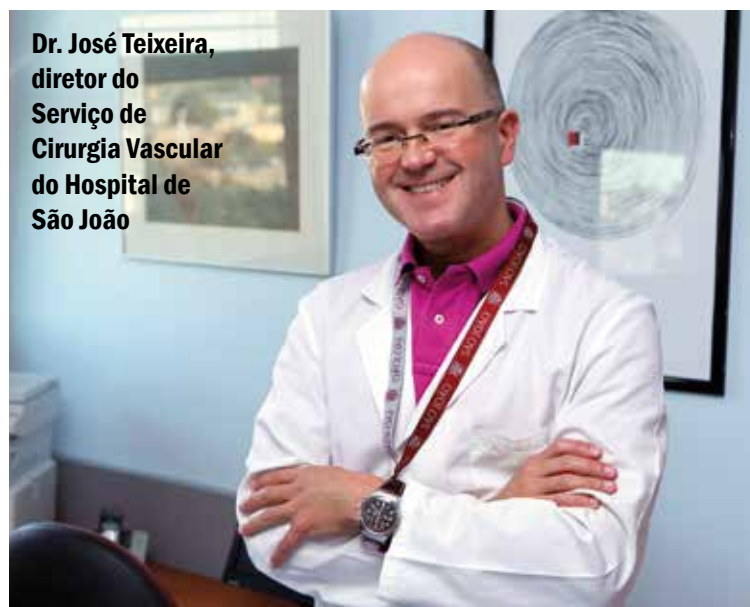
Informações revistas em Agosto de 2016. Para mais informações deverá contactar o representante local do Títular da Autorização de Introdução no Mercado: A. Menarini Portugal - Farmacéutica, S.A. Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento compartilhado - Escalão B (Regime Geral 65%)

Realizada primeira cirurgia endovascular com fenestração de endoprótese

A primeira cirurgia endovascular para exclusão de aneurisma do arco aórtico com fenestração na mesa de endoprótese torácica foi realizada no Hospital de São João.

O Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHSJ) realizou, pela primeira vez na Península Ibérica, e pela segunda na Europa, a primeira cirurgia endovascular para exclusão de aneurisma do arco aórtico com fenestração na mesa de endoprótese torácica. Esta técnica inovadora, denominada fTEVAR, permite adaptar a prótese à anatomia do doente com exatidão milimétrica, em tempo real.

Assistidos pelo criador e mais experiente executor da técnica, Chang Shu, os cirurgiões vasculares do CHUSJ trataram por



Dr. José Teixeira,
diretor do
Serviço de
Cirurgia Vascular
do Hospital de
São João

via totalmente endovascular um paciente de 57 anos, portador de um volumoso aneurisma do arco, preservando a totalidade dos troncos supra-aórticos, nomeadamente a artéria subclávia esquerda.

Esta técnica pioneira permitirá a realização de fenestrações em tempo real, in-situ (dentro do paciente) ou na mesa operatória (fora do paciente), para todos os troncos supra-aórticos, alargando de modo relevante os métodos de tratamento endovascular da patologia complexa do arco aórtico, por degenerescência aneurismática primária ou pós dissecação.

65,5% das cirurgias já são feitas em regime de ambulatório

Este tipo de cirurgia já representa 65,5% do total de intervenções cirúrgicas. Em 2000, eram apenas 10%.

O Relatório e Contas do Ministério da Saúde do Serviço Nacional de Saúde refere que em 2018 se realizaram mais de 375 mil intervenções cirúrgicas em ambulatório, o que representa um aumento de dois pontos percentuais relativamente a 2017.

Em 2000, estas cirurgias, nas quais os doentes não necessitam de ficar internados, representavam 10% do total destas operações, número que subiu para 49,5% dez anos mais tarde, 2010. Este tipo de cirurgia já representa 65,5% do total de intervenções cirúrgicas. Em 2000, eram apenas 10%.

“Este resultado encontra-se em

consonância com as boas práticas clínicas internacionais, sendo Portugal reconhecido pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) como um caso de sucesso nesta matéria”, refere o documento publicado no ‘site’ da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

O relatório destaca também que a primeira consulta de especialidade hospitalar pedida através do programa Consulta a Tempo e Horas (CTH) registou um acréscimo de 0,1% em relação a 2017. Comparando com o ano de 2015, foi registado um aumento de 4,8%. No total foram registados 1.775.618 novos pedidos de



primeira consulta hospitalar no âmbito deste programa, refere o relatório, indicando que este aumento de procura se registou essencialmente nas entidades do

SNS (+0,4%), “uma vez que houve uma redução dos pedidos de consulta no CTH para as entidades não SNS em 2018 (-3,7%)”.

SO/LUSA

Novartis Portugal
Pharmaceuticals



Reimaginamos a Medicina

Usamos a ciência inovadora e tecnologias digitais para endereçar alguns dos problemas de saúde mais desafiadores da sociedade. Investigamos e desenvolvemos tratamentos inovadores e procuramos novas formas de os fazer chegar a tantas pessoas quanto possível. Tudo para melhorar e prolongar a vida das pessoas.

Há sete anos que o SNS não gastava tanto com medicamentos

Subida abrupta da dispensa de antidiabéticos e anticoagulantes ajuda a explicar a subida. Contudo, valor gasto por cada embalagem baixou tanto para o SNS como para o doente.

No ano passado, o Estado gastou 1.255 milhões de euros em comparticipações de medicamentos. Trata-se do valor mais elevado desde 2011, ano em que a despesa ficou nos 1.326 milhões, avança o *Jornal de Negócios*, que cita dados do Infarmed.

Os gastos do estado têm vindo a subir desde 2014, ainda que de forma ligeira. Contudo, em 2018, o aumento de despesa acelerou para 3,3%. Também durante os últimos sete anos, os encargos dos utentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com medicamentos aumentaram. No ano passado, foram de 711 milhões. Também aqui é preciso recuar até 2011 – antes da crise financeira – para



encontrar um valor mais elevado (799 milhões).

No “Relatório Anual de Acesso de 2018”, o Ministério da Saúde

justifica a subida dos encargos do SNS com “o aumento da dispensa de medicamentos com escalões elevados de comparticipação” (a

dispensa de antidiabéticos aumentou 90% e a anticoagulantes 69%).

Já os hospitais nunca gastaram tanto com fármacos como em 2018, com o valor total a galopar até aos 1.207 milhões de euros, uma subida de quase 6% em comparação com 2017.

No ano passado, foram vendidas 161 milhões de embalagens, mais quatro milhões do que em 2017.

Apesar do aumento dos gastos totais, o custo médio por embalagem desceu 0,9% face a 2017, o que equivale a uma descida muito ligeira, de 4 cêntimos. Já o custo médio para o doente baixou de novo, à semelhança do que já acontece há alguns anos, e fixou-se nos 4,41 euros por embalagem. **TC/SO**

Só cinco dos 43 hospitais do país tiveram resultados positivos em 2018

Contas voltaram a derrapar em 2018, com aumento dos custos. Buraco financeiro já ronda os 500 milhões.

À semelhança do que aconteceu com o relatório social do SNS, o Ministério da Saúde esperou pelo rescaldo eleitoral para agora divulgar também o balanço financeiro dos hospitais EPE. Segundo avança o *Jornal de Negócios*, só 12% (cinco) dos 43 hospitais do SNS tiveram resultados operacionais positivos no ano passado. O Hospital Garcia de Orta, em

Almada, foi o que teve maior saldo positivo (mais de 166 milhões de euros), seguido do Centro Hospitalar de Setúbal (com 127 milhões de euros). Os outros três que cumpriram o orçamento anual em 2018, mesmo que à justa, foram o Hospital de Cantanhede, o Hospital Magalhães Lemos – em Matosinhos – e o Hospital Rovisco Pais, na Tocha.

O buraco orçamental derrapou

para os 474,5 milhões de euros, o que representa um agravamento de quase 22 milhões face a 2017. Também o EBITDA voltou a agravar-se, para os 675 milhões de euros. Em 2014, este indicador tinha ficado em terreno positivo, tendo-se vindo a deteriorar todos os anos.

Os maiores hospitais são também os que mais perdas registam. O Centro Hospitalar de Lisboa Central teve um saldo

negativo de 83 milhões, seguindo de Coimbra (com cerca de 80 milhões negativos) e do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, que engloba o Hospital de Santa Maria, e que, em 2018, foi 68 milhões de euros além do orçamento previsto.

O Ministério da Saúde justifica a derrapagem nas contas com os fortes aumentos da atividade assistencial e do número de trabalhadores. **TC/SO**

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 (Δ = 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 β₂ de longa ação; ICS: Corticosteroide Inalado; TDI: Transition Dyspnea Index; SFC: Salmeterol/Fluticasona 50/50µg 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. Vogelsmeier CF, Gaga M, Adamek-Mattheis M, Greulich T, Marin JM, Castellani W, et al. Efficacy and safety of direct switch to indacaterol/glycopyrronium 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 Crónica 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 85 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 notifiquem 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 crónica (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; **asma:** não deve ser usado no tratamento do asma, os agonistas beta-adrenérgicos de longa duração 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 broncoespasmo; **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; **broncoespasmo paradoxal:** administração de Xoterna Breezhaler pode resultar em broncoespasmo 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 anticolinérgicos 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 tetrovose, 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 hipoxia 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 controlada, portanto, é recomendada precaução e monitorização apropriada nestes doentes; **doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência total de lactase ou má absorção de glicose-galactose não devem tomar este medicamento. GRAVIDEZ:** 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 relevante 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 a 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, corticosteróides ou diuréticos não-pouparadores 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 anticolinérgicos não foi estudada e portanto não é recomendada; Não se esperam interações medicamentosas relevantes quando glicopirrônio é coadministrado com amfetolína ou outros inibidores do transporte de cátiões orgânicos. **EFETOS INDESEJÁVEIS:** O perfil de segurança é caracterizado por sintomas beta-adrenérgicos e anticolinérgicos 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, tonturas, cefaleias, tosse, dor orofaríngea incluindo irritação da garganta, dispnéia, cólicas dentárias, obstrução da bexiga e retenção urinária, prurido, dor torácica; **Pouco frequentes (<1/100, <1/100):** angioedema, insonia, glaucoma¹, doença cardíaca isquémica, fibrilhação atrial, taquicardia, palpitações, broncoespasmo paradoxal, distonia, agitação, gastroenterite, xerostomia, prurido/erupção, dor musculoesquelética, espasmos musculares, mialgia, dor nas extremidades, edema periférico e fadiga; **Raros (<1/10.000, <1/1.000):** paralisias. ¹Reação 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 Paiva, 1, 1ª Vanda Nova 2700-547 Amadora. **Escala de participação:** B (69%). Medicamento sujeito a receita médica. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM/representante local do titular da AIM. XOT_RCM201805_JEC_N07

Número verde: 800 204 661

LABORATÓRIO MEDIFAR - PRODUTOS FARMACÉUTICOS, S.A. | Rua Manuel Ribeiro de Paiva, n.º 1 - 1.ª Vanda 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



GRUPO
MEDIFAR

Compromisso com o Saúde

Novo exame de sangue é capaz de detetar 20 tipos de cancro

Exame desenvolvido por investigadores do Instituto de Cancro Dana-Farber foca-se nas modificações do DNA, que são mais fiáveis do que as mutações visíveis nas biópsias líquidas.



“O nosso trabalho anterior indicou que os ensaios baseados em metilação superam as abordagens tradicionais de sequenciamento de DNA”, disse o principal autor do estudo, Geoffrey Oxnard



Um novo exame de sangue em desenvolvimento mostrou capacidade de rastrear vários tipos de cancro com um alto grau de precisão. Os investigadores do Instituto de Cancro Dana-Farber, em Boston, apresentam os resultados do ensaio multicêntrico durante uma sessão do Congresso da Sociedade Europeia de Oncologia Médica (ESMO) 2019. O teste, desenvolvido pela GRAIL, Inc., usa a tecnologia de sequenciamento de última geração para analisar o DNA em busca de pequenas etiquetas químicas (metilação) que influenciam se os genes são ativos ou inativos. Quando aplicado a quase 3.600 amostras de sangue – algumas de pacientes com cancro, outras de pessoas que não foram diagnosticadas com cancro no momento da coleta de sangue

– o teste captou com sucesso um sinal de cancro nas amostras de pacientes com cancro e identificou corretamente o tecido de onde o cancro começou (o tecido de origem).

A especificidade do teste – a sua capacidade de gerar um resultado positivo apenas quando o cancro está realmente presente – foi alta, assim como sua capacidade de identificar o órgão ou tecido de origem.

O novo teste procura pelo DNA que células cancerígenas lançam na corrente sanguínea quando morrem. Ao contrário das “biópsias líquidas”, que detectam mutações genéticas ou outras alterações cancerígenas no DNA, este teste foca-se nas modificações do DNA conhecidas como methyl groups – unidades químicas que podem ser ligadas ao DNA para controlar que genes

estão “ativados” e “desativados”. Os padrões anormais de metilação são, em muitos casos, mais indicativos de cancro – e que tipo de cancro – do que as mutações. O novo teste concentra-se em partes do genoma, onde padrões anormais de metilação são encontrados nas células cancerígenas.

“O Nosso trabalho anterior indicou que os ensaios baseados em metilação superam as abordagens tradicionais de sequenciamento de DNA”, disse o principal autor do estudo, Geoffrey Oxnard. “Os resultados do novo estudo demonstram que esses ensaios são uma maneira viável de rastrear as pessoas em busca de cancro”.

As amostras de pacientes compreenderam mais de 20 tipos de cancro, incluindo mama com receptor hormonal negativo,

colorretal, esôfago, vesícula biliar, gástrica, cabeça e pescoço, pulmão, leucemia linfóide, mieloma múltiplo, ovário e cancro do pâncreas.

A especificidade geral foi de 99,4%. A sensibilidade do ensaio para a detecção de um cancro pré-especificado de alta mortalidade (a percentagem de amostras de sangue desses pacientes que deram positivo para cancro) foi de 76%. Dentro deste grupo, a sensibilidade foi de 32% para pacientes em estadio I; 76% para aqueles com estadio II; 85% para o estadio III; e 93% para o estágio IV.

Detectar até mesmo uma percentagem modesta dos cancro comuns mais cedo pode se traduzir em muitos pacientes que podem receber tratamento mais eficaz se o teste for amplamente utilizado, observou Oxnard. **TC/SO**



Advancing Therapeutics, Improving Lives.



Há 30 anos que a Gilead investiga e desenvolve medicamentos inovadores em áreas de importante necessidade médica como a infeção pelo VIH/SIDA, Hepatites Virais Crónicas, Infeções Fúngicas Sistémicas, Doenças Respiratórias e Cardiovasculares e na área da Hemato-Oncologia.

Trabalhamos diariamente para melhorar a esperança e a qualidade de vida dos doentes afetados por estas patologias.

Em todas as nossas atividades, privilegiamos a responsabilidade social, desenvolvemos e apoiamos projetos de investigação, programas educativos e fóruns de discussão centrados na prevenção, na educação para a saúde, no diagnóstico, no tratamento e nas políticas de saúde.

Na Gilead, acreditamos que os medicamentos que desenvolvemos devem estar ao alcance de todas as pessoas que deles necessitam.

Cancro da Próstata: Radioterapia só deve ser utilizada em caso de recidiva

Na Reunião Anual da Sociedade Europeia de Oncologia Médica, foi apresentado um estudo e uma meta-análise que comparou o benefício da radioterapia adjuvante e de resgate precoce.

A radioterapia pode não ser necessária no tratamento do cancro da próstata. Deve antes fazer parte da terapêutica caso haja sinais de recidiva bioquímica da doença e não ser utilizada em todos os pacientes. Este é a mais recente recomendação de um conjunto de especialistas em radioterapia aplicada no cancro da próstata, após discutirem os novos dados apresentados na Reunião Anual da Sociedade Europeia de Oncologia Médica.

Os novos dados foram obtidos através de uma investigação, cujo objetivo era que comparava os resultados de uma radioterapia adjuvante (através do estudo RADICALS-RT) com os resultados de uma meta-análise prospetiva de três desses estudos (ARTISTIC). Estes demonstram que a suspensão da radioterapia e a monitorização dos indivíduos após serem submetidos a uma prostatectomia, bem como a realização da radioterapia de resgate precoce (TRS) – quando os primeiros sinais de recorrência bioquímica são observados –, produzem resultados numa fase mais precoce, o que parece ser um pouco melhor do que a aplicação da radioterapia adjuvante em todos os pacientes.

“As técnicas provavelmente são iguais”, explicou Gert de Meerleer, radio-oncologista no Hospital Universitário de Leuven, na Bélgica. Contudo, declara que existe uma vantagem na abordagem da terapia de resgate: muitos homens são “poupados” a uma terapêutica desgastante como é o caso da radioterapia, uma vez



“Existe uma vantagem na abordagem da terapia de resgate: muitos homens são ‘poupados’ a uma terapêutica desgastante como é o caso da radioterapia, uma vez que, em alguns casos, não traz quaisquer benefícios para o paciente (muito pelo contrário, devido à fragilização do sistema imunitário)”, defendeu Gert de Meerleer, radio-oncologista no Hospital Universitário de Leuven, na Bélgica

que, em alguns casos, não traz quaisquer benefícios para o paciente (muito pelo contrário, devido à fragilização do sistema imunitário).

Ainda assim, o radio-oncologista afirmou que os homens cuja terapêutica não inclui a radioterapia como tratamento imediato devem ser monitorizados, sendo que a radioterapia de resgate deve ser administrada “precocemente” – quando os níveis do PSA chegam, no máximo, aos 0,2 ng/mL.

Estudo RADICALS-RT

Para que fosse possível obter estas conclusões, a investigação contou com a participação de 1396 doentes com um

acompanhamento médio de 5 anos.

Os pacientes objetos de estudo tinham sido submetidos a uma prostatectomia radical e revelavam níveis de PSA pós-operatório $\leq 0,2$ ng/mL e um ou mais dos seguintes: T patológico (pT) 3/4, score de Gleason 7 a 10, PSA pré-operatório ≥ 10 ng/mL e margens positivas.

Meerleer descreveu a população objeto de estudo como de risco intermédio ou baixo-intermédio em ter uma recidiva da doença.

Os homens foram aleatoriamente escolhidos para serem tratados com radioterapia adjuvante (aRT) ou para ficarem sob observação médica e receberem radioterapia de resgate (Obs + sRT) apenas se atingissem um limiar – dois aumentos consecutivos dos níveis de PSA e PSA > 1 ng/mL ou três aumentos consecutivos dos níveis de PSA. Após 5 anos, apenas um terço (33%) desse grupo recebeu radioterapia.

Assim, Chris Parker, oncologista do Royal Marsden NHS Foundation Trust e Institute of Cancer Research, em Londres, no Reino Unido, não se mostrou surpreendido quando se registou uma menor toxicidade no grupo que foi submetido a radioterapia de resgate do que aqueles que fizeram radioterapia adjuvante.

Conclusões da investigação

A incontinência urinária autorreferida foi pior em 1 ano, em 5,3% dos grupos aRT vs 2,7% do grupo OBs + sRT (P = 0,008) e esteve uretral de grau 3/4 foi relatada a qualquer momento em 8% vs 5% (P = 0,03).

Parker apresentou resultados para o desfecho secundário de sobrevida livre de progressão bioquímica (bPFS), que foi definida como PSA $> 0,4$ ng/mL após radioterapia, PSA $> 2,0$ ng/mL a qualquer momento, progressão clínica, início da terapia hormonal não-protocolo ou morte por cancro da próstata.

Este desfecho da bPFS em 5 anos foi observado em 85% dos pacientes no grupo aRT vs 88% para Obs + sRT, com uma taxa de risco [HR] de 1,10 (intervalo de confiança de 95% [IC] 0,81 – 1,49, P = 0,56).

“Os resultados sugerem que a radioterapia é igualmente eficaz, seja ela administrada a todos os homens logo após a cirurgia ou posteriormente aos homens com doenças recorrentes”, afirmou Parker num comunicado.

“Existe agora um forte argumento de que a observação deve ser a abordagem padrão após a cirurgia, e a radioterapia deve ser utilizada apenas se o cancro voltar”, acrescentou.

A confirmação desses resultados foi possível através da divulgação da meta-análise que combinou os resultados do RADICALS-RT com outros dois estudos semelhantes, o RAVES e o GETUG-AFU17.

A meta-análise, apresentada por Claire Vale, PhD, da MRC Clinical Trials Unit do University College London, no Reino Unido, envolvia estas três investigações que compararam a RT adjuvante com a RT de resgate em homens, com uma idade média de 65 anos e com 77% dos homens com um



score de Gleason de 7, previamente submetidos a prostatectomia radical.

Em cada um dos três ensaios, 1074 homens foram aleatoriamente escolhidos para aRT (radioterapia adjuvante) e 1077 para sRT (radioterapia de resgate).

Até o momento, 395 homens (37%) foram submetidos a TRS (radioterapia de resgate precoce). O acompanhamento médico médio esteve entre os 47 e os 61 meses.

A meta-análise relatou sobrevida livre de eventos (EFS), sendo a grande maioria dos primeiros eventos em todos os ensaios originados por falhas bioquímicas.

Com base em 245 eventos, a metanálise não mostra evidências de que o EFS seja melhorado com o aRT em comparação com o sRT (HR, 1,09; IC95%, 0,86 – 1,39, P = 0,47), informou Claire Vale.

Isso se traduz em uma diferença absoluta potencial de 1% em 5 anos a favor do sRT (IC de 95%,



“Com base em 245 eventos, a metanálise não mostra evidências de que o EFS seja melhorado com o aRT em comparação com o sRT (HR, 1,09; IC95%, 0,86 – 1,39, P = 0,47)”, relatou Claire Vale, da MRC Clinical Trials Unit do University College London, no Reino Unido

2% a favor do aRT e 4% a favor do sRT).

E o que pensam os especialistas destas conclusões?

Em declarações na ESMO, o médico Xavier Maldonado, do Hospital Universitário Vall d’Hebron, em Barcelona, Espanha, comentou a apresentação dos estudos e as respetivas conclusões, dizendo que “estes são os primeiros resultados que sugerem que a radioterapia pós-operatória para o cancro da próstata pode ser omitida ou retardada em alguns pacientes”.

Esta alteração, irá, a seu ver, “reduzir a duração do tratamento desses doentes e permitir um melhor uso dos recursos, já que a radioterapia atual é tecnicamente muito sofisticada e, portanto, cara. No entanto, será necessário um acompanhamento rigoroso para identificar pacientes que precisam de radioterapia de resgate”.

Já Vale, concluiu que essa

metanálise dos dados dos três estudos sugerem que a radioterapia de resgate e a radioterapia adjuvante “oferecem resultados semelhantes. No entanto, o sRT poupa muitos homens de receber RT e efeitos colaterais associados”, ressaltou.

“Os resultados da metanálise ARTISTIC confirmam os RADICALS e fornecem maiores evidências para apoiar o uso rotineiro da observação e da radioterapia de resgate precoce”, afirmou num comunicado.

Contudo, Maldonado afirmou que alguns pacientes podem ainda precisar de radioterapia adjuvante para evitar uma recaída muito precoce e o possível aparecimento de metástases. Sugere ainda que as próximas investigações se foquem na identificação desses pacientes.

“É necessário desenvolver classificadores genómicos para ajudar a decidir a melhor estratégia para cada paciente – se deve incluir cirurgia e/ou radioterapia e em que momento”, finalizou. **EQ/SO**

Tratamento da asma depende de inovações científicas de grande potencial mas também da revisão de práticas quotidianas do doente

A Menarini trouxe a Portugal um dos maiores especialistas mundiais no controlo e gestão da asma grave, o Dr. Michael Wechsler (diretor da Divisão de Asma no National Jewish Health, em Denver, nos EUA), para a reunião Air for All 2018.



PUB

GIBITER®
Easyhaler®
Budesonida / Formoterol



A. MENARINI PORTUGAL

A MENARINI PORTUGAL-FARMACÉUTICA, S.A.
Quinta da Fonte Edifício D.Manuel I, Piso 2-A
Rua dos Malhões, nº1, 2770-071 PAÇO DE ARCOS
NIPC: 501 572 570
T. 210 935 500 • F. 210 935 501
menporfarma@menarini.pt
www.menarini.pt

A sessão, moderada pelo Prof. Carlos Robalo Cordeiro e pelo Dr. Mário Morais de Almeida, foi centrada na conferência do perito norte-americano intitulada «Asthma management in 2018 and beyond». Cerca de uma centena de médicos portugueses presentes na audiência puderam inteirar-se das mais recentes inovações na gestão da asma, em particular dos casos mais graves e complexos, mas também de interiorizar conceitos fundamentais para um bom controlo da doença, como o de rever com regularidade a técnica inalatória realizada pelo doente e a adesão terapêutica do mesmo, antes de considerar mudanças de terapêutica.

É sabido que o tratamento da asma atravessou diversas fases ao longo das últimas cinco décadas, com um foco inicial no controlo da broncoconstrição e etapas subsequentes mais centradas na reversão da inflamação e, posteriormente, na identificação de fenótipos e endótipos. O caminho para o futuro, nesta área, parece agora fazer-se de uma Medicina de precisão, com terapêuticas desenhadas a pensar especificamente num determinado indivíduo, com base na determinação providenciada pela endotipagem e genotipagem. Sobre tudo isto veio a Lisboa falar o Dr. Michael Wechsler, na reunião Air for All 2018, promovida pela Menarini e que pela primeira vez na história deste ciclo de iniciativas (iniciado em 2005) congregou representantes de duas especialidades clínicas: Pneumologia e Imunoalergologia.

Antes mesmo de aludir às grandes inovações terapêuticas que, nos próximos anos, podem contribuir para uma melhor gestão dos casos de asma grave, o especialista norte-americano sublinhou aos colegas portugueses a necessidade de imperar algum bom-senso, quando se trata de avaliar um doente asmático cujos resultados são tudo



Prof. Carlos Robalo Cordeiro



Dr. Mário Morais de Almeida



Dr. Michael Wechsler

menos satisfatórios: “é fundamental, antes de mais, analisar quais são as atitudes e os obstáculos que enfrentam os doentes, assim como qual o seu conhecimento sobre a doença e o tratamento, fatores que podem influenciar uma deficiente adesão. Podemos ter pessoas que receiam efeitos dos medicamentos, ou que não podem comprar os inaladores com a regularidade desejada. Aliás, a maioria dos nossos doentes é muito honesta e é capaz de reconhecer que toma a medicação uma vez por dia, ao invés de duas vezes, como era suposto. Temos de colocar estas questões, ou de outra forma não saberemos como é a relação dos nossos doentes com o tratamento”.

Mais ainda, para o especialista do National Jewish Health torna-se obrigatório para o médico “avaliar a técnica inalatória dos doentes. Do ponto de vista da técnica que usam quando recorrem ao seu inalador, digo mesmo que é importante observar, uma vez e outra vez, como manuseiam o dispositivo. Devemos parar e garantir que tudo isto é feito, antes de pensarmos sequer em mudar a medicação ou escalar as doses”.

Segundo o Dr. Michael Wechsler, “atravessamos atualmente tempos entusiasmantes na gestão das doenças das vias respiratórias, com inúmeras opções terapêuticas e estratégias de tratamento a serem investigadas e comprovadas, que nos permitem oferecer ao doente uma abordagem precisa e personalizada. Caminhamos, de facto, para um cenário em que seremos capazes de dar o fármaco certo, ao doente certo, no momento certo”.

Embora reconheça que a esmagadora maioria dos doentes pode e deve ser tratada com doses baixas ou intermédias de corticosteróides inalados ou agonistas β_2 de longa duração de ação e medicação de alívio suportada em agonistas β de curta duração, o Dr.



Michael Wechsler concentrou parte substancial da sua comunicação em Lisboa naquilo que pode ser feito para ajudar os doentes com asma grave refratária na terapêutica convencional: “a heterogeneidade da asma explica, em muito, por que em determinados doentes a terapêutica convencional não funciona. A questão essencial para todos nós é: o que deve ser feito depois de tudo o resto falhar? questionou o orador”.

É neste ponto que entram em ação todas as estratégias incluídas no degrau 5 do esquema terapêutico, como o tratamento adjuvante com tiotrópio (para doentes acima dos 12 anos com historial de exacerbações), anti-IgE (para doentes com asma alérgica grave), anti-IL-5, anti-IL-5R ou anti-IL-4/13 (para casos de asma eosinofílica grave). “Estes tratamentos devem ser, como é óbvio, orientados por um centro e uma equipa especializada na patologia, que podem também procurar identificar que tipo específico de asma

a pessoa possui e propor, inclusive, soluções menos comuns, como a termoplastia brônquica”, explicou o Dr. Michael Wechsler.

A transição da fenotipagem para a endotipagem/genotipagem

Tradicionalmente, a classe médica procurava caracterizar o fenótipo do doente asmático por características clínicas (gravidade, exacerbações, idade de início da asma) e gatilhos (exercício, alérgenos, vírus, medicação, etc.). De forma gradual, o panorama de avaliação tem vindo a transformar-se, alertou o pneumologista norte-americano: “hoje em dia começamos a olhar também para os endótipos e diferentes biomarcadores sanguíneos (IgE, eosinófilos, níveis de periostina), biomarcadores na expetoração induzida e Fração exalada do Óxido Nítrico (FeNO). De há alguns anos a esta parte, iniciámos em todos os doentes com asma grave seguidos na nossa instituição

uma prática de broncoscopia, que nos permite identificar padrões específicos da patologia, sendo também possível, através deste procedimento, verificar se o doente apresenta refluxo laringofaríngeo. Procuramos, ainda, perceber se a pessoa tem asma de endótipo com predomínio de inflamação Th2 e ILC2 (conhecida por inflamação de tipo 2 e associada a antígenos) ou sem predomínio Th2/ILC2 (conhecida por inflamação não tipo 2, mais associada a irritantes, poluentes e micróbios). Num futuro próximo, tentaremos identificar genótipos, embora neste momento não exista muita informação disponível que nos explique as implicações da genética na evolução da doença. A meta final de todos estes esforços é a de desenhar os nossos tratamentos em função da doença de base que afeta um indivíduo específico. Ou seja, estamos a endotipar/genotipar para que possamos personalizar o tratamento e maximizar a resposta à terapêutica”.

Uma abordagem revolucionária

Pouco comum ainda entre nós, a termoplastia brônquica é uma técnica endoscópica que faz uso da libertação de energia através de radiofrequência e que visa tratar o doente asmático refratário, através da disrupção da musculatura lisa das vias aéreas. “Reconhecemos hoje que a musculatura lisa das vias aéreas desempenha um papel importante nos processos da asma. Mais, é já claro que se conseguirmos reduzir ou desconstruir este anel de musculatura lisa presente nas vias aéreas, podemos obter um impacto positivo ao nível da broncoconstrição”, referiu em Lisboa o Dr. Michael Wechsler, que participou e coordenou ensaios clínicos piloto neste campo desenvolvidos nos EUA. O especialista norte-americano assegura que “os doentes intervenção apresentavam, cinco anos após o tratamento, redução sustentada de exacerbações, de visitas a serviços de urgência e de hospitalizações”.

OPINIÃO

Na Saúde- É a Administração que temos...



António Alvim
Médico de família

Em causa 100 milhões de euros pagos anualmente pelos contribuintes aos profissionais das USFs B sem a devida contrapartida e à custa do prejuízo de uma muito melhor acessibilidade dos utentes das USFs Bs a que estes teriam direito.

E isto decorre da leitura errada da Lei feita ao mais alto nível da Administração. É a Administração que temos.

Foi recentemente publicado o Relatório da Coordenação da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários relativo ao período 2015-2019.

Nele se refere na página 12

Procedeu-se à revisão do decreto-lei (DL) nº 298/2007 (regime jurídico das unidades de saúde familiar) e sua republicação pelo decreto-lei nº 73/2017.

Nas USF modelo B reforça e explicita:

- A responsabilidade e obrigação dos Conselhos Gerais definir e aprovarem anualmente o valor do incremento da carga horária de médicos, enfermeiros e secretários clínicos, decorrentes do aumento da dimensão das listas; Esta redação, sem a referência “nos termos da Lei” passa a ideia que os Conselhos Gerais são livres e soberanos para definirem os ajustes de incrementos das cargas horárias como bem entenderem sem olharem à relação “Unidades de Contratualização (UC) por aumento de lista/

incremento da carga horária” tendo como base que uma UC de Lista é o pagamento de uma Hora suplementar.

Ora não se consegue encontrar onde a nova redação do DL diz isso.

A única alteração que ocorreu relevante para este assunto foi a do nr 2 do artigo 23.

2 - Nas USF modelo B, o horário de trabalho deve ter como base as 35 horas com incrementos ajustados às UC do suplemento associado às unidades ponderadas da lista de utentes, previstas no artigo 30.º, 32.º e 34.º Todas as outras alterações nada têm a haver com horários e cargas horárias.

O nr. 2 do artigo 23, que é neste campo a novidade, não atribui a ninguém o decidir o valor dos incrementos. É taxativo. E não tendo qualquer ressalva a interpretação tem que ser literal: O ajuste da carga horária tem que ser da mesma dimensão do ajuste remuneratório. Assim, sabendo-se que uma UC (Unidade de Contratualização) corresponde ao pagamento de uma hora suplementar de trabalho, a mais 9 UCs de lista pagas (horas suplementares) deve corresponder um ajuste mais 9 Horas de trabalho suplementar (embora se possa ter em conta outras leis na sua efetivação)

A carga horária dos horários a aprovar está condicionada pelo nr.2. O Conselho Geral da USF aprova os horários (as horas de entrada e de saída e eventualmente a distribuição do tempo pelas várias atividades) mas as cargas horárias e incrementos não são facultativos. Têm que respeitar o nr.2 do artigo 23.

Não se encontra onde se diz que o CG delibera livremente sobre os valores dos incrementos. Podia ter sido posto no artigo 23 mas não foi. Esta leitura, contudo, tem sido partilhada por toda a Administração e pelo que

se percebe pelo relatório é uma orientação/interpretação que vem da própria Coordenação da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários.

E perdura a referência no artigo 21 ao regime jurídico da Carreira Médica que (no caso dos médicos) torna impossível a quem tem 2358 UPs ou mais fazer menos de 40 hs, e a referência às “modalidades de regime de trabalho previstas na lei.” (artigo 22) o que impede médicos com três tardes sem atividade assistencial como em várias USFs B acontece. E estamos a falar de Médicos com vencimento bruto superior ao do Primeiro Ministro

Não sei se pelo seu passado de sindicalista, se pelo desejo de não conflitar com os seus muitos colegas e amigos em Modelo B, se por orientações políticas para ter o sector pacífico, se pelo voluntarismo de afirmar uma conceção idealista Rousseauiana dos “profissionais bons das USFs de Modelo B” que nos seus Concelhos Gerais decidiriam em plena autonomia os horários em função dos interesses dos utentes e não dos interesses próprios, o Coordenador da Comissão Nacional da Reforma dos Cuidados de Saúde Primários, leu na Lei algo que não está na Lei. E estando ele no topo da pirâmide orientadora da Reforma a sua leitura expandiu-se pelo ACSS, Administrações Regionais de Saúde, Diretores Executivos dos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES), e USFs, reconhecendo-se a estas a plena autonomia para decidirem as cargas horárias dos seus profissionais independentemente do que a Lei estipula.

Percebe-se bem isto lendo os relatórios da ARS Norte e Centro sobre os horários aprovados pelos Conselhos Gerais das USFs e que constam nas atas. No Relatório da ARS Norte escreve-se “Nota: Foi solicitado aos Diretores Executivos que

validassem as atas desde que elas definissem um incremento fundamentado”. Qualquer valor de incremento desde que se escrevesse na ata um qualquer fundamento - E assim na ARS Norte validaram-se incrementos de 2,5 minutos por UC de aumento de lista paga. 2,5 minutos quando devia ser uma hora porque é uma hora que é pago!

E mais à frente escreve-se em tom de lamento “Os profissionais, embora tenham uma remuneração suplementar para a gestão da lista de utentes, superior ao definido pelo preço de 1h extra, propõem-se realizar, em média, ¼ dessa hora.”

Há meses atrás o Secretário de Estado Adjunto da Saúde fez publicar um despacho que dava um prazo de 15 dias, até 31 de julho, às ARSs para publicarem no seu site um Relatório as atas dos CGs das USFs com os horários aprovados. Os das ARSs Centro e Norte só agora foram publicados, mas omitiram os horários contrariando o que o despacho determinava. Do relatório da ARSLVT, três meses depois do prazo de 15 dias dados não há notícia...

Em causa 100 milhões de euros pagos anualmente pelos contribuintes aos profissionais das USFs B sem a devida contrapartida e à custa do prejuízo de uma muito melhor acessibilidade dos utentes das USFs Bs a que estes teriam direito.

E isto decorre da leitura errada da Lei feita ao mais alto nível da Administração. É a Administração que temos.

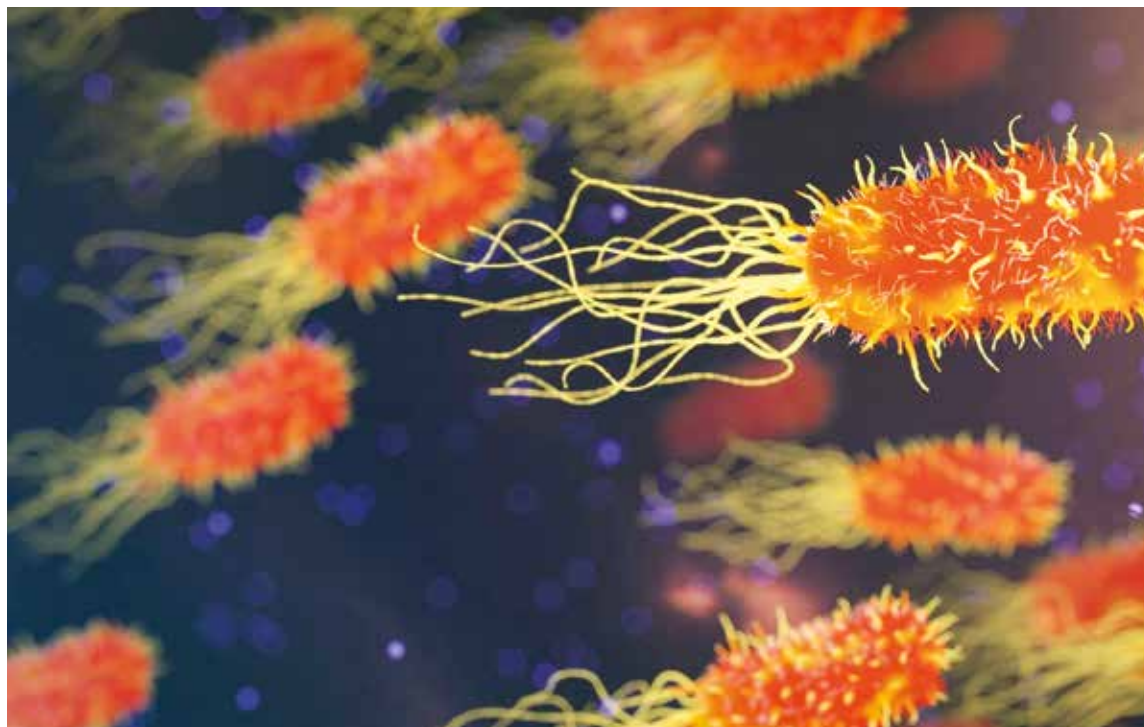
Ps o que faz raiva é que por culpa da Administração, aquilo que a ser bem cumprido poderia ser um excelente modelo para os profissionais e uma mais valia para os utentes, acabou, já não constando qualquer referência ao Modelo B no programa eleitoral do Partido Socialista nem no Programa de Governo.

Resistência a antibiótico contra ‘H. pylori’ duplica na Europa

A resistência a um dos antibióticos mais comuns para o tratamento da infeção pela bactéria ‘Helicobacter pylori’, que se aloja no estômago, duplicou em 20 anos na Europa, revela um estudo.



A resistência da bactéria ao antibiótico ‘Claritromicina’ poderá estar eventualmente associada ao uso que é feito do medicamento para tratar outras infeções, nomeadamente respiratórias, admitiu Mário Dinis-Ribeiro, professor catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto



O estudo, que reúne dados de 1.232 doentes de 18 países europeus, incluindo Portugal, foi apresentado no 27.º congresso da União Europeia de Gastroenterologia, em Barcelona, Espanha.

Segundo o estudo, Portugal é o 10.º país com a taxa de resistência ao antibiótico ‘Claritromicina’ mais elevada, na ordem dos 20% em 2018, último ano analisado.

O trabalho, cujos resultados foram divulgados em comunicado pela União Europeia de Gastroenterologia, concluiu que a resistência a este antibiótico, usado num tratamento de “primeira linha” para erradicar a bactéria ‘Helicobacter pylori’, aumentou de 9,9%, em 1998, para 21,6%, em 2018.

Além de Portugal, participaram no estudo Áustria, Bélgica, Bulgária,

Croácia, Dinamarca, França, Alemanha, Grécia, Irlanda, Letónia, Lituânia, Holanda, Noruega, Polónia, Eslovénia, Itália e Espanha.

Os “campeões” da resistência ao ‘Claritromicina’ são Itália, Croácia e Grécia, com taxas entre 30% e 36,9% em 2018.

Os resultados não surpreenderam o médico Mário Dinis-Ribeiro, presidente da Sociedade Europeia de Endoscopia Gastrointestinal, que não esteve envolvido no estudo mas que é citado no comunicado da União Europeia de Gastroenterologia.

O médico do Instituto Português de Oncologia do Porto disse à Lusa que o estudo confirma dados anteriores, de que Portugal é um dos países com maior prevalência de resistência ao ‘clarithromycin’, com taxas superiores a 15 por cento.

Nestas situações, é recomendada

a prescrição de diferentes antibióticos para o tratamento da infeção pela bactéria ‘Helicobacter pylori’, assinalou.

O tratamento habitual inclui a combinação de três antibióticos ou de dois antibióticos e um inibidor da secreção do ácido do estômago, sendo, regra geral, eficaz.

A infeção pela ‘Helicobacter pylori’ é “muito frequente” em Portugal, onde, de acordo com a Sociedade Portuguesa de Gastroenterologia, se estima que afete cerca de 70% da população adulta, sendo que, “em grande parte dos casos, é adquirida na infância”.

A resistência da bactéria ao antibiótico ‘clarithromycin’ poderá estar eventualmente associada ao uso que é feito do medicamento para tratar outras infeções, nomeadamente respiratórias, admitiu Mário Dinis-Ribeiro, professor catedrático

da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

O tratamento de uma infeção bacteriana fica comprometido com a resistência desenvolvida por uma bactéria a um antibiótico, uma vez que a bactéria ganha a capacidade de sobreviver à exposição ao medicamento que foi concebido para a matar ou travar o seu crescimento.

Considerada a infeção gastrointestinal mais comum em todo o mundo, a inflamação no estômago provocada pela ‘Helicobacter pylori’ pode desencadear úlceras e é fator de risco para o desenvolvimento de cancro gástrico.

Mário Dinis-Ribeiro aconselha as pessoas a consultarem o médico e se a bactéria for detetada em exames deve ser eliminada com o tratamento de antibióticos que é recomendado.

SEMPRE CURIOSOS

IMAGINE

OS PRÓXIMOS 350 ANOS

CURIOSIDADE PARA A VIDA

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

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

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



MERCK

Médicos incorrem em processos se fizerem ecografias sem terem competências

Alerta é feito pelo presidente do colégio de obstetrícia da Ordem dos Médicos, depois do caso do bebé que nasceu sem rosto no Hospital de Setúbal.



Não se deve fazer a ecografia se não tiver a competência adequada. [E o médico] pode incorrer num processo disciplinar e eventualmente judicial”, defende João Bernardes, Presidente DO Colégio de Obstetrícia da Ordem dos Médicos

Na sequência da inspeção, a Apesar de o colégio da Ordem andar há mais de uma década a tentar criar uma competência específica em ecografia obstétrica, sobretudo em relação às ecografias morfológicas, nenhum médico deve realizar essas ecografias específicas da gravidez sem ter os requisitos exigidos pelo colégio.

“Há uma regra geral no estatuto médico e regulamento disciplinar que diz que o médico não deve nunca exercer para além do seu nível de competência. Quem define as competências são os pares. A formação geral [de obstetrícia] tem formação em ecografia obstétrica, mas há um nível a partir do qual é preciso ter mais treino. Não se deve fazer a ecografia se não tiver a competência adequada. [E o médico] pode

incorrer num processo disciplinar e eventualmente judicial”, disse João Bernardes à agência Lusa. Para o responsável, se um médico “faz uma prática para a qual não tem competência reconhecida pelos seus pares está a violar o código deontológico e o regulamento disciplinar”.

O presidente do colégio escusou-se a falar do caso concreto hoje noticiado pelo Correio da Manhã sobre um bebé que nasceu este mês em Setúbal sem nariz, olhos e sem parte do crânio.

Em relação às competências para realizar ecografias na gravidez, nomeadamente as morfológicas (que detetam malformações), João Bernardes defende que a criação, no âmbito do colégio de especialidade da Ordem, de uma competência formal específica “iria regular de forma mais eficaz e objetiva” a questão. Apesar de ainda não haver uma competência formal, existe uma norma que exige que os obstetras cumpram determinados requisitos para estarem habilitados a realizar ecografias específicas da gravidez.

Esses requisitos passam por um treino prolongado nessa área num centro idóneo, pela frequência de ações de formação e por demonstrar que se trabalha nessa área específica pelo menos 50% do tempo, esclareceu João Bernardes.

“Trata-se de um reconhecimento que é atribuído por uma comissão técnica de ecografia ginecológica e obstétrica que é nomeada pelo colégio de especialidade”, acrescenta o responsável. **SO/LUSA**



Ordem vai criar competência em Ecografia Obstétrica

A decisão de criar a nova competência surgiu após uma reunião entre o Bastonário e as direções do Colégio da Especialidade de Radiologia e do Colégio da Especialidade de Ginecologia/Obstetrícia, onde foi debatido o caso de malformações de um bebé em Setúbal

No encontro, ambos os colégios transmitiram ao bastonário que confiam na qualidade da formação existente em Portugal na área materno-fetal e salientaram que as normas de orientação clínica e aptidões existentes asseguram a qualidade destes atos médicos.

Ainda assim, perante as informações vindas a público, e para que não subsistam dúvidas, tomou-se a decisão de agregar a documentação que temos sobre esta matéria, no sentido de criar uma competência específica nesta área, informa a área em nota enviada À nossa redação. **MMM**



Carreira médica: Ministério atribui apenas 10% das vagas necessárias à região Centro

A Secção Regional do Centro da Ordem está preocupada com a atribuição de 15 vagas para assistente graduado sénior aos hospitais da região, quando tinham sido identificadas 110.

A SRCOM reclama a publicação dos critérios utilizados pelo Ministério da Saúde na distribuição das vagas para o concurso de assistente graduado sénior (a categoria de topo na carreira médica do Serviço Nacional de Saúde) e repudia a escassez de vagas para a região.

Segundo a fonte, “de acordo com o Despacho n.º 9253/2019 de 14/10/2019, das 200 vagas a concurso, apenas 15 vagas estão disponíveis para seis unidades hospitalares da região Centro”.

Os serviços e os estabelecimentos de saúde contemplados na região Centro foram: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (nove vagas para Cardiologia Pediátrica, Endocrinologia / Nutrição,

Gastroenterologia, Hematologia Clínica, Imuno-Hemoterapia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria e Urologia), Centro Hospitalar Baixo Vouga (uma vaga Anestesiologia e outra Medicina Interna), Instituto Português de Oncologia de Coimbra (uma vaga Urologia), Centro Hospitalar de Leiria (uma vaga Psiquiatria), Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (uma vaga Ginecologia/Obstetrícia) e Centro Hospitalar Tondela – Viseu (uma vaga Hematologia Clínica).

O presidente da SRCOM, Carlos Cortes, refere no comunicado que o processo de distribuição das vagas “tem de ser transparente”. Nesse sentido, o responsável exige que o Ministério da Saúde “publicite os critérios subjacentes a estas vagas que

estão desajustadas face à realidade, uma vez que tinham sido identificadas 110 vagas para esta categoria”.

“Repudiamos esta atitude do Ministério da Saúde que, com esta medida, está a penalizar a região Centro e a criar sérios obstáculos ao alargamento da capacidade formativa”, acrescenta.

Segundo o dirigente, “ao abrir apenas 15 vagas, o Ministério da Saúde não investe nas carreiras médicas, nem na qualificação dos serviços e demonstra uma evidente falta de investimento no Serviço Nacional de Saúde (SNS) da região Centro”.

“Não podemos afirmar, num dia, que são necessários médicos para as zonas mais carenciadas do país e, no outro, não dar condições para a estruturação dos

serviços”, critica.

Para Carlos Cortes, “autorizar este número é, por um lado, contribuir para o desequilíbrio das equipas médicas e, por outro, promover o esvaziamento do SNS”. “É inaceitável este abandono da região Centro por parte do Ministério da Saúde. Exigimos rigor e transparência”, finaliza o responsável, na nota.

Em declarações à agência Lusa, o presidente da SRCOM, referiu que o concurso de assistente graduado sénior “é mais uma oportunidade falhada”.

“Isto não é ajudar o SNS, é enfraquecer o SNS e permitir que os médicos, infelizmente, continuem a sair do SNS para o setor privado e para a emigração”, disse.

SO/LUSA

Só metade dos profissionais de saúde toma vacina para a gripe, alertam peritos

Vacinação neste grupo diminuiu no ano passado. Trata-se de um grupo prioritário, alerta a Sociedade Portuguesa de Pneumologia.

A propósito da época da vacinação contra a gripe, a Sociedade Portuguesa de Pneumologia lançou, em comunicado, um aviso aos profissionais de saúde, recomendado que “devem assumir uma tripla responsabilidade: de se protegerem, de protegerem os que cuidam e de recomendarem a vacinação”.

Os dados do Vacinómetro da época gripal passada mostram que 52% dos profissionais de saúde que contactam com doentes se vacinaram contra a gripe, valor ligeiramente abaixo do que tinha acontecido em 2017/2018.

“Os profissionais de saúde têm um papel fundamental na vacinação, uma vez que estão bastante



expostos aos agentes infecciosos podendo promover a transmissão de infeções e, por outro lado, são decisivos para que a população em geral e as pessoas com doença crónica se vacinem”,

refere a Sociedade Portuguesa de Pneumologia.

Aliás, os peritos avisam que os profissionais de saúde podem mesmo transmitir a gripe, até na ausência de sintomas, durante o

período de incubação da doença (um a dois dias).

A época da vacinação contra a gripe arrancou na segunda-feira em Portugal, que tem dois milhões de vacinas disponíveis, 1,4 milhões para serem dadas gratuitamente a grupos de risco no SNS e cerca de 600 mil para venda em farmácias.

Este ano, pela primeira vez, as vacinas são tetravalentes, protegendo contra quatro tipos de vírus, quando até aqui protegiam para um máximo de três. A vacina tetravalente faz aumentar a probabilidade de o conteúdo da vacina coincidir com os vírus que vão circular e há a expectativa de a vacina ser mais efetiva.

Taxa de suicídio entre os jovens é a mais alta dos últimos 10 anos

46 jovens puserem termo à própria vida em 2017. Grande parte das tentativas falhadas de suicídio acontece nesta faixa etária.



Miguel Xavier, diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental, lembra que “por cada suicídio, ocorrem 20 tentativas falhadas”, sendo que “quem tem mais tentativas falhadas são as pessoas mais jovens”.

Os dados são ainda referentes a 2017 e mostram um aumento de quase 50% nos suicídios entre os mais jovens, habitualmente a faixa etária menos afetada por este flagelo. Segundo o Jornal de Notícias, 46 jovens – entre os 15 e os 24 anos – puserem termo à própria vida nesse ano.

Comparando este valor com os 31 que tinham feito o mesmo em 2017, percebe-se que se registou uma subida de 48%. A taxa – de 4,1 casos por cada 100 mil habitantes dentro desta faixa etária – só é comparável com o ano de 2009.

Destes 46 jovens, 75% eram rapazes. Aliás, o risco de suicídio nos homens é três vezes maior do que nas mulheres, o que explica a desproporcionalidade. Cerca de 25% (11) dos casos ocorreram na área de Lisboa.

Os especialistas, entre os quais o presidente da Sociedade Portuguesa de Suicidologia, Fausto Amaro, criticam a falta de recursos e de organização dos serviços de saúde mental para jovens, uma vez que o suicídio é, logo abaixo dos acidentes de viação, a segunda causa de morte entre as pessoas com 15 a 24 anos.

A evolução da taxa entre os jovens não tem sido constante (têm ocorrido subidas e descidas acentuadas nos últimos anos) e, por isso, não é possível, para já, analisar tendências, adverte o diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental. Miguel Xavier lembra que “por cada suicídio, ocorrem 20 tentativas falhadas”, sendo que “quem tem mais tentativas falhadas são as pessoas mais jovens”.

Em 2017, um jovem de 14 anos pôs termo à vida. Em 2016, o mesmo tinha acontecido com uma criança de 12 anos. ❤️

TC/SO

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 biconvexos. Neurobion, 100 mg tiamina + 100 mg piridoxina + 1 mg cianocobalamina, solução injetável. Excipientes: Lactose mono-hidratada 40 mg (comprimidos), Potássio 0,019 mg/ml, Sódio 13,99 mg/ml (injetável). **Indicações terapêuticas:** Tratamento adjuvante na neurite e nevralgia (mono e polineuropatia), radiculonevrites resultantes de alterações degenerativas da coluna vertebral, lumbago, ciática, síndrome cervical, síndrome ombro-braço, tratamento de manutenção da nevralgia 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 da ansa (ex., furosemida) os níveis sanguíneos de tiamina podem ser reduzidos. **Efeitos indesejáveis:** Muito raros (<1/10.000): Doenças do sistema imunitário - choque anafilático. Desconhecidos (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis): reações de hipersensibilidade, como sudção, taquicardia e reações cutâneas como prurido e urticária; doenças gastrointestinais - náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal; afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos - casos pontuais de acne ou eczema após a administração de doses de vitamina B12 por via parentérica; perturbações gerais e alterações no local de administração - reações no local da injeção. **Titular da AIM:** Merck, S.A. **Data da revisão do texto:** 01/2015. Medicamentos sujeitos a receita médica. Para mais informação deverá contactar o Titular de Autorização de Introdução no Mercado.

Referências: 1. Miranda-Massari J.R. et al.; Metabolic Correction in the Management of Diabetic Peripheral Neuropathy: Improving Clinical Results. 2. Rizvi A., et al. Efficacy of combination of vitamin B1, B6 and B12 in management of Peripheral Diabetic Neuropathy, pjmms online, July-Sept 2013. PRT-NEU-1711-0248(1)



Dispositivos inovadores devolvem autonomia a deficientes visuais

O My Eye e o My Reader conseguem converter as imagens e textos em áudio. Dispositivos, que ficam acoplados aos óculos, já estão disponíveis em Portugal

Na Europa, as pessoas com deficiências visuais rondam os 3% da população total (ou seja, cerca de 15 milhões e 387 mil pessoas, segundo dados de 2018 da PORDATA). Estes 3% representam os números divulgados mais recentemente. Contudo, como temos visto e enfatiza Fabio Rodríguez, responsável de Desenvolvimento de Negócios da Península Ibérica da empresa OrCam, é um número com tendência a crescer uma vez que a Diabetes Tipo 2 (patologia que tem como complicação grave a cegueira) está a aumentar.

Em 2010, dois empresários israelitas, Prof. Amnon Shashua (CTO) e Ziv Aviram (CEO), cofundadores da Mobileye, líder no desenvolvimento de um sistema inovador de prevenção de colisões e para direção autónoma, aperceberam-se que a tecnologia até então utilizada no mercado automobilístico poderia ajudar indivíduos com dificuldades visuais. Por esse motivo, decidiram criar a OrCam Technologies, uma empresa cuja missão passa por explorar o potencial da visão artificial, incorporando tecnologia pioneira em dispositivos wearable, de modo a melhorar as vidas de indivíduos cegos e amblíopes, com dificuldades visuais, de leitura ou de reconhecimento facial.

Em 2017, começaram a vender os seus produtos e no início deste ano, entraram no mercado português com dois produtos que prometem revolucionar a área da visão: o OrCam MyEye e o OrCam MyReader.

O primeiro (OrCam MyEye) permite o reconhecimento facial, a leitura e identificação de produtos,



imagem ilustrativa do dispositivo (pode observar-se o sistema de saída de som, botão de ligar e desligar e ímanes para ligar aos óculos)

cujo valor é de 4.500€, e o segundo (OrCam MyReader), cujo preço de aquisição é de 3.500€, serve apenas o propósito da leitura. No entanto, estes valores podem ser reduzidos mediante uma participação do governo. Essa é variável, podendo ser participada em distintas percentagens mediante a condição clínica do indivíduo que quer adquirir o produto.

Quanto ao público-alvo, “o principal target da ORCAM são as pessoas cegas ou com graves problemas de visão”, quer se trate de adultos ou crianças. “No entanto, pode abranger também pessoas que tem dificuldades em ler ou que são disléxicas ou mesmo que não saibam ler”, explica-nos Fabio Rodríguez, responsável de Desenvolvimento de Negócios da

Península Ibérica da empresa. O produto foi lançado em Portugal no início do ano, uma vez que a Europa está com uma população bastante envelhecida e os problemas de visão são inevitavelmente mais notórios, afetando sobretudo a população mais velha. Além disso, Fabio considera que “não existem, no mercado atual, produtos que preencham as necessidades desta parte populacional”. A nível mundial, a empresa conta com 200 trabalhadores, sendo a maioria engenheiros, sendo que “o objetivo principal da empresa é fazer o melhor do melhor” de forma a conseguir ajudar estas pessoas.

Como funciona?

O dispositivo offline não é mais do que uma câmara, com 13

megapixéis e dois flashes estrategicamente colocados nas pontas do dispositivo, que é posteriormente colocado na parte lateral dos óculos.

Constituído por um menu, que permite voltar atrás, definir a velocidade do áudio, tirar fotografias e um microfone, para gravar áudio. Uma vez que estes produtos fazem o reconhecimento facial das pessoas que rodeiam o paciente, este tem a possibilidade de tirar uma fotografia à pessoa e gravar, através do microfone e com a sua própria voz, o nome desse indivíduo. Este detalhe permite ao paciente que, numa próxima vez, quando vir essa pessoa, consiga identificá-la com facilidade.

A tecnologia utilizada nos dispositivos MyEye e MyReader fazem a junção perfeita de inteligência

artificial e machine learning, através de ORC. Este permite, por exemplo, que o sistema reconheça caractere a caractere e, em microssegundos, os junte formando uma palavra e “pronunciando-a da forma correta”, como nos diz Fabio Rodríguez.

Dispositivo: Câmara, flash, menu (parte exterior esquerda)

O facto de ser um aparelho offline permite que a informação recolhida seja apagada de imediato, o que lhe confere 100% de privacidade.

“Isso é um fator muito importante. As pessoas estão bastante mais preocupadas com a privacidade das suas informações e, com a OrCam podem estar tranquilas, uma vez que há apenas duas coisas que ficam gravadas no dispositivo – os rostos e os produtos – porque é o que as pessoas mais usam”, explica.

A única altura em que é necessária uma ligação à internet é quando surgem novas atualizações de softwares, o que acontece uma a duas vezes por ano.

Quando é adquirido, traz consigo uma bolsa com tudo o que é necessário para que possa usufruir totalmente deste produto: o dispositivo, uns óculos, um carregador e cabo USB para carregar a bateria do aparelho, e uma corda para poder transportá-lo para qualquer lugar, estando assim acessível a qualquer altura.

Funções do dispositivo

A principal função é a leitura, segundo nos diz o representante da marca da Península Ibérica. Isto porque “estamos a ler a toda a hora, seja jornais, revistas, livros, notícias, mensagens nas redes sociais... O dispositivo reconhece jornais, revistas, folhetos informativos, placas de sinalização em vários locais, como a placa de saída de emergência. Tem apenas de ser letras formatadas, porque o dispositivo não reconhece a caligrafia manual”.

No entanto, não é a única característica e função do dispositivo. Como já foi mencionado, o aparelho permite o reconhecimento

facial – pode tirar-se uma fotografia a uma pessoa e guardar a fotografia com o seu nome igualmente gravado em áudio. É importante mencionar que o dispositivo permite guardar até 100 nomes, ou seja, dá para um leque variado de amigos e familiares.

A tecnologia presente no dispositivo permite ainda reconhecer o dinheiro, evitando situações inconvenientes quando as pessoas vão às compras ou precisam de utilizar dinheiro e não sabem quanto têm na sua posse.

Também as horas do dia são reconhecidas e transpostas para áudio, bastando, para isso, apontar os olhos e os dedos para o relógio. O reconhecimento das cores é apenas mais um dos benefícios deste produto. No entanto, Fabio Rodríguez não quis deixar de frisar que, “como é óbvio, as cores irão depender da luminosidade do local e das sombras [que podem alterar ligeiramente o tom das cores]”, explica Fabio. “Mas é como tudo... As pessoas habituam-se a fazê-lo da maneira correta”, continua.

Além desta lista de funcionalidades, o OrCam MyEye também lê códigos de barras indicando que tipo de produto tem na sua mão ou à sua frente, uma ferramenta para pessoas com qualquer tipo de deficiência visual e não para os cegos, visto que estes últimos não

sabem em que parte do produto está o código de barras.

Também identifica produtos. Contudo, “esta é uma função complicada, porque o aparelho não vai reconhecer se está perante uma garrafa de água da marca x ou y, mas um bom exemplo, são os cartões”, explica. A maioria das pessoas têm vários cartões e o dispositivo consegue distinguir se se trata do cartão do hotel ou do seguro de saúde. “Existe outro bom exemplo – os medicamentos. Há pessoas que tomam vários medicamentos que têm caixas e cuja estética dos fármacos são muito parecidas, o ORCAM Eye diz qual a caixa que tem na mão”, exemplifica.

Benefícios

“Coisas simples como ler o jornal, ou ir a um restaurante e não conseguir ler o menu sem ajuda de alguém afeta a saúde mental, porque sente que não é autónomo e precisa sempre de alguém para o ajudar. Se uma câmara conseguir fazer com que a pessoa vá para a rua sozinha, e se reconhecer textos, cores e tarefas simples, mas diárias. No final de contas, nós [que não temos problemas visuais] não nos apercebemos mas são estas coisas simples que estamos a fazer constantemente”, resume Fabio.

Se é verdade que existem outras opções no mercado, ninguém o

pode negar, nem mesmo Fabio, representante da empresa israelita. No entanto, “os outros produtos existentes são tão difíceis de usar que apenas algumas pessoas optam por comprá-los”.

Frisa a fácil acessibilidade do produto ao dizer: “Já vi crianças com 5 anos a usar o ORCAM com muita facilidade ao fim de 10 minutos, mas mesmo as pessoas mais velhas (que precisam de mais algum tempo) conseguem manejar bem o equipamento”.

Apesar de todas as vantagens, a empresa não tem nenhuma loja em Portugal, sendo a vendas destes dois aparelhos realizada através de revendedores. Através do preenchimento de alguns dados no website da OrCam, tais como nome, morada e patologia associada à perda de visão um especialista entrará em contacto com essa pessoa e vai indicar-lhe onde pode adquirir os óculos, num dos seus revendedores.

Atualmente, os produtos estão disponíveis em 25 línguas e em 48 países. Contudo, Fabio desvendou que continuam a apostar no desenvolvimento. “Continuamos a desenvolver novas línguas e a crescer no mercado, mas, uma vez que a leitura é uma das principais características, fazemos bastantes testes antes de lançar o produto para que essa ferramenta seja 99,99% precisa”. **EQ/SO**



Câmara, flash, menu (parte exterior esquerda)

Extratos de agrião e de outros vegetais induzem a morte de células cancerígenas

Neste estudo, os investigadores demonstraram que extratos de agrião, brócolos e outros vegetais são capazes de induzir a morte das células cancerígenas.



Este projeto, para além de ajudar a compreender o efeito de compostos naturais derivados de vegetais crucíferos na prevenção e tratamento do cancro colorretal, fornece-nos informações importantes para o desenho de intervenções nutricionais direcionadas para a terapia do cancro colorretal”, explica Teresa Serra, investigadora da área de Food and Health Division do iBET.

Investigadores portugueses do iBET-Instituto de Biologia Experimental e Tecnológica e do IPO – Instituto Português de Oncologia, comprovam o potencial anticancerígeno de extratos de agrião, brócolos e outros vegetais crucíferos.

Neste estudo, os investigadores demonstraram que extratos destes vegetais, assim como os seus compostos de forma isolada, são capazes de induzir a morte das células cancerígenas. Em particular, o extrato de agrião é ainda capaz de reduzir a população de células estaminais cancerígenas responsáveis pelo aparecimento do cancro, pela sua reincidência e pela resistência a tratamentos com quimioterapia.

Para este estudo foram usadas células de cancro colorretal cultivadas em sistema 3D e que mimetizam o comportamento de

tumores in vivo. O cancro colorretal é o 3º cancro mais comum em Portugal, a seguir ao cancro da mama e da próstata, e mata cerca de 4 mil portugueses todos os anos. O cancro colorretal tem maior incidência em indivíduos do género masculino com idade superior a 50 anos, contudo os dados apontam para um aumento desta patologia em jovens adultos com idades compreendidas entre os 20 e os 40 anos.

Segundo Teresa Serra, investigadora da área de Food and Health Division do iBET coordenada por Rosário Bronze, “este projeto, para além de ajudar a compreender o efeito de compostos naturais derivados de vegetais crucíferos na prevenção e tratamento do cancro colorretal, fornece-nos informações importantes para o desenho de

intervenções nutricionais direcionadas para a terapia do cancro colorretal”.

Desta forma, o projeto, coordenado por Teresa Serra do iBET e por Cristina Albuquerque do IPO, representa uma esperança para o desenvolvimento de novas terapias baseadas em compostos naturais. Contudo, as investigadoras alertam que estes resultados não estão diretamente relacionados com a quantidade de brócolos ou agriões consumidos. Os efeitos agora reportados resultam da utilização direta de extratos vegetais concentrados em células cancerígenas. É necessário desenvolver estudos complementares para perceber qual a melhor forma de fazer chegar estes compostos ao tumor com iguais capacidades anticancerígenas.

MMM/CI

Número de idosos a tomar antidepressivos duplicou em 20 anos

Mais de 10% dos idosos já toma antidepressivos, segundo um estudo que envolveu mais de 15 mil britânicos. Contudo, prevalência da depressão não acompanha subida.

O número de adultos com 65 anos ou mais que tomam antidepressivos mais do que duplicou nas últimas duas décadas, apesar de pouca mudança no número de idosos diagnosticados com depressão, mostra um estudo publicado no British Journal of Psychiatry. Os investigadores entrevistaram mais de 15.000 adultos com 65

anos ou mais na Inglaterra e no País de Gales para verificar se a prevalência de depressão e uso de antidepressivos tinham sofrido alterações.

Entre os dois grupos comparáveis de pessoas entrevistadas com 20 anos de diferença, a prevalência de depressão caiu apenas um pouco – de 7,9% no período anterior para 6,8% no

período posterior. No entanto, a proporção de idosos a tomar antidepressivos saltou de 4,2% no período inicial para 10,7%, duas décadas depois.

Contudo, a maioria dos que tomaram antidepressivos não tinha diagnóstico de depressão. “Às vezes, o tratamento é feito para depressão leve que fica fora da nossa definição de depressão

– muitas das evidências para a eficácia dos antidepressivos são para pessoas com depressão moderada ou grave. Os antidepressivos também são usados para tratar outras condições, como dor neuropática e distúrbios do sono”, explica o médico Antony Arthur, da Universidade de East Anglia, em Norwich (no Reino Unido). 📍

TC/SO



Níveis mais altos de testosterona e IGF-I aumentam risco de neoplasia prostática

Estudo de grandes dimensões, que envolveu mais de 200 mil homens, confirmou um aumento do risco até 25%.

Homens com níveis mais altos de testosterona e de fator de crescimento semelhante à insulina-1 (IGF-1) têm maior probabilidade de serem diagnosticados com neoplasia prostática, de acordo com uma pesquisa apresentada na NCRI Cancer Conference 2019. Um novo estudo, que envolveu mais de 200 mil homens, é um dos primeiros a mostrar fortes evidências de dois fatores que podem ser modificados para reduzir o risco de cancro da próstata.



Dra. Ruth Travis

A pesquisa foi liderada pela Dra. Ruth Travis, professora associada, e Ellie Watts, investigadora, ambas do Departamento de Saúde da População de Nuffield, Universidade de Oxford, Reino Unido.

Os investigadores calcularam níveis de testosterona livre - testosterona que circula no sangue e não está ligada a nenhuma outra molécula e, portanto, pode ter um efeito no corpo. Um subconjunto de 9 mil homens deu uma segunda amostra de sangue posteriormente, para ajudar os

investigadores a explicar as flutuações nos níveis hormonais.

Os homens foram acompanhados por uma média de seis a sete anos para ver se eles desenvolveram cancro da próstata. Dentro do grupo, houve 5.412 casos e 296 mortes provocados pela doença.

Os pesquisadores descobriram que homens com maiores concentrações dos dois fatores no sangue eram mais propensos a serem diagnosticados com cancro da próstata. Para cada aumento de cinco nanomoles na concentração de IGF-1 por litro de sangue, os homens tinham 9% mais hipóteses de desenvolverem cancro da próstata. Para cada aumento de 50 picomoles de testosterona livre por litro de sangue, houve um aumento de 10% no risco de cancro da próstata.

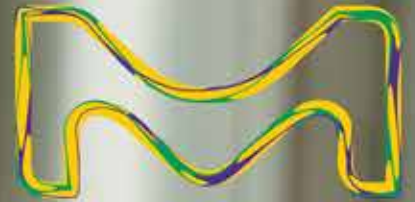
Olhando para a população como um todo, os investigadores afirmam existir um risco 25% maior em homens que têm os níveis mais altos de IGF-1. Já os que têm níveis mais altos de testosterona livre enfrentam um risco 18% maior.

Graças ao grande tamanho do estudo, foi também possível levar em consideração outros fatores que podem influenciar o risco de cancro, incluindo tamanho corporal, estatuto socioeconômico e diabetes.

“Este tipo de estudo não pode nos dizer por que esses fatores estão ligados, mas sabemos que a testosterona desempenha um papel no crescimento e na função normais da próstata e que o IGF-1 tem um papel no estímulo ao crescimento de células em nossos corpos”, sublinhou a Dra. Ruth Travis.

“Esses resultados são importantes porque mostram que existem pelo menos alguns fatores que influenciam o risco de cancro de próstata que podem potencialmente ser alterados”, refere o professor Hashim Ahmed, presidente do grupo de próstata da NCRI e professor de urologia no Imperial College, em Londres. **SO/AG**

20 anos de experiência na esclerose múltipla



Rebif[®]
(interferão beta-1a)
injeção sc

Informações essenciais compatíveis com o RCM. **Rebif 22 microgramas/0,5 ml solução injetável em cartucho:** Cada cartucho pré-cheio contém 66 microgramas (18 MUI) de interferão beta-1a. **Rebif 44 microgramas/0,5 ml solução injetável em cartucho:** Cada cartucho pré-cheio contém 132 microgramas (36 MUI) de interferão beta-1a. **Rebif 22 microgramas solução injetável numa caneta pré-cheia:** Cada caneta pré-cheia (0,5 ml) contém 22 microgramas (6 MUI) de interferão beta-1a. **Rebif 44 microgramas solução injetável numa caneta pré-cheia:** Cada caneta pré-cheia (0,5 ml) contém 44 microgramas (12 MUI) de interferão beta-1a. **Indicações terapêuticas** Rebif está indicado no tratamento de: doentes com um único acontecimento desmielinizante com um processo inflamatório ativo, se tiverem sido excluídos diagnósticos alternativos e se tiver sido determinado que estão em alto risco de desenvolverem uma esclerose múltipla clinicamente definida – indicação para o Rebif 44 microgramas e para o Rebif 8,8 microgramas + 22 microgramas; doentes com esclerose múltipla recidivante. Em ensaios clínicos, esta foi caracterizada por dois ou mais surtos no precedente período de dois anos – indicação para todas as dosagens de Rebif. Não está confirmada a eficácia em doentes com esclerose múltipla secundária progressiva sem atividade, isto é, sem surtos. **Posologia e modo de administração** Primeiro acontecimento desmielinizante: A posologia para doentes que tiveram o seu primeiro acontecimento desmielinizante é de 44 microgramas de Rebif administrados três vezes por semana por injeção subcutânea. Esclerose múltipla recidivante: A posologia recomendada de Rebif é de 44 microgramas, três vezes por semana, por injeção subcutânea. Nos doentes que não podem tolerar a dose mais elevada, recomenda-se a administração de uma dose mais baixa de 22 microgramas três vezes por semana, por injeção subcutânea, de acordo com o critério do médico especialista. Quando se inicia o tratamento com Rebif, a dose deve ser escalada gradualmente a fim de permitir o desenvolvimento de taquifilaxia, 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 ativas. **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, vómitos, 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: abcesso no local de injeção, disfunção da tireóide, hepatite com ou sem icterícia*, convulsões*, alterações reno-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 púrpura trombocitopénica trombótica/síndrome hemolítica urémica* (classificação para medicamentos contendo interferão-beta), pancitopenia*, reações anafiláticas*, insuficiência hepática*, hepatite autoimune*, tentativa de suicídio*, edema de Quincke*, eritema multiforme*, reações cutâneas do tipo eritema multiforme*, síndrome de Stevens-Johnson*, lúpus eritematoso induzido por fármacos*, celulite no local da injeção*, síndrome nefrótica*, glomerulonefrose*. Frequências desconhecidas (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, 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.

Merck s.a. - Portugal | Edifício DUO Miraflores | Alameda Fernão Lopes, 12 - 5A, B e 4B | 1495-100 Alges - Portugal | Telefone: +351-213 613 500 | Fax: +351-213 613 660 | C.R.C. Lisboa / Contribuinte N.º 500 650 870 | Cap. Social: 8 649 530 €
P.T./REB/00000/0000 | Aprovado em 07/2018.



Cancro renal: Identificado biomarcador que pode melhorar prognóstico

Investigação, em que participou o cientista português Rui Lopes, descobriu um biomarcador que permite identificar células tumorais que são sensíveis à inibição de um determinado gene.

Uma equipa internacional de investigadores está a tentar identificar novos alvos terapêuticos e biomarcadores para o prognóstico do cancro renal. Este estudo contou com a participação de um cientista português, Rui Lopes, que faz parte do Departamento de Oncologia da farmacêutica suíça Novartis.

Os investigadores utilizaram uma técnica ARN de interferência que permite inibir genes no ADN e desta forma perceber quais são os que as células precisam mesmo para crescer e sobreviver, escreve o jornal Público. Desta forma, descobriram que um determinado gene – o PAX8 – é essencial para o



Rui Lopes

crescimento e sobrevivência do cancro renal e dos ovários.

“Demonstrámos que o PAX8 se liga a milhares de regiões no genoma, de forma a controlar a actividade de outros genes. A grande maioria destes genes está envolvida no metabolismo e na divisão celular e estas observações explicam o facto de a inibição do PAX8 causar a morte das células tumorais”, sublinha Rui Lopes.

Contudo, esta descoberta não resolve o problema, uma vez que nem todas as células são vulneráveis à inibição do gene PAX8. Para contornar esta dificuldade, os investigadores identificaram uma proteína – CP – que pode ser usada “como biomarcador

para identificar células tumorais que são sensíveis à inibição do PAX8“. Assim, ajuda também a identificar os doentes com melhor e pior prognóstico.

Esta investigação assume uma especial importância tendo em conta que o cancro renal é, frequentemente, diagnosticado numa fase tardia, em que os pacientes têm pior prognóstico global. Identificada a proteína, os investigadores acreditam até que será possível diagnosticar o cancro renal através de uma simples amostra de sangue.

A ligação do gene PAX8 a outros tipos de cancros (tiroide ou sistema reprodutivo) já tinha sido provada em estudos anteriores. ❤

TC/SO

Cirurgia bariátrica pode ser opção para crianças com obesidade severa

Independentemente da idade e do IMC, as crianças e jovens adolescentes podem ser submetidos a este procedimento sem comprometer a sua segurança e eficácia



Dra. Sarah C. Armstrong

A Academia Americana de Pediatria (AAP) lançou uma nova diretriz clínica (ou relatório técnico) onde aborda as evidências, barreiras e melhores práticas no que respeita às cirurgias bariátricas e metabólicas pediátricas.

Esta norma foi alvo de debate na Conferência Nacional Anual da Academia Americana de Pediatria, decorrido em Nova Orleães (EUA), entre 25 e 29 de outubro.

No relatório técnico são detalhadas a variedade de cirurgias disponíveis, fornecendo evidências da sua segurança e eficácia em crianças.

Além disso, são ainda estipuladas diretrizes de melhores práticas para pediatras e outros especialistas que estejam a considerar controlar o peso dos seus pacientes através de uma terapêutica cirúrgica.

De acordo com Armstrong, os estudos que acompanham os pacientes entre 3 a 10 anos concluem que os tratamentos metabólicos e cirúrgicos para a obesidade severa em crianças ou jovens com menos de 18 anos não só são eficazes e seguras, como também



sustentam a perda de peso e reverterem as condições cardio-metabólicas associadas à obesidade. Apesar disso, não é comum que os pediatras optem por esta via, por um variado leque de razões. Em primeiro, os especialistas de pediatria podem não estar conscientes de que esta é uma opção ou duvidam da sua eficácia.

“A falta de referência dos médicos é compreensível, pois... é a primeira vez que a Academia dá estas orientações aos pediatras, por isso, até ao relatório, não tínhamos muita informação sobre quais devem ser os pacientes referenciados, como preparar o procedimento, para onde mandar os pacientes e como acompanhar”, comentou a especialista em declarações ao Medscape.

Em segundo lugar, também a falta de condições para o acesso aos cuidados de saúde hospitalares (tratando-se dos EUA, entenda-se por isto, falta de seguro) e as

condições socio-económicas.

“Existem disparidades impressionantes em quem é submetido à cirurgia. Sabemos que a própria epidemia de obesidade está a afetar desproporcionalmente as minorias étnicas e raciais e crianças que vivem na pobreza”, constata a autora.

Portanto, conseguiram descobrir que “a cirurgia é realizada principalmente em crianças brancas de classe social média e média-alta ou alta, não havendo evidências de que as crianças de cor e de ambientes carentes do ponto de vista socio-económico pudessem ter piores resultados”, observou.

“Podemos intervencionar crianças de 4 anos? É claro que não. Não é essa a intenção. A seleção adequada de pacientes pediátricos para cirurgia para perda de peso baseia-se na maturidade fisiológica e psicológica, no apoio familiar que têm e outros fatores que devem ser discutidos com a

equipa de assistência médica”, justifica.

Apesar de a cirurgia seja, normalmente, realizada nos adolescentes mais velhos, “não há evidências que contraindiquem a cirurgia antes dos 14 ou 15 anos”.

Aliás, a AAP recomenda evitar limites de idade arbitrários. Ao invés, o procedimento deve ser considerado para qualquer paciente com obesidade grave que atenda aos critérios para cirurgia, dependendo a sua seleção de caso para caso.

“A decisão de realizar uma cirurgia metabólica e bariátrica deve ser baseada na saúde e nas necessidades de cada paciente”, enfatizou o cirurgião pediátrico Marc Michalsky, outro autor da declaração.

Existem estudos que sugerem que a cirurgia é mais segura e eficaz quando realizada com um menor IMC. Isso implica, porém, “longo período de espera e vigilância”.

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 biberão 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 história 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 hipercalcúria 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): 4619-28.

F U N D A Ç Ã O

Bial

Instituição de utilidade pública

Institution of public utility



25
anos
years

A Fundação BIAL, constituída em 1994 pelos Laboratórios BIAL e pelo Conselho de Reitores das Universidades Portuguesas, está a comemorar o seu 25º aniversário.

Para assinalar esta data, a Fundação BIAL organiza a exposição itinerante **Fundação BIAL - 25 Anos**, que dá a conhecer o trabalho que tem desenvolvido em prol do estudo e da investigação científica do ser humano.

Fundação BIAL - 25 Anos

Curadoria Prof. Doutor Daniel Bessa

2019

7 out - 18 out Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - U. Porto
21 out - 31 out Escola de Medicina - U. Minho
5 nov - 15 nov Faculdade de Medicina - U. Lisboa
20 nov - 4 dez Faculdade de Medicina - U. Coimbra
9 dez - 20 dez Faculdade de Ciências Médicas - U. Nova de Lisboa

2020

13 jan - 29 jan Faculdade de Ciências da Saúde - U. Beira Interior
3 fev - 19 fev Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina - U. Algarve
26 fev - 13 mar ISPA - Instituto Universitário
1 abr - 4 abr 13º Simpósio *Aquém e Além do Cérebro*, Casa do Médico - Porto
14 abr - 28 abr Faculdade de Medicina - U. Porto