

ENTREVISTA | PROF. RUI TATO MARINHO

Hepatite C: “Já se nota uma redução do número de consultas por novos casos”



PÁG. 30

ROSA VALENTE DE MATOS

Novo hospital em Lisboa. “Capuchos e São José não aguentam muito mais tempo”



PÁG. 22

NACIONAL

Mais quatro anos podem não chegar para dar médico de família a todos

PÁG. 14



PÁG. 9

NACIONAL

SNS só tem um pedopsiquiatra em todo o Algarve



NACIONAL

Ministério vai pagar mais a médicos que fazem urgência

PÁG. 8

Auditoria aponta falhas ao internato médico

Pág. 24





PRÉMIO Bial



DE MEDICINA CLÍNICA 2020

Regulamento e Formulário de Candidatura:
www.fundacaobial.com

Prazo de Candidaturas:
31 de agosto de 2020

Prémio BIAL de Medicina Clínica 2020 - €100.000 + Publicação primeira edição

Menções Honrosas (máximo duas) - €10.000

Visa galardoar uma obra intelectual, original, de indole médica, com tema livre e dirigida à prática clínica, que represente um trabalho com resultados de grande qualidade e relevância. Não são elegíveis trabalhos publicados sob a forma de artigos, livros ou teses. Pelo menos um dos autores tem de ser médico nacional de um país de expressão oficial portuguesa.

Presidente do Júri - Manuel Sobrinho Simões

**Entrevista |
Prof. Rui Tato Marinho**
**Hepatite C:
“Já se nota
uma redução
do número
de consultas
por novos casos”**



4 Opinião | Acácio Gouveia

Marta Temido: ilusões e desafios

6 OE 2020 | Saúde vai ter mais 800 milhões e taxas moderadoras acabam nos cuidados primários

6 OE 2020 | Ministério vai pagar mais a médicos que fazem urgências

9 Nacional | SNS só tem um pedopsiquiatra em todo o Algarve

10 Nacional | Pior do que no tempo da Troika, farmácias hospitalares estão “em cuidados paliativos”

11 Especial | Faltam 400 médicos e 2 mil enfermeiros na rede de cuidados paliativos

14 Nacional | Mais quatro anos podem não chegar para dar médico de família a todos

Na zona de Lisboa, há centros de saúde onde metade dos utentes não têm médico atribuído. Nesta legislatura, as saídas para a reforma deverão superar as entradas de recém-formados

16 Nacional | Ordem diz que critérios de colocação de recém-especialistas são “uma afronta”

18 Nacional | Médicos estrangeiros atingem valor mais alto da última década

19 Nacional | PPP de Vila Franca de Xira poupou 30 milhões ao Estado

Tribunal de Contas critica decisão do governo de cessar o contrato de gestão privada do hospital, que entre 2013 e 2017, gerou poupanças de 30 milhões

22 Entrevista | Rosa Valente Matos

Novo hospital em Lisboa. “Capuchos e São José não aguentam muito mais tempo”

26 Reportagem | Programa FOCUS promete erradicar hepatite C na Madeira

28 Nacional | Interrupções de gravidez por opção da mulher diminuíram 4% em 2018 face a 2017

O número de interrupções de gravidez por opção da mulher nas primeiras 10 semanas reduziu 4% em 2018 relativamente a 2017, indica um relatório da Direção-Geral de Saúde (DGS) hoje divulgado que também revela “tendência decrescente” desde 2011.

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

Marta Temido: ilusões e desafios



Acácio Gouveia,
Médico de Família

“(...) vemos grandes resplendores, onde não há luz, (...)”

Padre António Vieira

“O grande perigo que corremos, iludindo os outros, é que acabamos por nos iludirmos.”

Eléonor Duse

Tendo deixado chegar ao ponto a que as coisas chegaram, a Ministra da Saúde continua a negar, se não os problemas, pelo menos a gravidade das agruras que os cuidados de saúde enfrentam. Faltam pediatras na margem sul, cirurgiões a claudicar um pouco por toda a parte, obstetras ameaçam rotura aqui e ali, mais de meio milhão de utentes sem médico de família e em todos estes casos com tendência para agravamento. Contudo, Marta Temido emerge, perante cada nova crise, a tirar da cartola a solução, que até se

afigura simples, mas que afinal é puramente ilusória quando se trata de aplicar ao mundo real. Veja-se o caso das urgências pediátricas do H. Garcia da Orta. Prometeu pediatras para colmataras brechas abertas pela míngua do corpo clínico do Hospital. O resultado foi as urgências hospitalares deixarem de funcionar no horário noturno e os médicos de família serem chamados a cobrir o deficit.

A talho de foice será oportuno realçar e estranhar a ausência de posição dos colegas pediatras que, há cerca de um mês, saíram a público verberando contra a inaptidão (em seu entender) dos Cuidados de Saúde Primários para cuidarem da crianças e jovens de Portugal. Substitui-se a assistência diferenciada em situações de urgência por profissionais supostamente impreparados e remetem-se estes salvacionistas das crianças ao silêncio? Adiante.

Faça-se a justiça de acreditar que a situação de pré-rotura a que chegou o SNS preocupa seriamente o ministério da saúde. Todavia, a postura de denegação permanente, aliada ao típico otimismo deste executivo, leva-nos a concluir o contrário: que pouco investe na busca de soluções, arremetendo todo capital imaginativo para manter uma máquina de propaganda cada vez menos convincente. Por exemplo: mantém o dedo na tecla do “incremento do número de profissionais no SNS” na vã esperança de silenciar que esse acréscimo fica bem aquém das necessidades e, mais grave, das potencialidades formativas. É impossível esconder o êxodo de profissionais, nomeadamente médicos, para fora

do SNS, por muito que a Sra. Ministra o tente negar.

Duas soluções têm sido propostas para fazer face a este preocupante estado de coisas: aumentar o investimento e a incorporação compulsiva dos jovens médicos no SNS. Começemos por esta. Há alguma razoabilidade no fundamento: a Nação despense avultadas somas na formação de médicos cujas competências darão no estrangeiro. No entanto, em termos práticos, será viável reter à força profissionais num SNS que não lhes é atrativo? Permitam-me um exemplo extremo. Para um jovem médico (já para não falar de enfermeiros ou outros profissionais) que seja colocado em Lisboa, ou no litoral do Algarve, o ordenado mal dá para pagar um alojamento decente. Impor a aceitação duma vaga nestas condições seria absurdo. Com exceção do exemplo anterior, só quem ande muito distraído, ou esteja de má fé, poderá argumentar que o salário é o principal motivo que leva os médicos a rejeitar a opção SNS. Em vez da persistente denegação, a que se entregam diversas vozes responsáveis da tutela, talvez fosse melhor começar por tentar esmiuçar o porquê desta rejeição. Bastará dar-se a tutela ao trabalho de tomar conhecimento dos testemunhos dos que imigraram para entendê-lo.

A irracionalidade e o excesso de carga laboral esmagam os profissionais. A tutela ignora a primeira e incrementa a segunda.

A irracionalidade de muitas práticas conduz a uma perda de produtividade arrepiante e que, para além de ser óbvia consumidora de recursos, desmotiva

os profissionais. Por outro lado, o alto nível de desperdício do SNS fragiliza o argumento dos que defendem o reforço orçamental tout court. Investir num sistema insustentável é apenas adiar a sua morte e contribuir para falência de toda a Nação. E neste particular temos outros atores que se recusam a ver a realidade: todos os que acreditam que os problemas se resolvem regando-os com dinheiro, mantendo intocadas as aberrações funcionais do SNS. Urgem, portanto, mudanças que tornem menos hostil o SNS para profissionais e menos renitente a abertura dos cordões à bolsa por parte de decisores financeiros.

Posto isto, são deveras acertadas as palavras da Ministra: “ao dizer que a saúde está suborçamentada estamos a presumir que há uma diferença entre aquilo que se precisaria para trabalhar e aquilo que neste momento existe com receita para o sistema, isso é uma presunção, na medida em que não temos o sistema a trabalhar com toda a eficiência”. Mas para aumentar a eficiência há tomar decisões corajosas a começar pela imprescindível e inadiável vassourada no SPMS. Em termos de produtividade o SPMS está do lado do problema e não da solução. Não é possível dar cobertura às políticas do SPSMS e quer, simultaneamente, melhorar a qualidade da prestação dos serviços, aumentar a produtividade e incrementar a motivação dos profissionais.

A Ministra Marta Temido tem de fazer escolhas: ou manda no SPSMS ou permite que o SPMS mande na ministra; ou se rege pelos interesses da Nação, ou pelos do SPMS.

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 osteomalacia 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. **Contra-indicações:** 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. Hofis 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.

Saúde vai ter mais 800 milhões e taxas moderadoras acabam nos cuidados primários

A eliminação das taxas moderadoras nos cuidados de saúde primários iniciar-se-á em 2020, Taxas moderadoras só acabam nas consultas programadas.



“o reforço orçamental servirá para aumentar a capacidade de resposta da atividade assistencial” nas suas múltiplas vertentes, seja consultas internas, cirurgias, cuidados de saúde primários, e também para a contratação de pessoal e melhoria de equipamentos, revelou Marta Temido

Trata-se, de acordo com o executivo, de um reforço inicial da dotação do Orçamento da Saúde, no Orçamento do Estado para 2020, que será utilizado para “aumentar a capacidade de resposta da atividade assistencial” nas suas múltiplas vertentes, seja consultas internas, cirurgias, cuidados de saúde primários, e também para a contratação de pessoal e melhoria de equipamentos, revelou Marta Temido aos jornalistas em conferência de imprensa no final da reunião extraordinária do Conselho de Ministros. “A distribuição da verba será feita no exercício de contratualização”, acrescentou a Ministra da Saúde. Em 2019, o reforço orçamental face a 2018 foi de 523 milhões.

Ainda de acordo com a Ministra, o Executivo prevê investir 190 milhões de euros em vários projetos com cariz plurianual, como a remodelação de um dos edifícios do Hospital de Gaia, ou a remodelação de centros de saúde como o de Ourique e Santiago do Cacém e ainda investimentos no serviço de cardiologia do Hospital do Algarve. Estes 190 milhões de euros não incluem os investimentos de 90 milhões de euros já previstos no âmbito do Programa de Investimentos na Área da Saúde (PIAS), “cujos efeitos financeiros já se fazem sentir”, nem na construção da ala pediátrica do

Hospital de São João, que deverá custar 27 milhões de euros. “Estes 190 milhões de euros são novas autorizações de investimento”, concretizou Marta Temido.

A resolução de Conselho de Ministros, que deu “um passo decisivo para a melhoria do Serviço Nacional de Saúde”, nas palavras da ministra da Saúde, Marta Temido, prevê também a contratação de 8.400 profissionais de saúde, em 2020 e 2021, “distribuídos por todos os grupos profissionais e “um reforço orçamental de 550 milhões de euros”, este ano, “destinados à redução do stock de pagamentos em atraso”, que, de acordo com os dados mais recentes, apontam para uma dívida de 735,1 milhões de euros, em outubro.

Refira-se que o reforço do Programa Operacional da Saúde em 800 milhões de euros foi o exigido pelo Bloco de Esquerda em sede de discussão do orçamento na Assembleia da República como o necessário para o fim da suborçamentação do SNS. E corresponde ao deficit do SNS em 2018.

Centros de saúde. Taxas moderadoras só acabam nas consultas programadas

Consultas de urgência (por doença aguda) continuarão a pagar taxa. Ministério diz que



gratuidade total vai depender da disponibilidade orçamental.

Os utentes do SNS, que não gozem de isenção, vão deixar de pagar taxas moderadoras nos centros de saúde, em 2020, mas só nas consultas programadas. A informação é avançada pelo jornal Público, que questionou o Ministério da Saúde. Desta forma, ficam de fora as taxas a pagar em consultas urgentes (em casos de doença aguda) e também em análises e exames prescritos pelo médico de família.



Bastonário dos Médicos aplaude reforço orçamental no SNS mas deixa recados

Miguel Guimarães manifestou agrado pelo anúncio feito pelo Governo de disponibilizar uma verba de extra de 800 milhões de euros para o SNS em 2020.



: as medidas devem ser encaradas como apenas um passo para começar a resolver os problemas do SNS. É preciso acompanharmos com atenção e cautela a disponibilidade destas verbas, para assegurarmos que não continuamos a assistir a vetos de gaveta ou cativações”, alerta o bastonário da Ordem dos Médicos

Em comunicado, em que realça que o “reforço orçamental é um dos passos para resolver problemas do SNS”, o bastonário refere que, do que tem conhecimento até ao momento, o “reforço é positivo e demonstra que o Governo reconhece que o SNS não está bem”. “Mas as medidas devem ser encaradas como apenas um passo para começar a resolver os problemas do SNS. É preciso acompanharmos com atenção e cautela a disponibilidade destas verbas, para assegurarmos que não continuamos a assistir a vetos de gaveta ou cativações”, alerta porém o bastonário da Ordem dos Médicos.

Segundo Miguel Guimarães, é também “fundamental que a

aplicação do orçamento previsto seja acompanhada por uma visão e uma estratégia para o SNS que invista, sobretudo, na valorização do capital humano e em projetos de trabalho e de carreira aliciantes para os médicos poderem servir os doentes em condições de dignidade e segurança clínica”.

O bastonário lembra que “faltam muitos médicos no SNS, como se pode verificar pelos seis milhões de horas extraordinárias que os médicos fazem todos os anos e pelos cerca de 110 milhões de euros que são ainda pagos a empresas prestadoras de serviços médicos”.

Neste domínio, Miguel Guimarães nota que é importante contratar mais profissionais, mas adverte que não se deve nunca “menorizar a importância de acarinhar e querer manter quem até hoje tem construído o SNS todos os dias e salvo milhares de vidas”.

O Governo anunciou hoje em Conselho de Ministros um reforço de 800 milhões de euros no orçamento da Saúde para 2020, a par com 190 milhões de euros para investimento plurianual.

Segundo esclareceu à Lusa fonte oficial do Ministério da Saúde, nos 800 milhões de euros já se encontra uma parte dos 190 milhões de euros para aplicar em investimento em 2020 e anos seguintes. “O reforço do orçamento para 2020 vai salvaguardar investimentos já programados para os próximos dois anos no montante de 190 milhões de euros”, esclareceu fonte oficial do gabinete da ministra da Saúde. **SO/LUSA**

No documento do orçamento de Estado está previsto que as taxas moderadoras comecem a ser eliminadas de forma faseada em 2020. Contudo, o governo não indicou quais as consultas e atos abrangidos pela medida. Agora, o Ministério da Saúde (MS) esclarece que essa eliminação vai acontecer “em todas as consultas programadas até ao final de 2020. Até ao final da legislatura (2023), os cuidados prescritos no SNS estarão isentos de pagamento de taxas moderadoras,

em termos ainda a definir”.

Contudo, o ministério liderado por Marta Temido não se compromete, para já, com nenhuma calendarização no que diz respeito à eliminação das taxas nos centros de saúde e admite que absoluta gratuitidade dos cuidados de saúde primários possa vir a estar condicionada pela disponibilidade orçamental do país. “Vai depender dos diplomas de execução orçamental e dos enquadramentos económicos”, diz fonte do MS. **TC/SO**

OE 2020

Ministério vai pagar mais a médicos que fazem urgências

Medida destina-se a compensar a “penosidade e carga associada” ao trabalho, segundo a proposta de Lei do Orçamento do Estado e de acordo com fonte oficial.

O clínico em causa pertence “A ideia é ter uma autorização legislativa que permita estudar um quadro remuneratório diferente para os profissionais de saúde nas urgências que compense a penosidade e a carga associada ao trabalho em urgência”, referiu à agência Lusa fonte oficial do gabinete da ministra da Saúde. A proposta de Orçamento do Estado para 2020 estabelece que o Governo vai substituir gradualmente o recurso a empresas de trabalho temporário e de subcontratação de profissionais de saúde. O documento indica ainda que o Governo vai apresentar legislação sobre horas extraordinárias que os médicos prestam nas urgências (além das definidas consoante o regime de trabalho).

Sobre esta alteração legislativa



referida na proposta do Orçamento, fonte oficial do Ministério apenas indicou à agência Lusa que a ideia é ter “um quadro remuneratório diferente para os profissionais de saúde nas urgências”.

Os médicos do SNS têm reclamado receber tanto no trabalho extra nas urgências como os valores que são pagos às empresas prestadoras de serviços médicos.

O objetivo do Governo assumido no Orçamento é o de reduzir o recurso a empresas externas.

A proposta de Orçamento do Estado para 2020 indica que a legislação a aprovar se aplica “desde que os respetivos serviços de urgência estejam integrados em urgências que tenham concluído processos de revisão”, apontando assim para uma reestruturação dos serviços de urgência. ❤️

Avança a concentração de urgências em Lisboa. “É imprescindível”, diz ministra

Marta Temido sublinha as vantagens do modelo para o SNS – que pode entrar em vigor já no próximo verão – e admite a profissionalização das equipas de urgência.

A ministra da Saúde admite apostar na concentração dos serviços de urgência em várias zonas do país, nomeadamente na área da grande Lisboa. O modelo, que está em vigor no Porto há vários anos na área pediátrica, permite, sublinha Marta Temido, aumentar a articulação entre os hospitais e terá ainda outras vantagens, como racionalizar os (escassos recursos) humanos

do SNS e potenciar ganhos de escala, com vista a uma redução dos custos.

Em entrevista ao jornal Público, e quando confrontada com a possibilidade de ser instituído um novo modelo nas urgências pediátricas, a ministra foi mais longe: “Não falando só das urgências pediátricas, mas falando em termos mais genéricos, é imprescindível que esse modelo de urgências mais concentradas,

mais articuladas, mais a funcionar em termos regionais, seja seguido em todos os sítios do país”. Marta Temido admite que a mudança de modelo não vai acontecer no Natal – período em que as urgências vão ter de suportar o pico de afluência provocado pela gripe – mas aponta para que mudança de modelo organizacional das urgências possa começar a ser implementada no próximo Verão, a

tempo de evitar outro período de férias marcado pela falta de profissionais.

Ainda nesta área, a ministra assume a hipótese de profissionalizar as equipas de urgência, criando assim, “equipas fixas e o mais dedicadas possível”. Já quanto à eventual criação de uma especialidade de urgência (que existe em vários países), Marta Temido remete a decisão para a Ordem dos Médicos. ❤️ TC/SO

SNS só tem um pedopsiquiatra em todo o Algarve

No Alentejo existem só dois, o que mostra as grandes disparidades no acesso a cuidados de saúde mental em Portugal.

Segundo um relatório do Conselho Nacional de Saúde, o número de psiquiatras aumentou globalmente no SNS nos últimos quatro anos, mas ainda há muitas desigualdades geográficas, tanto na psiquiatria de adultos como na da infância e adolescência. Sob o título “Sem Mais Tempo a Perder”, o documento do Conselho Nacional sobre saúde mental aponta para uma concentração de especialistas em psiquiatria na faixa litoral entre Lisboa e Porto e destaca que há ainda “maior escassez” no SNS de outros profissionais de saúde mental, como psicólogos, terapeutas e técnicos de serviço social.

Um país desigual

Na área da infância e adolescência há apenas um psiquiatra no SNS no

Algarve, no Alentejo há dois, na região Centro são 18, no Norte há 46 e em Lisboa e Vale do Tejo há 53. A zona Norte e a região de Lisboa apresentam um rácio de sete psiquiatras de infância e adolescência por 100 mil habitantes menores de idade, enquanto o rácio no Algarve é de 1,1 e no Alentejo é de 2,5 por 100 mil. Nas regiões autónomas, os Açores têm também apenas um psiquiatra nos serviços públicos de saúde e a Madeira tem três. Ainda assim, o número de psiquiatras de infância e adolescência cresceu quase 25% entre 2014 e este ano, com um acréscimo de 24 profissionais.

Número de pedopsiquiatras cresceu 28%

Também na psiquiatria de adultos,

o SNS teve um reforço de quase 28% no número de psiquiatras nos últimos quatro ou cinco anos, havendo atualmente 631 psiquiatras de adultos nas unidades de saúde públicas, que inclui os hospitais em regime de PPP.

Em termos de rácio, a psiquiatria de adultos regista melhores valores que a da infância e adolescência, com oito psiquiatras para 100 mil habitantes da população adulta.

Apesar do acréscimo de psiquiatras, há vários hospitais a ultrapassar os tempos máximos clinicamente aceitáveis para uma primeira consulta de psiquiatria, como Braga, Guarda, Setúbal, Júlio de Matos (Lisboa), Santa Maria (Lisboa) ou Santarém para as consultas muito prioritárias.

Contudo, o relatório nota que os tempos médios de resposta para primeira consulta de psiquiatria apresentaram melhorias entre o verão de 2018 e o verão de 2019. Na análise ao panorama da saúde mental, o Conselho Nacional de Saúde salienta também que há uma “maior escassez” em outros profissionais da área além dos psiquiatras, referindo o caso dos psicólogos, terapeutas ou assistentes sociais.

Também em relação aos enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica, há um desequilíbrio no rácio com os médicos, que é de apenas 1,6. Chega mesmo a haver serviços hospitalares com mais psiquiatras do que enfermeiros especialistas. ❤️

Despesa com médicos tarefeiros e horas extra pode bater novo recorde este ano

Custos dispararam mais de 50% em vários hospitais e recorde de despesa atingido em 2018 pode voltar a ser batido este ano.

A despesa com horas extraordinárias e com médicos contratados à hora (os chamados prestadores de serviços) não para de aumentar nas unidades do SNS e deverá ultrapassar os valores atingidos em 2018. Entre janeiro e setembro deste ano, os custos dispararam mais de 50% em vários hospitais, avança o jornal i. Até setembro, os hospitais tiveram uma despesa de 299,9 milhões de euros com trabalho extraordinário, o que representa um aumento de 28,7% em relação aos primeiros nove meses de 2018. Já o recurso a médicos tarefeiros – que

preenchem as escaldas hospitalares quando há existe carência de clínicos do quadro – continua a crescer (mais 6,6 milhões de euros, para os 81 milhões, até setembro). Se a evolução já é expressiva, a verdade é que o crescimento pode ser muito superior, uma vez que a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), que divulgou a informação, não incluiu na análise uma série de hospitais de grande dimensão (entre os quais o de Santa Maria, o maior do país, o Garcia de Orta, o Hospital de Setúbal, o Amadora-Sintra e o Hospital de Braga). A ACSS justifica-se com



“Não se compreende por que motivo se insiste em continuar a gastar mais com trabalho extraordinário e prestações de serviço em vez de autorizar as contratações”, diz Alexandre Lourenço, presidente da APAH

constrangimentos na implementação de um novo referencial contabilístico. Até Outubro, foram feitas cerca de 12 milhões de horas extra. A manter-se este ritmo, será ultrapassado este ano o recorde do último ano – 13 milhões de horas extra (sendo que a maior parte é feita por médicos). “Era expectável. O que não se compreende é por que motivo se insiste em continuar a gastar mais com trabalho extraordinário e prestações de serviço em vez de autorizar as contratações”, diz Alexandre Lourenço, presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. ❤️ TC/SO

Pior do que no tempo da troika, farmácias hospitalares estão “em cuidados paliativos”

A bastonária da Ordem dos Farmacêuticos lembra a insuficiência de profissionais e a dificuldade de manter as farmácias hospitalares a funcionar em pleno.



A situação está até pior do que “durante o período da ‘troika’”: “Desde aí, no nosso caso, piorámos”. “[Há serviços que] estão em cuidados paliativos, sim”, denuncia a Bastonária dos Enfermeiros, Ana Paula Martins



A bastonária Ana Paula Martins indica que faltam nas farmácias hospitalares do Serviço Nacional de Saúde (SNS) cerca de 150 farmacêuticos, responsáveis por exemplo pela preparação de toda a medicação necessária a doentes internados ou em tratamento.

A responsável admite que houve algumas contratações para os serviços farmacêuticos com a passagem das 40 para as 35 horas de trabalho semanais.

“Mas na verdade são autênticos cuidados paliativos para conseguir manter os serviços a funcionar com as valências necessárias”, afirmou à agência Lusa, recordando que há serviços farmacêuticos de hospitais públicos que já tiveram de encerrar no período noturno.

Ana Paula Martins diz que a situação está até pior do que “durante o período da ‘troika’”: “Desde aí, no nosso caso, piorámos”. “[Há

serviços que] estão em cuidados paliativos, sim. Temos hospitais hoje onde a urgência noturna [da farmácia hospitalar] já fechou”, denuncia.

Farmácias hospitalares do SNS vivem “na linha vermelha”

A bastonária sublinha que as farmácias hospitalares do SNS vivem “na linha vermelha”, com insuficiência de recursos para assegurar um adequado funcionamento e questiona como é que hospitais com serviços farmacêuticos encerrados conseguem assegurar uma medicação não programada e urgente durante a noite, por exemplo. “Durante a noite, quando um médico precisa de uma medicação não programada, como fazem os hospitais? Como se garante então a segurança e se garante que um medicamento não é trocado por outro?”, interrogou-se Ana Paula Martins.

A Ordem dos Farmacêuticos

apelou hoje a uma “rápida intervenção” do primeiro-ministro e da ministra da Saúde na regulamentação da carreira farmacêutica, em falta há dois anos e que impede a contratação de profissionais para os hospitais.

Uma resolução aprovada na Assembleia Geral da Ordem dos Farmacêuticos na quarta-feira, e a que a Lusa hoje teve acesso, manifesta a “enorme preocupação” pelos atrasos na regulamentação do acesso à carreira farmacêutica, que ultrapassou o prazo definido em mais de 660 dias.

“A classe farmacêutica está muito indignada (...) Isto é de uma enorme gravidade. Vemos isto com um grande desagrado”, resumiu a bastonária dos Farmacêuticos, Ana Paula Martins, em declarações à Lusa.

Na resolução, os farmacêuticos lembram que sem a carreira regulamentada é “quase impossível colmatar as graves carências

de recursos humanos em muitos serviços farmacêuticos hospitalares do país”.

“Sem a regulamentação da carreira farmacêutica, os serviços farmacêuticos hospitalares continuarão impedidos de contratar novos recursos. (...) Os inevitáveis constrangimentos ao funcionamento das farmácias hospitalares vão sendo combatidos, até à exaustão, por profissionais de elevada dedicação e sentido de responsabilidade, que não descuram esforços para que os utentes não sofram consequências de decisões que não são suas”, refere a direção da Ordem dos Farmacêuticos.

A carreira farmacêutica foi instituída em agosto de 2017, mas é necessário um diploma que a regule e que permita assim a entrada de farmacêuticos nos hospitais públicos ao abrigo da nova carreira, iniciando o seu percurso profissional e formativo pós-graduado. SO/LUSA

Faltam 400 médicos e 2 mil enfermeiros na rede de cuidados paliativos

O tempo alocado pelos profissionais de saúde aos cuidados paliativos baixou significativamente em 2018 face a 2017, revela um estudo.

O “Relatório de Outono 2019”, do Observatório Português dos Cuidados Paliativos (OPCP), analisou a cobertura da rede e caracterizou os recursos humanos, reportando-se a dados vigentes em 31 de dezembro de 2018.

O estudo concluiu, tendo em conta o horário a tempo inteiro preconizado no SNS, de 40 horas semanais para os médicos e 35 horas para os restantes profissionais, que faltam cerca de 430 médicos, 2141 enfermeiros, 178 psicólogos e 173 assistentes sociais na rede. Em declarações à agência Lusa, o coordenador do OPCP – Instituto de Ciências da Saúde (ICS) da Universidade Católica, Manuel Luís Capelas, salientou como positivo o aumento do número de serviços, a maior abrangência populacional pelas equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos e algumas equipas já terem psicólogo e assistente social a tempo inteiro.

Profissionais dedicam menos tempo aos cuidados paliativos

“Mas temos depois o outro lado, que é o corpo principal das equipas que, se já não estava bem em 2017, está pior agora com a redução de forma estatisticamente significativa do tempo médio de alocação semanal a cuidados paliativos”, o que no seu entender pode “pôr em causa a qualidade e o tempo de atendimento” aos doentes.

“Na prática temos 188 médicos, mas quando juntamos o seu tempo alocado semanalmente corresponde a 66, o que é praticamente um terço”, disse, defendendo que deveriam existir 496. Já os enfermeiros são 429, mas o seu tempo alocado só corresponde a 243,



“Quando temos em conta a população que, por exemplo, é abrangida pelas equipas comunitárias, que é um grande indicador da evolução dos cuidados paliativos em diversos países, nós verdadeiramente temos uma cobertura populacional que atinge 28% da população”, lamenta Manuel Luís Capelas

praticamente 50%, quando deveriam ser 2.384.

O estudo aponta a existência de, pelo menos, um médico a tempo inteiro em apenas em 17% das Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), em 38% das equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) e em 42% das equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP).

A nível total dos recursos, 33% têm pelo menos um médico a tempo inteiro, 79% têm pelo menos um enfermeiro, 14% têm pelo menos um assistente social e 11% pelo menos um psicólogo.

“Quando temos em conta a população que, por exemplo, é abrangida pelas equipas comunitárias, que é um grande indicador da evolução dos cuidados paliativos em diversos países, nós verdadeiramente temos uma cobertura populacional que atinge 28% da população”, lamentou.

Para Manuel Luís Capelas, estes são “dados significativos” que

demonstram que “não houve um verdadeiro investimento na dotação de recursos humanos” para garantir a acessibilidade aos cuidados. “O número de doentes é grande, cerca de 140 mil por ano, aos quais acrescem cerca de 700 mil familiares”, mas a taxa de cobertura é “muito reduzida”, não correspondendo “em nada aos mínimos exigidos”, lamentou Manuel Luís Capelas.

“O plano estratégico num curto prazo deveria atingir uma taxa de cobertura de 25 a 50% em qualquer tipo de tipologia, mas tendo em conta os requisitos de recursos humanos, estamos abaixo dos 20%”, sustentou.

Das 111 equipas/serviços de cuidados paliativos (públicos e privados), existentes 2018, o estudo obteve dados de 80 (72.1%). Ao nível das UCP foram obtidas 22 em 33 respostas possíveis (66.7%), das EIHSCP, 35 em 49 respostas possíveis (71.4%), nas ECSCP as respostas foram de 21 em 26 possíveis (80.8%). **SO/LUSA**

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

Mais quatro anos podem não chegar para dar médico de família a todos

Na zona de Lisboa, há centros de saúde onde metade dos utentes não têm médico atribuído. Nesta legislatura, as saídas para a reforma deverão superar as entradas de recém-formados.



“Por mais médicos de família que se formem, nunca se chega a resolver o problema, que nesta altura está muito localizado, se não forem adotadas medidas políticas de carácter excepcional”, alerta Rui Nogueira, presidente da APMGF

O governo tinha-se comprometido em dar um médico de família a todos os portugueses até ao final da legislatura mas ficou longe desse objetivo. Em setembro, a um mês das legislativas que acabaram por ditar a recondução da ministra Marta Temido, ainda havia 600 mil pessoas nesta situação. A ministra da saúde repete a promessa mas os números e as estimativas em relação à renovação do quadro de especialistas em Medicina Geral e Familiar (MGF) vão dificultar a meta do governo. O número de profissionais que vão atingir a idade da reforma (2000 médicos) nos próximos quatro anos é superior ao da formação de novos especialistas (1800).

O desequilíbrio entre entradas e saúde começou a ser sentido no ano passado mas agravou-se em 2019. Este ano, estão previstas 509 reformas de médicos de família com 66 ou mais anos, ou seja, 10% do total do contingente de clínicos de MGF. Contudo, segundo dados da Administração Central do Sistema de Saúde, 2021 será o ano mais crítico, com 522 profissionais em condições de pedirem para sair.

No entanto, é preciso ressaltar que os médicos podem exercer até aos 70 anos no SNS, pelo que não é certo que todos aqueles que atinjam a idade mínima

da reforma apresentem o pedido de aposentação. Aliás, o gabinete de Marta Temido desvaloriza as estimativas e garante que “em termos de aposentações de médicos especialistas em medicina geral e familiar não é de todo expectável que se verifique o total das aposentações previstas”.

“Por mais médicos de família que se formem, nunca se chega a resolver o problema, que nesta altura está muito localizado, se não forem adotadas medidas políticas de carácter excepcional”, alerta presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), em declarações ao Diário de Notícias. Se há zonas do país onde a cobertura é quase total (como a região Norte), noutras faltam médicos. É o caso da Grande Lisboa (em especial, nas zonas de Sintra e Almada) e também no Algarve. No centro de saúde da Alameda, no centro de Lisboa, por exemplo, trabalham 14 médicos, insuficientes para dar resposta a todos 42 961 utentes. Metade não têm clínico atribuído e a situação tem vindo a agravar-se com a transferência de utentes de outras freguesias. Em Lagos, a carência de médicos deixa sem clínico quase um quarto dos 33.143 utentes inscritos. **TC/SO**



Hospitalização

“Contamos que o nosso arranque



Os cuidados são prestados em casa “com segurança e com qualidade, retirando os riscos associados à permanência no hospital, nomeadamente os riscos de infeções”, explica o diretor clínico do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN), Luís Pinheiro



domiciliária arranca no Centro Hospitalar de Lisboa Norte

seja até seis doentes e depois, a prazo, passar para 10”, avança o diretor clínico, Luís Pinheiro.

O diretor clínico do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte (CHULN), Luís Pinheiro, afirmou que o “processo de preparação logística” e de divulgação junto dos parceiros desta “nova oferta” está a ser ultimado, esperando que “o arranque efetivo com os primeiros doentes” aconteça no início de janeiro.

“Contamos que o nosso arranque seja até seis doentes e depois, a prazo, passar para 10” e até ao final do ano triplicar esse valor, avançou o diretor do centro que agrega os hospitais Santa Maria e Pulido Valente, em Lisboa.

Luís Pinheiro explicou que a hospitalização domiciliária visa permitir que “doentes que carecem de cuidados hospitalares, de internamento, pela sua complexidade ou diferenciação possam ter esses cuidados, mas sem estar dentro das paredes do hospital”.

Os cuidados são prestados em casa “com segurança e com qualidade, retirando os riscos associados à permanência no hospital, nomeadamente os riscos de infeções”, argumentou.

Por outro lado, o doente tem maior comodidade porque faz em casa a terapêutica e tem acompanhamento como se estivesse no hospital, com “visitas dos médicos diariamente, ou sempre que necessário, e várias visitas de enfermeiros para avaliação terapêutica”, explicou Luís Pinheiro.

Porém, este modelo não abrange todos os casos. “Não estamos a querer substituir, nem a literatura o preconiza, todos os internamentos, muito pelo contrário”, a hospitalização domiciliária está dirigida e adaptada a doentes que preenham critérios clínicos, geográficos e sociais, sempre com a concordância do doente e da família.

“É essencial que os doentes tenham um apoio permanente em casa de um cuidador (...) e tenham capacidade também de fazerem a gestão do seu dia a dia”, referiu.

Como exemplo de situações que podem ser abrangidas por este modelo, Luís Pinheiro apontou a descompensação de insuficiência cardíaca com menor gravidade, as infeções respiratórias ou urinárias que precisam de tratamento hospitalar ou antibiótico às vezes endovenoso e descompensações respiratórias em doentes que tenha doença crónica.

A criação desta unidade levou a “uma adaptação importante”, porque as equipas são multidisciplinares, contando com médicos, enfermeiros, assistente social, assistente operacional, assistente técnico.

“É uma unidade autónoma, acaba

por funcionar como outra unidade da nova instituição e precisa de ter recursos, alguns deles alocados exclusivamente à unidade e outros que trabalham em participação com outras partes do hospital”, justificou.

A Unidade de Hospitalização Domiciliária, que será apresentada na terça-feira na conferência Cuidados Para Além das Fronteiras do Hospital, que assinala os 65 anos do Hospital de Santa Maria, enquadra-se na estratégia nacional definida pelo Ministério da Saúde de “implementar alternativas ao internamento clássico nos hospitais”.

“É realmente uma estratégia nacional, já há 21 outros hospitais no país que iniciaram este processo”, mas a nível de “grandes hospitais, nomeadamente em Lisboa, seremos dos primeiros a iniciar”, sublinhou. **SO/LUSA**

Ordem diz que critérios de colocação de recém-especialistas são “uma afronta”

A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos (SRCOM) acusa o Ministério da Saúde de ser o maior entrave à fixação de médicos no SNS.



“O Ministério da Saúde abriu vagas para 12 recém-especialistas de Medicina Geral e Familiar na região Centro (120 a nível nacional) mas são necessários 40 médicos de família nesta região”, aponta o Presidente da SRCOM, Carlos Cortes

Em comunicado enviado à agência Lusa, a SRCOM criticou o mapa de vagas para médicos especialistas por causa dos critérios de colocação, que “são uma afronta às

necessidades reais desta região”. “O Ministério da Saúde abriu vagas para 12 recém-especialistas de Medicina Geral e Familiar na região Centro (120 a nível nacional) mas são necessários 40 médicos de família nesta região”, frisou o presidente daquela estrutura, citado na nota.

Segundo Carlos Cortes, dos quase 400 médicos de família necessários ao país “não é compreensível que o Ministério da Saúde apenas disponibilize 120 vagas, limitando assim a escolha dos candidatos e dificultando a sua fixação no SNS”.

“Semelhante situação está a acontecer a nível hospitalar, isto é, as vagas necessárias a muitos hospitais estão a ser vedadas aos potenciais candidatos”, salientou.

Para o presidente da SRCOM, “o Ministério da Saúde está a

tornar-se no maior entrave à fixação dos médicos no SNS, sendo o único responsável caso a totalidade dos lugares a concurso não venha a ser preenchida, como seria desejável”.

A título de exemplo, Carlos Cortes adiantou que o atual concurso distribuiu vagas em Medicina Geral e Familiar e Saúde Pública pelos Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Baixo Mondego (2), Baixo Vouga (1), Cova da Beira (1), Dão Lafões (2), Pinhal Interior Norte (2), Pinhal Litoral (2), Guarda (2) e Saúde Pública (2).

“Já para as áreas hospitalares foram atribuídas 75 para a região Centro, distribuídas pelo Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (6), IPO de Coimbra (2), Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (7), Centro Hospitalar Baixo Vouga (5), Centro Reabilitação Região

Centro - Rovisco Pais (1), Centro Hospitalar de Leiria (11), Centro Hospitalar Cova da Beira (19), Centro Hospitalar Tondela-Viseu (7), Unidade Local de Saúde da Guarda (12) e Hospital da Figueira da Foz (5)”, refere o comunicado.

O presidente do SRCOM considerou que “este tipo de concursos não tem favorecido a contratação de médicos para o SNS, tal como em todos os anteriores”.

“Essa é uma evidência. Estranha-se que o Ministério da Saúde insista num procedimento em que não são propostos todos lugares necessários para possibilitar uma oferta mais vasta e mais capaz de fixar os médicos no SNS”, lamentou Carlos Cortes, acrescentando que, “desta forma”, a tutela vai “deixar milhares de utentes sem acesso adequado e atempado aos cuidados de saúde”. SO/LUSA

Governo autoriza abertura de mais 20 USF

Oito delas estão em condições de iniciar atividade ainda em 2019.

As restantes USF modelo A entrarão em funcionamento a partir dos primeiros meses de 2020, adianta uma nota à comunicação social do gabinete da ministra da Saúde, Marta Temido.

“Está autorizada a abertura de mais USF, até ao limite de 20. Destas novas USF, oito estão já em condições de iniciar atividade até 31 de dezembro, sendo que as restantes entrarão em funcionamento a partir dos primeiros meses do ano”, precisa a nota.

O Ministério da Saúde afirma que, “sem prejuízo de terem sido

já criadas 20 USF modelo A durante o ano de 2019, existem agora mais equipas que reúnem os requisitos para iniciar o funcionamento neste modelo de organização”.

“Com a constituição destas USF, prossegue-se o compromisso de generalização deste modelo a todo o país, considerando que os cuidados de saúde primários constituem o melhor caminho para atingir a meta de cobertura universal através de cuidados de saúde personalizados à população”, sublinha.

Nos últimos quatro anos, entraram em funcionamento 104

novas Unidades de Saúde Familiar.

O número de USF a constituir é estabelecido, anualmente, por despacho dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das Finanças e da Saúde. Criadas em 2005, as Unidades de Saúde Familiar foram fundadas como uma forma alternativa ao habitual centro de saúde, prestando também cuidados primários de saúde, mas com autonomia de funcionamento e sujeitas a regras de financiamento próprias, baseados também em incentivos financeiros a profissionais e à própria organização.

O modelo A de USF corresponde a uma fase de aprendizagem e de aperfeiçoamento do trabalho em equipa de saúde familiar, ao mesmo tempo que constitui um primeiro contributo para o desenvolvimento da prática da contratualização interna. “É uma fase indispensável nas situações em que esteja muito enraizado o trabalho individual isolado e/ou onde não haja qualquer tradição nem práticas de avaliação de desempenho técnico-científico em saúde familiar”, segundo a Administração Central do Sistema de Saúde. SO/LUSA

Brimica[®] Genuair[®]

broneto de acilidínio + formoterol

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



*Acilidínio 400 µg ou Formoterol 12 µg



A. MENARINI PORTUGAL

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

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

Referências bibliográficas:

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

RCM disponível a pedido.

Brim34_1/2017

Informações Essenciais Compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. 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 acilidínio (equivalente a 340 microgramas de acilidínio) e 11,8 microgramas de fumarato de formoterol di-hidratado. Corresponde a uma dose medida de 400 microgramas de brometo de acilidínio (equivalente a 343 microgramas de acilidínio) e uma dose medida de 12 microgramas de fumarato de formoterol di-hidratado. Cada dose administrada contém aproximadamente 11 mg de lactose (mono-hidratada). Po branco ou esbranquiçado num inalador branco com um indicador de dose integrado e um botão de dosagem laranja. Indicações terapêuticas: Brimica Genuair é indicado como tratamento broncodilatador de manutenção para aliviar sintomas em doentes adultos com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). **Posologia e modo de administração:** Posologia: A dose recomendada é de uma inalação de Brimica Genuair 340 microgramas/12 microgramas duas vezes por dia. Se for omitida uma dose, esta deverá ser tomada assim que for possível e a dose seguinte 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 glicose-galactose não devem tomar este medicamento. **Interações medicamentosas e outras formas de interação:** A coadministração de Brimica Genuair com outros medicamentos contendo anticolinérgicos e/ou agonistas β2-adrenérgicos de longa duração de ação não foi estudada, pelo que a mesma não é recomendada. O tratamento concomitante com derivados da metixantina, 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 - Farmacêutica, S.A., Quinta da Fonte, Edifício D. Manuel I, Piso 2 - A, Rua dos Malhões nº. 1, 2770-071 Paço de Arcos, Portugal, Tel: +351 210 935 500

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

Médicos estrangeiros atingem valor mais alto da última década

O número de médicos estrangeiros registados em Portugal situa-se em 4.192, mais 9,1% face a 2009.



“Existem muitos médicos da Europa, mas também de outros países, porque o acesso à especialidade em Portugal não tem tantos candidatos como acontece, por exemplo, em Espanha e em Itália, que são países com um método de acesso à especialidade semelhante ao nosso, que começam a deslocar-se a Portugal”, aponta Miguel Guimarães

A maioria dos médicos são oriundos de Espanha (1.650), seguidos do Brasil (790), da Ucrânia (213), da Itália (197), de Cuba (160) e da Alemanha (148).

Os dados divulgados à agência Lusa mostram a evolução do número de médicos estrangeiros em Portugal nos últimos 10 anos. Em 2009, estavam registados 3.842, número que subiu no ano seguinte para 3.937 e para 4.044 em 2011. Em 2012, o número de médicos estrangeiros no país baixou para 3.762, mas desde então tem vindo sempre a subir: 3.739 (2013), 3.779 (2014), 3.853 (2015), 3.943 (2016), 4.047 (2017), 4.083 (2018) e 4.192 (2019), representando cerca de 8% do total de médicos a exercer em Portugal, que totalizavam 53.657 em 2018.

Dados da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), também



divulgados à Lusa, precisam que, em 2018, 1.758 médicos estrangeiros exerciam funções em estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS), não incluindo as parcerias público-privadas (PPP), menos 12 face ao ano anterior e menos 50 relativamente a 2016.

A maioria (728) trabalha em hospitais, 509 nos cuidados de saúde primários e trinta na área de Saúde Pública. Os restantes 491 exercem noutras áreas não especificadas nos dados.

A região de Lisboa e Vale do Tejo é a que concentra o maior número de médicos (625), seguida da região Norte (439), do Alentejo (276), do Centro (222) e do Algarve (196). Entre 2016 e 2018, o número de médicos de Medicina Geral e Familiar aumentaram de 81 para 174 em Lisboa e Vale do Tejo, enquanto no Algarve baixaram de 157 para 75.

Neste período, o número de médicos a trabalhar em hospitais em Lisboa e Vale do Tejo mais do que duplicou, passando de 100 em 2016, para 273 em 2018.

Já no Algarve houve uma baixa acentuada de 339 médicos em

2016, para 62 em 2018, referem os dados. Nas restantes regiões do continente, os números não sofreram grandes oscilações.

Em declarações à Lusa, o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, apontou como possível explicação para o aumento de médicos estrangeiros o facto de haver cada vez mais médicos que vêm fazer o exame de acesso à especialidade em Portugal.

“Existem muitos médicos da Europa, mas também de outros países, porque o acesso à especialidade em Portugal não tem tantos candidatos como acontece, por exemplo, em Espanha e em Itália, que são países com um método de acesso à especialidade semelhante ao nosso, que começam a deslocar-se a Portugal”, justificou.

“É por isso que, sobretudo nos últimos três anos, o número de candidatos que vêm de fora é cada vez maior”, considerou.

A maior parte destes médicos concorrem à especialidade e acabam por ficar. Há outros que apesar de não entrarem na especialidade também ficam a trabalhar em Portugal.

“Muitos desde médicos, ou alguns, pelo menos, vêm dos países da Europa de Leste”, onde “as condições de trabalho também não são boas e os salários são muito baixos e as pessoas acabam por vir para Portugal também nessa perspetiva”, explicou Miguel Guimarães.

Também há alguns médicos oriundos da Alemanha e do Reino Unido, mas que “são poucos” e normalmente trabalham no setor privado ligados à investigação, às novas tecnologias e na área da indústria farmacêutica.

Por outro lado, “Portugal, apesar de tudo, tem condições excelentes para as pessoas trabalharem, tem um clima fantástico, uma comida extraordinária, tem segurança, nomeadamente no que diz respeito aos atentados, as pessoas são afáveis e penso que isso também dá um contributo”, sublinhou o bastonário.

As “afinidades” relacionadas com a Língua Portuguesa também fazem com que Portugal seja uma referência na Europa para os médicos dos países de expressão portuguesa, concluiu. **SO/LUSA**



PPP de Vila Franca de Xira poupou 30 milhões ao Estado

Tribunal de Contas critica decisão do governo de cessar o contrato de gestão privada do hospital, que entre 2013 e 2017, gerou poupanças de 30 milhões.

Os dados divulgados à agência Segundo o relatório de auditoria do Tribunal de Contas à execução do Contrato de Gestão do Hospital de Vila Franca de Xira (HVFX), entre 2013 e 2017, a opção PPP permitiu “aumentar substancialmente a oferta de cuidados de saúde à população”, crescendo a atividade de internamento em ambulatório, que quase duplicou, e aumentando em 76% o número de consultas externas.

“A produção de cuidados de saúde no âmbito da PPP do Hospital de Vila Franca de Xira permitiu ao Estado obter uma poupança estimada de €30M, entre 2013 e 2017, face aos custos em que incorreria, em média, se aquela produção fosse realizada por hospitais do SNS de gestão pública, comparáveis, no mesmo período”, refere o Tribunal de Contas.

A comparação do desempenho da gestão hospitalar no Hospital de Vila Franca de Xira no contexto

do SNS concluiu por “uma maior eficiência económica – em 2017, apresentou os segundos mais baixos custos operacionais por doente padrão (2.653 €)-”, e por uma “eficiência operacional acima da média”, traduzindo uma “elevada utilização da capacidade instalada de internamento e cirurgia”.

Os hospitais de gestão pública que mais se aproximaram nos custos operacionais por doente padrão foram o Centro Hospitalar de S. João (Porto) e o Hospital de Santa Maria Maior (Barcelos), ambos com 2.740€. Apesar do crescimento da atividade e de a produção efetiva neste hospital ter vindo a ser, desde 2015, superior à produção contratada, “o acesso a consultas externas de especialidade e à cirurgia deteriorou-se, com o aumento das listas de espera e dos tempos médios de espera”, refere o relatório.

“Nas cirurgias os indicadores de acesso são inferiores à média dos outros hospitais comparáveis”, acrescenta.

O Tribunal de Contas lembra que a avaliação realizada pelo Estado ao desempenho da entidade gestora do estabelecimento “foi globalmente positiva”, mas sublinha que a vertente de satisfação dos utentes “não foi considerada dada a inexistência de informação comparável apurada pelo Ministério da Saúde, nos hospitais de gestão pública”.

Com os dados recolhidos, o Tribunal de Contas recomenda ao Ministério da Saúde que, considerando a relação custo-benefício desta PPP para os contribuintes, garanta que a decisão de lançar novo concurso (para PPP) ou reverter para a gestão direta do Estado “se baseie em evidência que demonstre a relação custo-benefício da decisão, na ótica do Estado, dos contribuintes e dos utentes do SNS”.

Reforça ainda as recomendações já formuladas em anteriores relatórios no sentido de determinar a extensão, a todos os hospitais do

SNS, da “obrigatoriedade de monitorização dos indicadores de desempenho e de resultado previstos nos Contratos de Gestão das PPP”.

A intenção é impor aos hospitais de gestão pública os mesmos níveis de monitorização e exigência, na prestação de serviços aos utentes do SNS.

Esta auditoria teve como objetivo avaliar a relação custo-benefício para o Estado da PPP do Hospital de Vila Franca, que abrangeu a conceção, construção, financiamento e exploração do novo hospital, em substituição do antigo Hospital Reynaldo dos Santos.

O grupo José de Mello Saúde, que é o maior acionista da entidade gestora da unidade hospitalar, comunicou em setembro que vai abandonar a gestão do Hospital de Vila Franca de Xira em 31 de maio de 2021, data em que termina o contrato de PPP.

A decisão do grupo foi justificada com “a incerteza quanto ao prazo de renovação e ao modelo de gestão”.

Esta posição surgiu depois de, em junho, a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo ter divulgado que o Estado não iria renovar, por mais 10 anos, o contrato de PPP do Hospital de Vila Franca de Xira, mas tinha proposto um alargamento por um período adicional até três anos.

Na altura, em declarações aos jornalistas, a ministra da Saúde, Marta Temido, justificou a não renovação da PPP do Hospital de Vila Franca de Xira até 2031 com as atuais necessidades da população.

O recurso ao modelo de PPP nesta unidade hospitalar permitiu ao Estado substituir uma unidade hospitalar degradada, diferindo no tempo os encargos associados à construção e ao apetrechamento do novo hospital.

O atual Hospital de Vila Franca de Xira tem 313 camas de internamento e um bloco operatório com nove salas cirúrgicas e serve uma população de cerca de 245 mil utentes na sua área de influência (Alenquer, Arruda dos Vinhos, Azambuja, Benavente e Vila Franca de Xira). **SO/LUSA**

Médica em “absoluto isolamento” e sem funções nos Hospitais de Coimbra

O Sindicato dos Médicos garante que uma médica dirigente sindical está em “absoluto isolamento” após ter apresentado uma queixa por assédio moral.



“A situação é insustentável e assume uma dimensão institucional: o CHUC está acusado de assédio moral sobre uma dirigente sindical”, acusa Noel Carrilho, presidente do Sindicato dos Médicos da Zona Centro

Segundo o presidente do Sindicato dos Médicos da Zona Centro, Noel Carrilho, a médica em questão “não tem qualquer função atribuída, não estando o seu nome em qualquer escala/horário do Serviço de Sangue e Medicina Transfusional (SSMT), a que está afeta, ou do Serviço de Urgência” desde 04 de outubro, dia em que apresentou queixa no Tribunal de Trabalho de Coimbra por assédio moral.

“A situação é insustentável e assume uma dimensão institucional: o CHUC está acusado de assédio moral sobre uma dirigente sindical e após mais de dois anos continua a insistir que todas as situações de alegado assédio não o são e que tudo isto não passa de uma falsa acusação”, disse o dirigente, em conferência de imprensa.

Médica, que ali trabalha há 15 anos, “desespera”

De acordo com Noel Carrilho, desde há dois anos que a médica em causa, com uma ligação àquela

unidade hospitalar de cerca de 15 anos, “desespera” para ser reintegrada no seu posto de trabalho no Serviço de Sangue e Medicina Transfusional, após o gozo de licença parental.

Saliendo que a clínica “vive diariamente um inferno”, o dirigente sindical considera incompreensível que o CHUC “mantenha esta trabalhadora afastada das suas funções e remetida a atender telefonemas e a realizar trabalho menor no Hospital de Dia do SSMT e os seus utentes privados do trabalho da médica mais diferenciada na área da coaguloatias congénitas em idade pediátrica”.

“Que não restem dúvidas, há dois anos consecutivos que os utentes em idade pediátrica do Centro de Referência de Coagulopatias Congénitas não têm podido usufruir dos cuidados de saúde da única médica com experiência em coagulopatias congénitas em idade pediátrica”, sublinhou.

O presidente do SMZC referiu que

a médica em causa recebeu em novembro “um prémio internacional” e que foi especificamente contratada para exercer funções no SSMT, sendo que só com o seu contributo “foi possível ao CHUC o reconhecimento como Centro de Referência de Coagulopatias Congénitas”.

Noel Carrilho considera incompreensível que a unidade hospitalar “nunca tenha desencadeado qualquer processo disciplinar depois de efetuada, em setembro de 2018, a respetiva queixa pela trabalhadora médica, na altura delegada sindical, estando legalmente obrigado a tal”.

As críticas estendem-se também à Autoridade para as Condições de Trabalho, que, tendo recebido a queixa em setembro, se recusou a assumir o processo ou desencadear qualquer diligência”.

“Por outro lado, e mais grave ainda, é incompreensível que a Inspeção-Geral das Atividades em Saúde, igualmente recetora da queixa, tenha desencadeado um processo que arquivou com o simples envio

de uma exposição do presidente do conselho de administração do CHUC, sem nunca ter ouvido a participante/trabalhadora e limitando-se a aceitar a ‘palavra’ de que a situação estava resolvida e que não existia qualquer assédio”, frisou.

O sindicalista salientou ainda que foram desenvolvidos esforços junto do conselho de administração para resolver a situação, com várias reuniões em que o assunto foi debatido. Porém, acrescentou, a administração tem estado a “negar evidências” e “continua a aceitar e a cometer assédio moral sobre uma dirigente sindical”.

“Ao longo de mais de 40 anos de vida, não há memória de um comportamento tão reiterado, tão inconspícuo e tão vexatório por parte do CHUC contra uma dirigente sindical”, enfatizou Noel Carrilho, que perante “a absoluta inércia de todas as instituições que receberam a queixa” pondera solicitar a intervenção direta da Ministra da Saúde. ❤️ SO/LUSA



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 2018/11/7); **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. Vogelmeier CF, Gaga M, Adamian-Mattheis M, Rauerich T, Lignot S, et al. Efficacy and safety of direct switch to indacaterol/glycopyrronium in patients with moderate COPD: the CRYSTAL open-label randomised trial. *Respir Res*. 2017 Jul 18;18(1):140; 4. Mollmar M, Raheerich T, 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 (Resimat[®], 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. Xoterna Breezhaler não deve ser usado no tratamento da 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 bronquite. **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. **broncospasma paradoxal:** administração de Xoterna Breezhaler pode resultar em broncospasma 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 antioligoméricos 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 tetroxose, 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. Xoterna Breezhaler contém lactose. Doentes com problemas hereditários raras de intolerância à galactose, deficiência total de lactase ou má absorção de glicose-galactose não devem tomar este medicamento. **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 coelíacos) exceto se existirem razões imperiosas para a sua utilização. Os fármacos conhecidos por prolongar o intervalo QT podem aumentar o risco de arritmia ventricular. A administração concomitante de outros agentes simpaticomiméticos pode potenciar os efeitos indesejáveis. O tratamento concomitante com derivados da metformina, corticosteroides ou diuréticos não-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 antioligoméricos 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 antioligoméricos 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, glaucoma, doença cardíaca isquémica, fibrilhação atrial, taquicardia, palpitações, broncospasma paradoxal, distonia, agitação, gastroenterite, xerostomia, prurido/eritema, dor musculoesquelética, espasmos musculares, mialgia, dor nas extremidades, edema periférico e fadiga. **Raros (<1/1000, <1/1000):** paralisias. **Reação adversa observada com Xoterna Breezhaler mas não com os componentes individuais:** TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO: Novartis European Limited. REPRESENTAÇÃO LOCAL: Laboratório Medinfar-Produtos Farmacéuticos, S.A. Rua Manuel Ribeiro de Paiva, 1, 1ª Venda Nova 2700-547 Amadora. Escalão de comparticipação: B (69%). Medicamento sujeito a receita médica. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM/representante local do titular da AIM. XOT_RCM201805_JEC_N07

Número verde: 800 204 661

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

Tel. 21 499 74 00 | Fax. 21 499 74 97 | email: medinfar@medinfar.pt | www.medinfar.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
MEDINFAR
Compromisso com o Saúde

ROSA VALENTE MATOS

Novo hospital em Lisboa. “Capuchos e São José não aguentam muito mais tempo”

O futuro Hospital de Lisboa Oriental “tem mesmo de ser uma realidade”, alerta a presidente do Centro Hospitalar Lisboa Central.



Em entrevista à agência Lusa, a presidente do Centro Hospitalar Lisboa Central, que será substituído pela nova unidade, estima que o futuro Hospital de Lisboa Oriental leve a um aumento de produção de pelo menos 25% em relação ao que atualmente fazem as seis unidades de saúde que vão ser substituídas.

Rosa Valente Matos sublinha que o Lisboa Oriental “tem mesmo de ser uma realidade”, sob pena de terem de se encontrar alternativas.

“O Hospital dos Capuchos não aguenta muito mais tempo, não tem capacidade em termos de infraestrutura para aguentar muito tempo, uns três ou quatro anos, no máximo”, sublinha a responsável.

Também o Hospital de São José “não aguenta muitos mais anos”, sendo que as instalações e estruturas estão velhas, muitas vezes degradadas e necessitariam de obras profundas.

“É impossível fazer grandes obras no São José ou nos Capuchos. Vamos fazendo pequenas obras, porque tem de haver condições mínimas de trabalho. Mas os portugueses não iam perceber se gastássemos uns milhões em São José ou nos Capuchos. Uma coisa é tratar, recuperar, tornar os espaços agradáveis para profissionais e doentes. Outra coisa é fazer grandes obras que ninguém compreenderia”, argumenta Rosa Valente Matos.

Uma das obras em curso em São José é a recuperação e reformulação da urgência, obra que


deverá estar concluída durante o mês de janeiro e que representou um investimento de 1,2 milhões de euros, decorrendo sem que o serviço de urgência fosse interrompido.

Rosa Valente Matos calcula que dentro de quatro ou cinco anos as unidades do Lisboa Central possam estar no novo hospital, estimando que a produção e a gestão dos profissionais melhorem com a futura unidade.

“É uma estrutura com seis hospitais. Temos três urgências a funcionar: São José, Estefânia e Maternidade Alfredo da Costa. Imagine-se tudo isto concentrado. Em termos de produção, aumentaria no mínimo 25%. Até a gestão de recursos humanos seria diferente” defende.

Oito empresas chegaram a apresentar já propostas no concurso público internacional para a construção e manutenção do futuro Hospital de Lisboa Oriental.

O concurso público internacional em curso visa a conceção e construção do Hospital de Lisboa Oriental, em regime de Parceria Público-Privada nesta parte da construção e não na gestão clínica.

A instalar em Marvila numa área de 180.000 m², o novo hospital poderá estar construído em 2023 e terá uma capacidade mínima de 875 camas. O hospital vai representar para o operador privado um investimento de cerca de 330 milhões de euros e, para o Estado, estima-se uma renda anual que poderá rondar os 16 milhões de euros durante 27 anos do contrato.  **SO/LUSA**



São José cria consulta pós-urgência e põe ‘hospedeiros’ a ajudar utentes

Hospital criou uma consulta pós-urgência que garante a observação de doentes em 24 a 72 horas, para evitar internamentos desnecessários.

Desta forma, o hospital espera reduzir o afluxo de utentes que são utilizadores frequentes das urgências.

Esta é uma das novidades no serviço de urgência do São José, que começou a funcionar há cerca de duas semanas, a par com a criação da figura do hospedeiro, um profissional que na urgência faz a ligação entre os utentes, os acompanhantes e os restantes profissionais de saúde.

Em entrevista à agência Lusa, a presidente do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Central (CHULC), que integra o São José, explicou que cabe aos médicos de medicina interna em serviço na urgência identificar os utentes que podem ir para casa mas que precisam de uma avaliação médica no prazo de três dias, encaminhando o doente para essa consulta pós-urgência.

Médico ou enfermeiro fazem contactos telefónicos

Até à efetivação da consulta, um

enfermeiro ou um médico fazem contactos telefónicos com o doente e com a família para perceber a evolução da situação.

Segundo a presidente do CHULC, Rosa Valente Matos, esta consulta tem também o objetivo de reduzir a procura das urgências por parte dos utilizadores frequentes.

“Temos o levantamento dos frequentadores que vêm mais de quatro vezes por ano à nossa urgência. Pretendemos retirá-los do serviço de urgência e encaminhá-los, sim, para o seu médico de família ou centro de saúde”, defendeu a responsável.

Para isso, a consulta pós-urgência contacta diretamente com o centro de saúde da área de residência do doente, de forma a poder encaminhá-lo para um correto encaminhamento.

“Temos uma boa articulação. E é tudo feito sem papel e o doente tem pouca interferência em termos de processo. Garantindo que tudo lhe é facilitado e que não anda perdido no sistema, com uma

verdadeira integração de cuidados. Pretende-se que o doente perceba que há uma equipa no hospital e no centro de saúde”, explicou Rosa Valente Matos.

Em duas semanas de funcionamento, esta consulta pós-urgência já conseguiu evitar o internamento de pelo menos 10 doentes.

Os ‘hospedeiros’ que ajudam os doentes

A urgência do São José decidiu também criar a figura do hospedeiro, com o objetivo de orientar ou apoiar os doentes enquanto estão ou aguardam na urgência, bem como os seus familiares.


A função foi criada há cerca de sete meses e, segundo a presidente do Centro Hospitalar, tem ajudado não só os doentes como todos os outros profissionais de saúde, libertando-os para as suas funções essenciais.

“Retirou stress dos profissionais. As pessoas deixaram de correr à procura do médico ou enfermeiro a pedir informações. Muitas

vezes, os hospedeiros apoiam os utentes até no ato de ir tomar um café ao bar ou levando informação ao familiar que está na sala de espera”, exemplificou Rosa Matos.

Até ao momento, a função conta com três elementos, que asseguram a urgência das 10:00 às 23:00 durante a semana e aos fins-de-semana e feriados em horário mais reduzido.

Sofia Oliveira, uma das hospedeiras, resume os objetivos da sua função: “o principal é fazer de elo de ligação entre profissionais, utentes e acompanhantes. As pessoas sentem necessidade de informação, de ajuda para saber como está a sua situação. Tentamos fazer a ligação com quem pode informar”.

É também uma forma de tranquilizar utentes e famílias que “muitas vezes estão muitas horas à espera”, sempre com a vertente do serviço social, fundamental num hospital que abrange uma população envelhecida.  **SO/LUSA**

Auditoria aponta falhas ao internato médico. Bastonário contesta

A avaliação das capacidades de formação de médicos no SNS tem sido subjetiva e pouco documentada, segundo uma auditoria externa, que aponta falhas no processo, nomeadamente à Ordem.



“Tem de se dizer quais são os critérios de idoneidade que estão mal e o que está mal nos programas de formação. Não se pode aqui mandar aqui uma boquita para o ar”, contesta o Bastonário, Miguel Guimarães

As conclusões constam do relatório, a que a agência Lusa teve acesso, da auditoria externa pedida pelo Ministério da Saúde e realizada pela EY, e que analisa os procedimentos que desencadeiam o internato médico (formação especializada de médicos).

A atribuição de vagas para o internato tem todos os anos por base a definição da idoneidade e capacidade de formação dos serviços de saúde. As vagas são abertas pelo Ministério da Saúde, mas com base na identificação das capacidades por parte da Ordem dos Médicos.

A auditoria aponta falhas neste processo de avaliação da idoneidade e capacidades formativas, indicando que falta uniformização e documentação do processo, o que aumenta a ineficiência, além de a avaliação ser subjetiva.

“Não se verificou a existência de práticas uniformes e documentadas de revisão periódica dos

critérios de idoneidade e capacidade por parte da Ordem dos Médicos. Alguns colégios de especialidade assinalaram que existem critérios pouco adequados face à evolução e contexto atual da sua especialidade, tendo sido referido que os critérios se encontram em revisão”, refere o documento.

Como consequência, a auditoria entende que pode haver diferentes avaliações dos critérios e, logo, uma desadequação desses critérios a cada especialidade médica, podendo assim levar a uma subjetividade na avaliação das idoneidades e das capacidades formativas de cada serviço.

A questão da subjetividade pode, segundo os auditores, “afetar ligeiramente o aproveitamento da capacidade formativa”.

Como recomendações, a auditoria sugere que seja criado um manual de regras e procedimentos com a metodologia de trabalho, com as atividades e que permita uniformizar o processo entre as várias entidades envolvidas.

Propõe ainda uma uniformização dos processos de revisão dos questionários e dos critérios de avaliação da idoneidade e capacidade formativa pela Ordem dos Médicos e que se torne obrigatório que todos os serviços preencham os questionários de idoneidade para “melhorar a clareza do processo e a adequação à realidade das especialidades” médicas.

Miguel Guimarães: “Tem de se dizer quais são os critérios de idoneidade que estão mal”

O bastonário da Ordem dos Médicos disse hoje à agência Lusa que algumas das falhas apontadas por uma auditoria externa



ao processo do internato médico “são subjetivas” e carecem de uma maior fundamentação. Miguel Guimarães, considerou que subjetiva são as conclusões do relatório, uma vez que “não esclarece quais são as falhas que existem”.

“Eles dizem que há alguma subjetividade, mas eu tenho de perceber quais são as falhas e em que especialidades se detetaram as falhas. Tem de se dizer quais são os critérios de idoneidade que estão mal e o que está mal nos programas de formação. Não se pode aqui mandar aqui uma boquita para o ar”, apontou.

No entanto, o bastonário adiantou que, na segunda-feira, irá ocorrer uma reunião no ministério da Saúde, com a presença da

ministra, Marta Temido, para apresentação e discussão do relatório da auditoria.

Miguel Guimarães comentou, igualmente, outra das conclusões da auditoria que apontam que o número de jovens médicos sem acesso a formação especializada vai aumentar, porque nas atuais condições das unidades do SNS será difícil manter o crescimento das vagas para especialização.

“Aquilo que os auditores concluíram, nós já tínhamos concluído. É difícil arranjar mais vagas para a formação médica enquanto tivermos médicos a saírem todos os dias do SNS. Seja médicos mais novos ou com mais experiência, precisamos de mais gente e de mais formadores”, defendeu. **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

Programa FOCUS promete erradicar hepatite C na Madeira

A implementação do programa, financiado pela Gilead Sciences, promete influir decisivamente no rastreio do VIH bem como das hepatites virais naquela região, uma vez que permitirá reduzir o tempo entre o rastreio, o diagnóstico e o tratamento.

O programa FOCUS foi apresentado no passado dia 22 de novembro, numa cerimónia que decorreu na sala de conferências da Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil da Madeira, perante uma plateia composta por várias dezenas de pessoas, entre as quais médicos de especialidades como Infeciologia e Gastroenterologia. A presidir à cerimónia esteve o secretário regional de Saúde e Proteção Civil, Pedro Ramos.

A implementação do programa FOCUS, financiado pela empresa biofarmacêutica Gilead Sciences, promete influir decisivamente no rastreio do vírus da imunodeficiência humana (VIH) bem como das hepatites virais naquela região, uma vez que permitirá reduzir o tempo entre o rastreio, o diagnóstico e o tratamento, respondendo a diversas recomendações internacionais, designadamente da OMS e da UNAIDS.

O Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM) irá fazer o tirocínio, dado que é a primeira organização pública selecionada em Portugal para desenvolver este projeto, que chega à ilha na sequência de um acordo de colaboração celebrado entre o Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM, o SESARAM e a Gilead Sciences, promotora da iniciativa nos EUA e entidade financiadora do projeto no nosso país.

Em que consiste o programa FOCUS?

O FOCUS é uma iniciativa de saúde pública cujo fito consiste em desenvolver e implementar as melhores práticas no rastreio e



diagnóstico dos vírus transmissíveis pelo sangue, como é o caso do VIH e hepatites virais, fazendo-o de acordo com as diretrizes de rastreio de cada país e com ligação concomitante aos cuidados de saúde.

Tendo surgido em 2010, nos Estados Unidos da América, o projeto já apoiou mais de 300 organizações em menos de uma década. Este programa de saúde pública tem prestado um inestimável contributo neste âmbito, tendo viabilizado até ao momento a realização de mais de nove milhões de

rastreios sanguíneos para o VIH, bem como para as hepatites B e C, em diversos países.

Médicos acreditam na erradicação da hepatite C antes de 2030

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu para todos os países o objetivo de erradicar a hepatite C como problema de saúde pública até 2030.

Investigadores do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa mostram-se relutantes quanto à possibilidade de Portugal alcançar essa meta de

forma tempestiva (antes de 2030). Ora, os profissionais de saúde madeirenses, mais concretamente os médicos, têm uma visão diametralmente oposta, sendo unânimes na convicção de que a meta é atingível na Madeira. Muito por causa do programa FOCUS.

Instado a pronunciar-se sobre a prossecução deste objetivo, Luís Jasmins, diretor do Serviço de Gastroenterologia do SESARAM, foi perentório. “Acho que a Madeira, com a ajuda do programa FOCUS, vai conseguir erradicar a hepatite C antes do resto do país”, começou por dizer, reiterando: “Nós vamos com certeza erradicar a hepatite C antes de 2030. Temos expectativas muito boas face a este programa”. Vítor Magno Pereira, médico gastroenterologista no Hospital Dr. Nélio Mendonça, no Funchal concorda, manifestando-se confiante na exequibilidade do objetivo de erradicar a hepatite C antes do prazo estipulado pela Organização Mundial de Saúde, facto a que não é alheia a implementação do FOCUS naquela região.

“Agora com este reforço (FOCUS) na Madeira acabamos por ter uma grande vantagem relativamente ao resto do país e estamos confiantes de que vamos conseguir atingir os objetivos. Estamos numa posição favorável para o fazer antes do tempo”, ressalta.

Ana Paula Reis, diretora do Serviço de Infeciologia do SESARAM, tece comentários laudatórios acerca do programa, referindo que o mesmo será “muito importante” no que concerne ao “diagnóstico precoce”. “O programa FOCUS vai ser muito importante porque vamos conseguir diagnosticar mais cedo e com



“A Madeira, ao iniciar este projeto, conta também poupar dinheiro, não só nas cirroses, não só no aparecimento do cancro hepático, mas também na necessidade de transplante”, sublinhou Pedro Ramos, secretário regional da Saúde.



“O algoritmo informático vai permitir identificar automaticamente os utentes que devem ser rastreados”, explica o Dr. Vítor Pereira, médico gastroenterologista no Hospital Dr. Nélio Mendonça, no Funchal.



“Vamos conseguir diagnosticar mais cedo e com esta facilidade nos testes não há dúvida de que tudo correrá melhor” garante Ana Paula Reis, diretora do Serviço de Infeciologia do SESARAM.

esta facilidade nos testes não há dúvida de que tudo correrá melhor. Vai ser uma mais-valia para o diagnóstico precoce, que é isso que se pretende. Estamos a tratar da hepatite C até 2030 e queremos também erradicar a infeção pelo VIH. Este projeto será sem dúvida uma mais-valia”, afirma.

Também o titular da pasta da Saúde, Pedro Ramos, prevê a erradicação da hepatite C na Madeira antes do prazo estipulado pela OMS.

“Estou convicto de que o programa FOCUS pode contribuir para erradicar a hepatite C na Região antes de 2030, uma vez que a Madeira tem características de laboratório onde será muito mais fácil implementar esta estratégia, acompanhá-la e conseguir os resultados muito mais atempadamente. Temos boas expectativas face a este programa”.

“Este projeto permite poupanças”, diz Pedro Ramos

O secretário regional de Saúde e Proteção Civil da Madeira destaca a importância do projeto FOCUS na prossecução do intento não só de “eliminar a hepatite C da Região Autónoma da Madeira”, mas também de “cumprir com os compromissos estabelecidos pela OMS no que diz respeito ao VIH, que são os objetivos dos 90-90-90 (90% dos indivíduos com VIH diagnosticados, 90% dos utentes diagnosticados submetidos a tratamento e 90% dos doentes em tratamento com cargas virais indetetáveis).

O governante refere que o FOCUS “permite poupanças porque a hepatite C é uma doença que, se não for tratada, pode evoluir para a cirrose, para o cancro hepático e pode levar à falência do órgão (fígado) ocasionando a necessidade de transplante”.

“A Madeira, ao iniciar este projeto, conta também poupar dinheiro, não só nas cirroses, não só no aparecimento do cancro hepático, mas também na necessidade de transplante, evitando assim custos acrescidos”, reforça Pedro Ramos, revelando que existem “cerca de 600 doentes com hepatite C já

sinalizados na nossa plataforma, dos quais 470 estão já com o tratamento finalizado”.

“Com este programa alargamos a nossa atuação aos mais importantes vírus transmitidos pelo sangue, o VIH e os vírus das hepatites B e C, num modelo integrado disponibilizado a toda a população, nos centros de saúde e nos hospitais, através de algoritmos informáticos avançados que vão permitir diagnosticar mais pessoas, garantindo em simultâneo o melhor uso e poupança de recursos”, resume o titular da pasta da Saúde na Madeira.

Pelo menos 40 mil rastreios no primeiro ano

“No programa de rastreio da Madeira, o algoritmo informático vai permitir identificar automaticamente os utentes que devem ser rastreados, com base em critérios bem definidos e sem que os médicos tenham de perder tempo precioso da consulta. Ao mesmo tempo, um utente que já tenha sido rastreado no centro de saúde não voltará a fazê-lo uma segunda vez se for visto no hospital, e com isso vamos evitar desperdícios importantes”, explica o gastroenterologista Vítor Magno Pereira.

De acordo com o clínico, as estimativas apontam para que sejam realizados pelo menos 40 mil rastreios no primeiro ano. Não obstante, lembra que “é difícil fazer essa estimativa, porque vai depender dos utentes que vão ao Serviço de Saúde e se já realizaram testes prévios ou não”.

Os rastreios serão realizados nos seguintes locais: Unidades de Cuidados de Saúde Primários; Hospitais, Casas de Saúde, Estabelecimento Prisional; Unidade de Tratamento de Toxicod dependência; Associação Protetora dos Pobres e Centros Comunitários.

Programa será implementado faseadamente

O programa FOCUS será implementado paulatinamente, conforme explicou o gastroenterologista Vítor Magno Pereira. “Este é um plano que se pretende transversal a todo o Sistema Regional de Saúde e que vai ter fases

diferentes para não implementarmos tudo de uma vez. Os clínicos vão ter formação sobre este plano, que pretende integrar todos os médicos do sistema público de saúde”.

Gilead empenhada em atingir objetivos propostos pela OMS

Questionada sobre o quão importante poderá ser o contributo do programa FOCUS para a erradicação destas doenças, Inês Ribeiro, representante da empresa financiadora do programa, Gilead Sciences, vinca que o projeto assume uma “importância crítica”.

“Eu diria que o programa FOCUS assume uma importância crítica. Esta é uma iniciativa através da qual se consegue chegar às populações que de outra forma não seriam rastreadas. O programa FOCUS consegue efetivamente implementar um sistema de rastreio sistemático, permitindo rastrear todos, independentemente de terem sintomatologia ou de pertencerem ou não a um grupo de risco. O programa FOCUS vai também além do rastreio, já que promove não só o diagnóstico atempado como também a ligação aos cuidados de saúde, garantindo que aquelas pessoas que tenham um diagnóstico positivo têm uma consulta de especialidade. Desta forma, a Gilead contribui, ajudando o país a atingir os objetivos de eliminação da hepatite C e do controlo da transmissão do VIH até 2030”.

Refira-se que o lançamento do programa vai coincidir com a utilização de novas tecnologias nas próprias análises, já que a Madeira irá proceder à confirmação da infeção por hepatite C através do teste de antígeno designado “core”.

A consonância de opiniões relativamente ao programa FOCUS por parte dos profissionais de saúde faz antever um futuro auspicioso no que tange ao rastreio, diagnóstico e subsequente erradicação da hepatite C, bem como à consecução do objetivo de eliminar a transmissão do VIH na Região Autónoma da Madeira, cumprindo as recomendações da Organização Mundial de Saúde. SaúdeOnline

Gravidez tardia e doenças graves são fatores decisivos nas mortes maternas

Doenças graves em mulheres jovens e gravidezes depois dos 35 anos foram os dois padrões fundamentais encontrados numa análise da DGS às 26 mortes maternas ocorridas em 2017 e 2018.



“Feita toda a análise estatística encontraram-se dois padrões muito importantes: Mulheres que engravidam depois de 35 anos e mulheres relativamente jovens ou mesmo jovens, mas portadoras de doenças graves”, salientou Graça Freitas, Diretora-Geral de Saúde

A DGS registou 15 mortes em 2018, 11 em 2017, com a diretora-geral da Saúde, Graça Freitas, a referir que “existe uma certa estabilidade” nos números que “são pequenos”.

Para fazer a análise das causas das 26 mortes, uma equipa de médicos deslocou-se em junho e julho aos hospitais para, “com todo o sigilo e respeito por estas mortes”, analisar os processos clínicos, disse Graça Freitas, que apresentou as conclusões da análise aos óbitos maternos ocorridos em 2017 e 2018.

“Feita toda a análise estatística encontraram-se dois padrões muito importantes: Mulheres que engravidam depois de 35 anos e mulheres relativamente jovens ou

mesmo jovens, mas portadoras de doenças graves”, salientou.

De acordo com a diretora-geral da Saúde, o padrão das mulheres mais velhas já era conhecido. “Estas mulheres têm uma característica interessante em relação às outras. Habitualmente levam a gravidez até ao termo e bastantes destes óbitos ocorrem depois do puerpério”, que é contabilizado até 42 dias após o parto.

O outro padrão, que constitui uma “novidade epidemiológica”, tem a ver com mulheres relativamente jovens ou mesmo jovens, mas portadoras de doenças graves e que, entretanto, engravidaram e morreram durante a gravidez, adiantou Graça Freitas.

“Algumas destas pessoas nem sabiam que estavam grávidas e tudo ocorreu quando deram entrada no hospital com uma complicação de uma doença de base que já tinham”, como cancro, hipertensão, doenças hemorrágicas, doenças tromboembólicas ou doença pulmonar obstrutiva crónica.

Cerca de 40% dos óbitos foram de mulheres mais velhas e a grande maioria dos casos ocorreu em hospitais públicos.

“Sendo a maior parte das mulheres seguidas no público e sendo para onde o INEM habitualmente as conduz, a grande maioria destes partos ocorreu no Serviço Nacional de Saúde, sendo que cinco destas mulheres tiveram morte no domicílio”, revelou.

Graça Freitas referiu que os 26 casos são muito dispersos pelo país, dois ocorreram na Madeira em 2018. Questionada sobre se uma eventual degradação dos cuidados de saúde poderia ter alguma influência nestas mortes, afirmou que “tudo indica que [as

mulheres] foram bem seguidas e acompanhadas”.

Relativamente aos óbitos ocorridos em 2019, Graça Freitas disse que há uma contabilização provisória que precisa de ser validada, mas que “serão da mesma ordem dos anos anteriores”.

A diretora-geral da Saúde defendeu ainda que, “a partir deste conhecimento aprofundado, que ultrapassa a vigilância epidemiológica”, é preciso “adaptar os cuidados e melhorá-los sempre em função desta realidade”.

Além da literacia, com a realização de campanhas para que estas mulheres estejam alerta para o seu estado, o “grande apelo” das autoridades de saúde é dirigido aos médicos assistentes destas mulheres, aos cardiologistas, aos internistas, aos médicos de família, aos enfermeiros.

Estas mulheres têm de ser informadas do risco que correm se engravidarem, incluindo de mortalidade” e “têm de ser encaminhadas

para consultas pré-concepcionais, incluindo as de planeamento familiar”, sustentou.

No caso de engravidarem, devem ser referenciadas de imediato para consultas de alto risco em meio hospitalar e serem seguidas por equipas multidisciplinares.

“O parto terá de ocorrer de acordo com o seu nível de gravidade e têm de ser acompanhadas depois do parto porque algumas delas morreram no puerpério”, advertiu. Segundo Graça Freitas, “são fenómenos que estão para durar” e são comuns a todos os países desenvolvidos. No futuro, anunciou, vai ser criada uma comissão de acompanhamento, bem como sistemas de alerta para quando ocorre uma morte materna e os médicos vão voltar a ser incentivados para preencher um inquérito epidemiológico quando ocorre um caso.

“Temos de perceber se a comunicação entre os prestadores de cuidados e estas mulheres está a fluir”, rematou. **SO/LUSA**



Spedra[®]

avanafil

O IPDES DE 2^ª GERAÇÃO¹

EFICÁCIA^{2,3}
TOLERABILIDADE^{4,5}
INÍCIO DE AÇÃO DE^{6,7}
DURAÇÃO⁸

CONSIGO TER
SATISFAÇÃO⁹

Spedra[®] está indicado no tratamento da Disfunção Erétil em homens adultos.

Para que Spedra[®] seja eficaz, é necessária estimulação sexual.²



A dose recomendada é de 100 mg, tomada conforme necessário, cerca de 15 a 30 minutos antes da atividade sexual.²

Informações Essenciais Compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento. Nome do medicamento: Spedra 50 mg comprimidos; Spedra 100 mg comprimidos; Spedra 200 mg comprimidos. **Composição qualitativa e quantitativa:** Cada comprimido contém 50 mg, 100 mg ou 200 mg de avanafil. **Forma Farmacéutica:** Comprimido. Comprimidos ovais em tom amarelo pálido, com «50» gravado num dos lados. Comprimidos ovais em tom amarelo pálido, com «100» gravado num dos lados. Comprimidos ovais em tom amarelo pálido, com «200» gravado num dos lados. **Indicações terapêuticas:** Tratamento da disfunção erétil em homens adultos. Para que o Spedra seja eficaz, é necessária estimulação sexual. **Posologia e modo de administração:** Posologia: Utilização em homens adultos. A dose recomendada é de 100 mg, tomada conforme necessário, cerca de 15 a 30 minutos antes da atividade sexual. Com base na eficácia e tolerabilidade individuais, a dose pode ser aumentada até uma dose máxima de 200 mg ou diminuída até 50 mg. A frequência máxima de administração recomendada é uma vez por dia. É necessária estimulação sexual para se obter uma resposta ao tratamento. Populações especiais: Idosos (> 65 anos de idade): Não são necessários ajustes de dose em idosos idosos. Os dados existentes relativos a doentes idosos com idade igual ou superior a 70 anos são limitados. Homens com compromisso renal: Não são necessários ajustes de dose nos doentes com compromisso renal ligeiro a moderado (depuração da creatinina > 30 ml/min). O uso do Spedra está contraindicado nos doentes com compromisso renal grave (depuração da creatinina < 30 ml/min). Os doentes com compromisso renal ligeiro ou moderado (depuração da creatinina > 30 ml/min e < 60 ml/min) que estavam incluídos em estudos de fase 3 apresentaram uma redução da eficácia em comparação com os indivíduos com função renal normal. Homens com compromisso hepático: O uso do Spedra está contraindicado nos doentes com compromisso hepático grave (classe C de Child-Pugh). Os doentes com compromisso hepático ligeiro a moderado (classe A ou B de Child-Pugh) devem iniciar o tratamento com a dose mínima eficaz e ajustar a posologia com base na tolerância. Utilização em homens com diabetes: Não são necessários ajustes de dose nos doentes diabéticos. População pediátrica: Não existe utilização relevante do Spedra na população pediátrica na indicação de disfunção erétil. Utilização em doentes que utilizam outros medicamentos: Utilização concomitante dos inibidores da CYP3A4: É contraindicado o uso concomitante do avanafil com inibidores potentes da CYP3A4 (incluindo cetoconazol, ritonavir, atazanavir, claritromicina, indinavir, itraconazol, nefazodona, nelfinavir, saquinavir e telitromicina). Nos doentes a receberem tratamento concomitante com inibidores moderados da CYP3A4 (incluindo eritromicina, aprepitant, diltiazem, fluconazol, fuscarina e verapamil), a dose máxima recomendada de avanafil não deve exceder 100 mg, com um intervalo de pelo menos 48 horas entre as doses. Modo de administração: Para via oral. Se o Spedra for tomado com alimentos, o início da atividade pode sofrer um atraso em comparação com a toma em jejum. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Doentes que estão a utilizar qualquer forma de compostos doadores de nitrato orgânico ou óxido nítrico (como nitrato de amilo). A administração concomitante de inibidores da PDE5 e diesteres de tipo 5 (PDE5i), incluindo o avanafil com estimuladores da guanilato ciclase, como o tadalafil, é contraindicada pois pode potencialmente levar a hipotensão sintomática. Os médicos devem ter em conta o potencial risco cardíaco da atividade sexual nos doentes com doenças cardiovasculares preexistentes antes da prescrição do Spedra. A utilização do avanafil está contraindicada nos seguintes casos: doentes que sofreram um enfarte do miocárdio, AVC, ou arritmia potencialmente fatal nos últimos seis meses; doentes com hipotensão de repouso (tensão arterial < 90/50 mmHg) ou hipertensão (tensão arterial > 170/100 mmHg); doentes com angina de peito instável, angina de peito durante as relações sexuais ou insuficiência cardíaca congestiva definida pela New York Heart Association como pertencendo à Classe 2 ou superior. Doentes com compromisso hepático grave (Child-Pugh C). Doentes com compromisso renal grave (depuração da creatinina < 30 ml/min). Doentes que tenham perda de visão num dos olhos devido a neuropatia ótica isquémica anterior ou não arterítica (NAION), independentemente de esse episódio estar ou não relacionado com a exposição prévia a inibidores da PDE5. Doentes com perturbações degenerativas hereditárias da retina conhecidas. Doentes que utilizam inibidores potentes da CYP3A4 (incluindo cetoconazol, ritonavir, atazanavir, claritromicina, indinavir, itraconazol, nefazodona, nelfinavir, saquinavir e telitromicina). **Efeitos indesejáveis:** Resumo do perfil de segurança. O perfil de segurança do Spedra baseia-se em 2.566 participantes expostos ao avanafil durante o programa de desenvolvimento clínico. As reações adversas mais frequentes notificadas em estudos clínicos foram dor de cabeça, eritema, congestão nasal e sinusite e dor de garganta. Globalmente, os acontecimentos adversos e as reações adversas nos participantes tratados com o avanafil foram mais frequentes nos que apresentavam um índice de massa corporal (IMC) < 25 (participantes com IMC normal). No estudo clínico a longo prazo, a percentagem de doentes com reações adversas diminuiu com o aumento da duração da exposição. **Lista de reações adversas São enumeradas as reações adversas observadas em ensaios clínicos controlados por placebo de acordo com a convenção MedDRA sobre frequência:** muito frequentes (> 1/10), frequentes (> 1/100 a < 1/10), pouco frequentes (> 1/1000 a < 1/100), raras (> 1/10000 a < 1/1000), muito raras (> 1/10000) e desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). As reações adversas são apresentadas por ordem decrescente de gravidade dentro de cada classe de frequência. **Infecções e infestações:** gripe, nasofaringite (raras). **Doenças do sistema imunitário:** alergia sazonal (raras). **Doenças do metabolismo e da nutrição:** gota (raras). **Perturbações do foro psiquiátrico:** insónia, ejaculação precoce, emoção inadequada (raras). **Doenças do sistema nervoso:** dor de cabeça (frequentemente), tonturas, sonolência, dor de cabeça sinusite (pouco frequentes), hiperatividade psicomotora (raras). **Mecanismos oculares:** visão turva (pouco frequentes). **Cardiopatias:** palpitações (pouco frequentes), angina de peito, taquicardia (raras). **Vasculopatias:** ruborização (frequentemente), arroumamentos (pouco frequentes), hipertensão (raras). **Doenças respiratórias:** torácicas e do mediastino, congestão nasal (frequentemente), congestão sinusite, dispneia de esforço (pouco frequentes), rinite, congestão do trato respiratório superior (raras). **Doenças gastrointestinais:** diarreia, náuseas, vômitos, desconforto estomacal (pouco frequentes), boca seca, gastrite, dor abdominal inferior, diarreia (raras). **Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** erupção cutânea (raras). **Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos:** dor de cabeça, contrações musculares (pouco frequentes), dores no flanco, mialgia, espasmos musculares (raras). **Doenças renaes e urinárias:** poliúria (raras). **Doenças dos órgãos genitais e da mama:** distúrbio peniano, ereção peniana espontânea, prurido genital (raras). **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** fadiga (pouco frequentes), astenia, dor torácica, doença tipo gripe, edema periférico (raras). **Exames complementares de diagnóstico:** enzimas hepáticas aumentadas, eletrocardiograma anormal, frequência cardíaca aumentada (pouco frequentes), tensão arterial aumentada, presença de urina no sangue, sopro cardíaco, antígeno específico da próstata aumentado, aumento de peso, bilirrubina sanguínea aumentada, creatinina sanguínea aumentada, temperatura do corpo aumentada (raras). **Descrição de reações adversas selecionadas observadas com outros inibidores da PDE5:** A neuropatia ótica isquémica anterior não arterítica (NAION) e a perda súbita de audição foram notificadas num pequeno número de casos de ensaios clínicos e pós-comercialização no mercado com outros inibidores da PDE5. Não foram notificados casos durante os ensaios clínicos do avanafil. O priapismo foi notificado num pequeno número de casos de ensaios clínicos e pós-comercialização no mercado com outros inibidores da PDE5. Não foram notificados casos durante os ensaios clínicos do avanafil. Hematúria, hematospérmia e hemorragia peniana foram notificadas num pequeno número de ensaios clínicos e pós-comercialização no mercado com outros inibidores da PDE5. Foi notificada a ocorrência de hipotensão pós-comercialização no mercado com outros inibidores da PDE5, e as tonturas, um sintoma habitualmente causado por tensão arterial baixa, foram notificadas em ensaios clínicos com o avanafil. **Peça-se aos profissionais de saúde que notifiem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao Infarmed, I.P. | Tel. +351 21 798 73 73. | Linha do Medicamento: 800222444 (gratuito) | Fax: +351 21 798 73 97. | E-mail: farmaco@infarmed.pt; infarmed: http://extranet.infarmed.pt/page-seram-frontoffice-seracombioptage). Titular da Autorização de Introdução no Mercado (A.I.M.): Menarini International Operations Luxembourg S.A., L Avenue de la Gare, L-1611 Luxembourg, Luxemburgo. **Representante Local do Titular da A.I.M.:** A. Menarini Portugal - Farmacéutica, S.A., Quinta da Fonte, Edifício D. Manuel I, Piso 2 - A, Rua dos Malhões n.º 1, 2770 - 071 Paço de Arcos, Portugal. Tel. +351 218 835 500. **Informações revistas em maio de 2018.** Para mais informações deverá contactar o representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado: A. Menarini Portugal - Farmacéutica, S.A. Medicamento sujeito a receita médica.**

REFERÊNCIAS: 1. Goldstein I et al. J Sex Med. 2012;9(4):1122-33. 2. Spedra[®] RCM, Maio 2018. 3. Corona G et al. Expert Opin Drug Saf. 2016;15(2):237-47. 4. Wang H et al. Curr Med Res Opin. 2014;30(8):1565-71. 5. Hellstrom WJ et al. J Urol. 2015;194(2):485-92. 6. Limin M et al. Expert Opin Investig Drugs. 2010;19(11):1427-37. 7. Kedia GT et al. Ther Adv Urol. 2013;5(1):35-41. 8. Belfrage LH et al. Int J Clin Pract. 2013;67(4):333-41.

A. MENARINI PORTUGAL - FARMACÉUTICA S.A.

Quinta da Fonte, Edifício D. Manuel I, Piso 2 - A, Rua dos Malhões n.º 1, 2770 - 071 Paço de Arcos.
NIPC: 501572570 | Tel.: +351 21 093 55 00 | E-mail: menporfarma@menarini.pt. www.menarini.com

Sob licença da Vivus Inc. and Mitsubishi Tanabe Pharma Corporation. IECRCM inclusas. RCM disponibilizado a pedido.
Para mais informações contactar o Titular da A.I.M. MSRM - Não participado



A. MENARINI PORTUGAL

PROF. RUI TATO MARINHO

Hepatite C: “Já se nota uma redução do número de consultas por novos casos”

“Ainda há muito por fazer, o trabalho nunca vai estar acabado”. O diretor do serviço de hepatologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte e Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia, dá nota positiva ao trabalho realizado no terreno pelos especialistas e pelas múltiplas ONG.



Quase no final de um ano marcado por múltiplas conferências e debates sobre como atingir a meta de erradicação da Hepatite C enquanto problema de saúde pública, com que Portugal se comprometeu com a Organização Mundial de Saúde (OMS), fomos fazer um ponto de situação do caminho já percorrido e do que ainda falta trilhar para que o país se distinga, pela positiva, no panorama internacional.

Qual o balanço que faz da “corrida” pelo objetivo com que Portugal se comprometeu de erradicar a hepatite C enquanto problema de saúde pública até 2030?

Acho que estamos a fazer o nosso caminho.

Claro que para nós, gastrenterologistas e hepatologistas, identificar os doentes com cirrose constituiu uma prioridade. A cirrose é das doenças mais oncogénicas que se conhece no campo médico. Cerca de 10 a 40% dos doentes vão surgir com carcinoma hepatocelular.

O tratamento antivírico, que elimina de forma definitiva a replicação do Vírus da Hepatite C, reduz de forma significativa o risco de carcinoma hepatocelular. Não há dúvidas.

Visito muitos países e constato que Portugal tem uma estrutura muito boa de apoio aos grupos em que a prevalência é elevada. As excelentes organizações no terreno fazem um trabalho notável. Não tem preço a atividade da Ares do Pinhal, Crescer, GAT,

Vitae, AJPAS, o Centro das Taipas, Abraço, Casa Jubileu.. Quem dera a muitos países ter estes grupos a trabalhar com eles. Estive recentemente no Brasil, Egito, Hungria onde pude reforçar a minha opinião altamente positiva destes grupos de entreatajuda social. O espírito não punitivo, restaurativo tem trazido elevados benefícios sociais, de redução da criminalidade, de reintegração social e até do retorno do investimento económico (Social Return of Investment).

O que falta à ação? Podemos fazer mais?

Claro que podemos fazer melhor, sempre, sempre. Por razões pessoais, sociais e profissionais tenho tido um contacto muito próximo com este “Mundo da hepatite C”, no que diz respeito aos presos e aos consumidores

de drogas. O facto de o meu Pai ter sido Juiz Conselheiro do Supremo Tribunal de Justiça e, em paralelo, ter vivido muitos anos perto duma geração em que muitos morreram em acidentes de viação, overdoses e mais recentemente por causa das consequências da infeção crónica pelo VHC, como foi o caso do Zé Pedro dos Xutos e Pontapés. Estas experiências ofereceram-me um conhecimento acrescido.

Este ano, Portugal já tratou cerca de 3500 doentes. Já se nota uma redução do número de consultas por novos casos de hepatite C. Temos que continuar a procurar e identificar os casos não diagnosticados. Defendemos o rastreio obrigatório em pessoas com comportamentos de risco. Por outro lado, entendendo que todos devemos, pelo menos uma vez na Vida, fazer o teste da hepatite C, da hepatite B e do VIH. São entidades assintomáticas, silenciosas em que a Medicina moderna pode intervir e salvar vidas.

Um dos objetivos declarado do estudo Portugal, da visão à ação” era o de “mobilizar a chamada sociedade civil para este problema de saúde pública”. Conseguiu-se?

Como referi, vejo uma grande mobilização da sociedade civil. E reconheço que há ainda muito a fazer, claro. O trabalho nunca vai estar acabado.

Prefiro acreditar no futuro num espírito de concertação social, profissional e institucional. É este o espírito do nosso Presidente da República Marcelo Rebelo de Sousa, com quem me identifico nesta questão social.

Quais as tarefas prioritárias?

Uma das tarefas é convencer alguns grupos da sociedade e alguns profissionais das autoridades de Saúde que é muito benéfico a aproximação aos grupos sociais mais desfavorecidos. Todos ganhamos, ajudando estes jovens a integrarem-se na sociedade. A redução da criminalidade, nesta postura de Medicina e Justiça restaurativas gera ganhos de saúde muito elevados.

Eu diria que poderemos, através dos momentos felizes que proporcionamos com a cura da hepatite C, contribuir para a pacificação social. No fundo, é uma questão de direitos humanos, justiça social, de prestar os melhores cuidados a quem deles necessita. E nós, em Portugal, temos expertise profissional e social para prestar os melhores cuidados do ponto de vista físico, mental e social, de acordo com a OMS.

Foi divulgada hoje informação de que “Estima-se que ainda existam em



Portugal cerca de 89.000 pessoas com hepatite C”. É assim?

Não há dados precisos, aliás poucos países têm dados muito rigorosos e atualizados. No nosso entender o número é inferior. Mas mais importante que saber os números precisos, é ser proactivo em identificar, diagnosticar e tratar.

Em 2013 publicámos um artigo no World Journal of Gastroenterology sobre este tema, ainda antes dos antiviricos orais. As grandes instituições internacionais, OMS, ECDC, têm também dificuldade em ter os dados 100% corretos.

As recomendações dos especialistas

são públicas, tendo sido debatidas nos mais diversos fora, incluindo na Assembleia da República.

É esta a melhor abordagem?

Os especialistas têm que se aproximar do poder político chamando a atenção para os problemas de saúde do nosso país. Percebo que seja difícil alocar os recursos humanos e económicos que, por definição, são escassos. As especialidades médicas são cerca de 50, não é fácil para quem decide.

Portugal comprometeu-se com a OMS na Estratégia Global da Hepatite Viral 2016-2020, que visa erradicar as Hepatites virais até 2030. No atual

contexto chegaremos a esse objetivo?

No meu entender, não acredito na erradicação, é um termo bom para marketing, mas menos feliz no contexto de rigor epidemiológico. Estamos a caminhar para a eliminação da hepatite C, um passo importante para saúde pública.

E é possível alcançar essa meta. Como?

Eliminação sim, erradicação não. Veja-se o caso da hepatite B com uma vacina fantástica, no terreno há mais de 30 anos...

Há disponibilidade política para avançar, ou estamos ainda no período retórico, inconsequente?

Temos novos elementos no terreno, DGS, Infarmed, Ministério da Saúde. A própria Ministra da Saúde conhece bem o problema. Tenho esperança...

A estratégia “rastrear e tratar” é ainda possível, ou ter-se-á que avançar com algo mais drástico? O que preconiza?

Simplificar, simplificar... É uma questão de juntar a boa vontade, ao profissionalismo e decisão política, em termos macro e micro. No meu Hospital (Hospital Santa Maria) já tive aprovações de fármacos no dia a seguir ao pedido.

Falhar é uma possibilidade.**Como a encararia?**

Não estamos a falhar de modo algum, podemos e devemos fazer melhor, ser mais inclusivos. Mas quem dera à maioria dos países do Mundo, incluindo países europeus, ter as condições e os recursos humanos que temos.

Que conta nos dá hoje a calculadora do projeto “Let’s End HepC (LEHC), desenvolvida pela Universidade Católica Portuguesa”?

Particpei na sua génese, sei que há muitos países interessados neste projeto, mas desconheço o detalhe deste interessante projeto. Tenho acompanhado, por esse mundo fora, o trabalho excelente do Dr. Ricardo Batista Leite, ultimamente com a formação de um grupo denominado UNITE, que agrega parlamentares de 52 países. A UNITE é já um importante stakeholder no cenário internacional das hepatites víricas, VIH, tuberculose.

Pesem as más notícias, há projetos, no terreno, dignos de nota. Quer assinalar aqueles que mais se distingam?

Ares do Pinhal, Crescer, GAT, Vitae, Comunidade Vida e Paz. O GAT assegura



um verdadeiro Serviço Nacional de Saúde para uma determinada população. Portugal deve muito a estas organizações. Não acontece assim em muitos países. O reconhecimento internacional pela sua atividade é fantástico. Eu falaria em benchmarking social e internacional de boas práticas. O que ganhei com o contato, com os seus profissionais e utentes não tem preço. Tem sido uma experiência humana inestimável.

A população prisional já está coberta ou ainda continuamos com projetos piloto em Lisboa e Porto?

Desconheço em detalhe, mas sei que mais colegas têm prestado assistência noutros pontos geográficos, noutras instituições prisionais.

Qual a mensagem que dirigiria aos responsáveis políticos?

Mensagem de esperança, entreajuda e colaboração, confiança.

Esteve há dias em Valência na conferência SLTC 2019. Quais as principais mensagens que recolheu no evento?

Que há muitos profissionais no terreno, o denominado “point-of-care”, desenvolvendo ações de “linkage-to-care”, em vários

pontos do Mundo. Foi muito interessante partilhar experiências com colegas e amigos de outros países.

Por outro lado, a interação entre os grupos multidisciplinares de Portugal foi muito enriquecedora.

Uma nota final....

A cura da hepatite C, com a eliminação do VHC em quase todos os utentes, é um momento de felicidade, que devemos aproveitar para transmitir mensagens de cuidados de saúde (incluindo sobre vida saudável, tabagismo, ingestão de álcool, acesso aos cuidados de saúde, ligação aos grandes hospitais, etc.).

Estamos a falar de um grupo de portugueses do qual alguns tiveram infâncias muito traumáticas. Na década de 70-80, o consumo de drogas atingiu níveis muito elevados, com ameaças para a saúde pública e até segurança interna. Muitos morreram e todos os estratos sociais foram afetados.

Entendo que a alavanca desta inovação única da Medicina Moderna poderá ser uma oportunidade para cumprir a nossa Missão de profissionais de saúde: prevenir, tratar, curar, ajudar. Salvar Vidas. A evidência científica de que os antivíricos salvam vidas é muito forte. ❤️ **MMM/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.

Gilead Sciences, Lda.
Atrium Saldanha, Praça Duque de Saldanha, n.º 1 - B.º A e B,
1050-094 Lisboa - Portugal | Tel: 21 792 87 90 • Fax: 21 792 87 99
N.º de contribuinte: 503 604 704. Informação médica através
de N.º Verde (800 207 489) ou departamento.medico@gilead.com.
Os acontecimentos adversos deverão ser notificados e comunicados
à Gilead Sciences, Lda., por telefone, fax ou para portugal.safety@gilead.com.
Data de preparação: março 2017 | 000/PT/17-03/IN/1242

Vacina contra meningite B vai ser gratuita durante primeiro ano de vida

A vacina será administrada de forma gratuita a partir do próximo ano a todas as crianças durante o primeiro ano de vida, anunciou a Direção-Geral da Saúde.



“As crianças que nasceram a partir de janeiro de 2019 poderão em outubro iniciar o esquema de vacinação e fazer as três doses da vacina caso ainda não tenham levado nenhuma”, explicou Graça Freitas, Diretora-Geral da Saúde



Esta vacina, contra a doença invasiva meningocócica B, será dada aos dois, quatro e 12 meses e vai aplicar-se, a partir de outubro de 2020, a todos os nascidos a partir de 01 de janeiro de 2019.

Para os nascidos em 2019 o esquema de vacinação será iniciado ou completado de acordo com a história vacinal individual.

Segundo explicou à agência Lusa a diretora-geral da Saúde, Graça Freitas, as crianças que nasceram a partir de janeiro de 2019 poderão em outubro iniciar o esquema de vacinação e fazer as três doses da vacina caso ainda não tenham levado nenhuma.

Isto porque a vacina já é comercializada e administrada em Portugal atualmente, mas mediante o pagamento das famílias.

Assim, os nascidos durante este ano podem a partir de outubro iniciar ou completar o esquema

de vacinação da meningite B de forma gratuita.

A vacina pode ser administrada até aos cinco anos, mas no novo Programa de Vacinação a iniciar em outubro de 2020 a recomendação da toma da vacina da meningite B será aos dois, quatro e 12 meses.

Além desta, o Programa Nacional de Vacinação passa a incluir a vacina contra infeções pelo vírus do papiloma humano (HPV) para todos os rapazes, aos 10 anos, aplicando-se aos nascidos a partir de 01 de janeiro de 2009.

A vacina do HPV passa então, a partir de outubro de 2020, a ser dada não apenas a raparigas, mas também a rapazes. A vacina será administrada em duas doses.

Quanto à vacina contra o rotavírus, que provoca gastroenterites, serão ainda estudados os grupos de risco a quem será administrada de modo gratuito, também a partir

do próximo ano. Em conferência de imprensa, a diretora-geral de Saúde explicou que a inclusão das três vacinas no PNV teve o aval da comissão técnica de vacinação.

Foi aliás com base nesse aval técnico que a vacina do rotavírus não será contemplada de forma universal, para todos, mas apenas para alguns grupos de risco que serão estudados.

Segundo Graça Freitas, na Europa há cerca de 11 países que recomendam a vacina de forma universal, havendo outros que a aplicam apenas a grupos de risco e ainda outros países que não a contemplam nos programas vacinais nem a compartilham.

O Orçamento do Estado para 2020 contempla 11 milhões de euros para o alargamento do Programa de Vacinação.

Estas vacinas já tinham sido aprovadas pela Assembleia da República em 2018 para

constarem do PNV, o que na altura chegou a desencadear críticas por ser o poder político a decidir antes dos técnicos.

Na altura, o bastonário da Ordem dos Médicos considerou um erro que o parlamento tenha aprovado as três novas vacinas no PNV quando a DGS ainda estava a estudar o assunto.

Miguel Guimarães dizia ver “com muita preocupação” o facto de os deputados “estarem a interferir nas boas práticas em saúde”, sobretudo quando existe uma comissão técnica independente, de “pessoas com conhecimento científico específico na área da vacinação”, que estava a estudar se as três vacinas deviam integrar o Programa Nacional de Vacinação.

A diretora-geral de Saúde sublinhou que “foi com o aval” da comissão técnica que as vacinas serão introduzidas no PNV. **SO/LUSA**

Novartis Portugal
Pharmaceuticals



Reimaginamos a Medicina

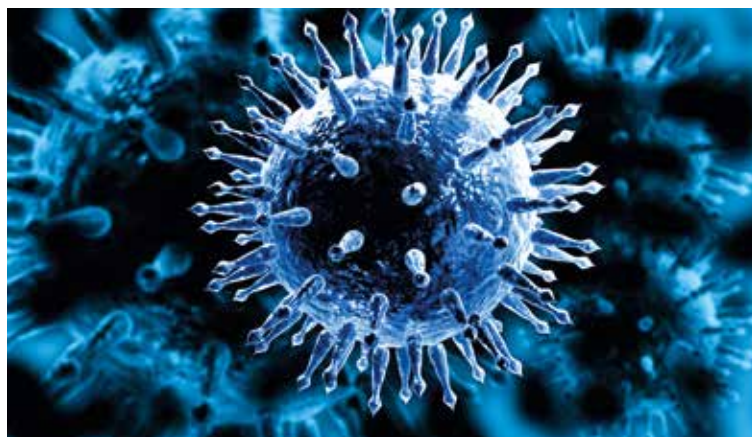
Usamos a ciência inovadora e tecnologias digitais para endereçar alguns dos problemas de saúde mais desafiadores da sociedade. Investigamos e desenvolvemos tratamentos inovadores e procuramos novas formas de os fazer chegar a tantas pessoas quanto possível. Tudo para melhorar e prolongar a vida das pessoas.

Atividade gripal aumenta. Crianças e jovens são os mais afetados

Estirpe predominante em Portugal atinge mais as crianças, ao contrário do que acontece na Europa, onde os idosos estão a ser os mais afetados. Já há registado de internamentos.

Estão a aumentar os casos de gripe em Portugal, numa altura em que o país se aproxima do pico da atividade gripal, que, este ano, está previsto que ocorra nos últimos dias de 2019 e no início de 2020. Para já, são as crianças e os jovens que estão a ser mais afetados, ao contrário do que está a acontecer noutros países europeus, em que é a população idosa aquela que mais está a sofrer com a infeção pelo vírus da gripe, avança o jornal Público.

O subtipo de vírus predominante é diferente em Portugal, em comparação com a maioria da Europa, o que explica que o grupo mais afetado seja distinto.



O último boletim de vigilância epidemiológica de síndrome gripal, divulgado ontem pelo Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge e que diz respeito ao período

entre os dias 9 e 15 deste mês, confirma que o padrão temporal da epidemia de gripe é mais precoce este ano do que o habitual e que o número de consultas

manteve tendência crescente em especial no grupo etário dos seis aos 18 anos.

Em Portugal, o cenário não é, para já, preocupante. O subtipo de vírus mais comum nesta altura é o B (e não A, considerado mais agressivo e que afeta mais a população idosa). Há, no entanto, registo de dois internamentos nos cuidados intensivos relacionados com gripe. Dos três casos de doentes internados em enfermarias hospitalares, todos são crianças, sendo que duas delas, pertencendo a grupos de risco, não estavam vacinadas, o que mostra, uma vez mais, que a importância da vacina como prevenção. ❤️

Hospital de Castelo Branco avança com aplicação de terapia larvar

A Unidade Local de Saúde está a aplicar terapia larvar para remoção de tecidos desvitalizados em feridas complexas de pacientes como alternativa de controlo da infeção.

Em comunicado enviado à agência Lusa, a ULSCB explica que a terapia larvar disponibilizada no Hospital Amato Lusitano (HAL) de Castelo Branco surge como uma importante alternativa de controlo local da infeção e remoção do tecido não viável, numa altura em que as resistências aos tratamentos tópicos e aos antibióticos são uma realidade e preocupação a nível nacional.

“A terapia larvar consiste na aplicação de pensos de larvas estéreis no leito da ferida, que de forma seletiva e rápida se alimentam dos tecidos não viáveis, permitindo a limpeza, o controlo da carga bacteriana e a diminuição

dos níveis de exsudado, permitindo a evolução da ferida nas diferentes fases da cicatrização”, lê-se na nota.

Apresenta-se como um método indolor, seguro, simples e eficaz na remoção do tecido não viável. Esta terapia, cuja aplicação é pioneira na Beira Interior, foi iniciada pelo Serviço de Cirurgia Geral em colaboração e parceria com a Comissão de Prevenção e Tratamento de Feridas, em quatro utentes com feridas complexas, com resultados muito positivos.

“Os requisitos necessários para a sua aplicação [terapia larvar] implicam o consentimento informado e a necessidade de internamento do utente, de forma a



permitir o acompanhamento dos diferentes casos”, sublinha a ULSCB.

É igualmente consensual, que qualquer que seja a ferida, a dor é um dos sintomas prevalentes e a remoção do tecido não viável “é o ato mais doloroso no processo de tratamento, com frequente necessidade da sua remoção em ambiente de bloco operatório”.

As feridas complexas são aquelas que se prolongam no tempo, que não cicatrizam após quatro a seis semanas com terapêutica corretamente dirigida e surgem, sobretudo, em pessoas mais idosas, com importantes comorbilidades e com carácter recorrente. ❤️ SO/LUSA

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 flâmina, comprimidos revestidos, brancos e bicorvexos. Neurobion, 100 mg flâmina + 100 mg piridoxina + 1 mg cianocobalamina, solução injetável. Excipientes: Lactose mono-hidratada 40 mg (comprimidos), Potássio 0,019 mg/ml, Sódio 13,99 mg/ml (injetável). **Indicações terapêuticas:** Tratamento adjuvante na neurite e neuralgia (mono e polineuropatia), radiculonevrites resultantes de alterações degenerativas da coluna vertebral, lumbago, ciática, síndrome cervical, síndrome ombro-braço, tratamento de manutenção da neuralgia do trigémino e tratamento de suporte da parésia do nervo facial e herpes zoster. **Posologia e modo de administração:** Comprimidos: 1 comprimido, 1 a 3 x/dia no tratamento de casos moderados, ou para administração intercalada e de seguimento do tratamento com a forma injetável. Engolir sem mastigar com um pouco de líquido durante ou após as refeições. Injetável: Administrado por via intramuscular. Casos graves, 1 ampola/dia enquanto os sintomas agudos persistirem. Na terapêutica de seguimento, 2 a 3 ampolas/semana. Quando não são administradas as ampolas ou como continuação da terapêutica pode utilizar-se Neurobion comprimidos revestidos. A duração do tratamento é determinada pelo médico. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer dos excipientes. Os comprimidos não são adequados para o tratamento de crianças. **Advertências e precauções especiais de utilização:** As neuropatias necessitam de tratamento de longa duração com uma dose média diária de vitamina B6 > 50 mg. Recomenda-se monitorização regular do doente sob tratamento de longa duração. A solução injetável contém menos de 39 mg de potássio e 41,97 mg de sódio/ampola. Ter em consideração em doentes com ingestão controlada de sódio. **Interações medicamentosas e outras formas de interação:** L-Dopa: os efeitos poderão ser reduzidos com a administração concomitante de vitamina B6. Antagonistas da piridoxina (ex., isoniazida, cicloserina, penicilamina e hidralazina); a eficácia da vitamina B6 pode estar reduzida. Com diuréticos da ansa (ex., furosemida) os níveis sanguíneos de flâmina 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)

ELSA BELO, DIRETORA DA ONG ARES DO PINHAL

“Eliminar a Hepatite C não significa a eliminação das sequelas da doença”

Elsa Belo, Diretora da Organização não-governamental para a Inclusão Social Ares do Pinhal, afirma, em entrevista ao SaúdeOnline, estar preocupada com as estruturas existentes para dar suporte aos doentes. E aborda o papel que os Cuidados de Saúde Primários devem desempenhar no combate à doença.

Qual o papel que os Centros de Saúde podem desempenhar neste processo?

Os Centros de Saúde podem e devem ter um papel fundamental quer no rastreio quer no encaminhamento para o tratamento da doença, mas fundamentalmente a nível da população em geral, já que as populações de risco vão tendo outras respostas mais indicadas junto das Equipas. Se os Médicos de Medicina Geral e Familiar não tiverem a clara consciência da importância do seu papel na eliminação do Vírus da Hepatite C, Portugal não vai atingir o objetivo definido pela OMS.

Já estão a trabalhar em conjunto com os Centros de Saúde? Com quais e em que medidas?

A nossa população dificilmente se consegue organizar para se deslocar ao Centro de Saúde e ir a uma consulta com data e hora marcada. Também lidamos com o problema do afastamento destas populações do Sistema Nacional de Saúde desde há muitos anos, o que significa que não têm médico de família atribuído e às vezes nem Registo Nacional de Utentes (RNU)!

A Unidade de Saúde Familiar (USF) de Sete Rios e a UCSP Lumiar têm ajudado a desbloquear algumas situações mais emergentes principalmente quando se trata da saúde da mulher ou de cuidados de enfermagem.

Temos em vista a colaboração mais próxima com a USF da Baixa, devido ao facto de esta lidar de perto com as populações migrantes, que no nosso Programa têm aumentado significativamente nos últimos anos. Mas o objetivo de Ares do Pinhal é fazer a ligação de todos os doentes ao Centro de Saúde da sua área de residência, mesmo sabendo que pode levar muito tempo a concretizar este objetivo.

Têm em curso algum projeto de



aproximação dos pacientes à cascata de cuidados de saúde?

Sim, esse tem sido o nosso foco. No que concerne à Hepatite C, temos um acordo com a consulta de Gastreenterologia do Hospital de Santa Maria que tem permitido a consulta e exames complementares (tudo feito no mesmo dia), no mesmo ato médico, ficando depois a Ares do Pinhal responsável por dar todos os outros passos necessários, como a articulação com a Consulta e com a Farmácia Hospitalar até fazer chegar ao doente o tratamento.

Com o Hospital Egas Moniz temos tido a possibilidade de ter no terreno uma médica de Gastreenterologia, que vê o doente nas nossas Unidades Móveis, ficando a Ares do Pinhal responsável por complementar tudo o que é necessário até à cura. Fazemos nós a colheita de sangue e transportamos para o hospital, articulamos com a Farmácia Hospitalar, levantamos a medicação, administramos e registamos em Toma de Observação Direta (TOD).

Mas o nosso trabalho não é só com estes

Hospitais. Vamos fazendo um trabalho de articulação próxima com o Hospital dos Capuchos, com o Hospital Curry Cabral e com o Hospital Beatriz Ângelo.

Existe disponibilidade dos serviços hospitalares para se deslocarem aos domicílios dos pacientes para fazerem um acompanhamento mais rigoroso?

Só posso responder em relação à disponibilidade que demonstram em colaborar conosco e sob esse aspeto só podemos dizer bem. O importante é que os médicos dos serviços hospitalares saibam que há equipas de proximidade que podem, em parceria, fazer a extensão do trabalho hospitalar cá fora. A nossa equipa está preparada e já deu muitas provas disso mesmo.

Acredita que Portugal vai cumprir a meta de eliminação da Hepatite C até 2030?

Acredito sim!

A Ares de Pinhal já sente uma diminuição

de casos de VHC dentro da população que acolhem e tratam?

No Programa de Redução de Danos deparamo-nos com uma percentagem muito interessante de pessoas já tratadas, e no Programa das Comunidades Terapêuticas todas as pessoas fazem tratamento, pelo que existe uma diminuição geral de pessoas infetadas. No entanto, há ainda muito por fazer. É necessário apostar também na prevenção da reinfeção caso os comportamentos de risco se mantenham.

O que é possível fazer para melhorar as práticas de forma a cumprir a meta estabelecida pela OMS?

Sair dos serviços e ir ao encontro das pessoas e fazer pontes com a sociedade civil.

Para eliminar o VHC é necessário atingir as populações marginalizadas pela sociedade. Quais as principais preocupações da associação, tendo em conta a experiência que têm no terreno?

Temos diagnosticado um conjunto de barreiras que temos de ter em conta para envolver este tipo de pessoas no processo de tratamento, nomeadamente: estigma nos hospitais, formalidades burocráticas, tempos de espera dos hospitais, o tempo de espera para a chegada da autorização da medicação, entre outros, o que faz com que se percam muitas pessoas pelo caminho.

Também nos preocupa o facto de estarmos dependentes da “boa vontade” e disponibilidade pessoal dos médicos e equipas para marcação de consultas e follow-up das situações, pois essa questão pode significar a não continuidade do acompanhamento e de cuidados futuros essenciais.

Depois, tendo presente a marginalidade desta população, temos receio de não conseguir chegar a tempo para abordar situações que evoluam para cancro/cirrose e outras.

Por fim, eliminar a doença não significa a eliminação das sequelas da doença. Preocupamo-nos que não existam estruturas adequadas para dar suporte a estas situações.

A associação Ares do Pinhal atua essencialmente em 4 áreas de intervenção: Redução de Danos, Tratamentos, Reinserção e Formação. Em que consistem?

Sim, a Ares do Pinhal atua em várias vertentes ligadas à intervenção nos comportamentos aditivos e dependências. Foi a primeira resposta da sociedade civil a este fenómeno em 1986, quando o país se confrontava com a elevada prevalência de pessoas



«Fazemos a ligação das pessoas aos serviços sociais e de saúde. Acompanhamos cerca de 1200 utilizadores de drogas por dia numa relação que é de confiança e proximidade»

com problemas de consumo de drogas, sem resposta! Atualmente, a Comunidade Terapêutica está dividida em 4 fases, sendo a terceira fase mais voltada para a formação e reinserção familiar, social e laboral. A quarta fase é um Apartamento Terapêutico para quem necessita de autonomização com suporte. Ninguém sai do Projeto Ares do Pinhal com alta clínica sem enquadramento ou sem inserção, desde que tenha saúde, claro!

Em 1997, no contexto de reabilitação do Bairro do Casal Ventoso, fomos convidados pela CML para desenvolver o Programa de Substituição Opiácea de Baixo Limiar de Exigência, uma intervenção sobre uma população completamente refém da rotina do tráfico e consumo de drogas, em situação de sem abrigo. Hoje em dia, esse Programa estendeu-se a toda a cidade de Lisboa, através de Unidades Móveis. Fazemos a ligação das pessoas aos serviços sociais e de saúde. Acompanhamos cerca de 1200 utilizadores de drogas por dia numa relação que é de confiança e proximidade. ❤️ EQ/SO

Filipe Macedo vai liderar Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares

Filipe Macedo confessou-se surpreso quando recebeu o convite “pela grande responsabilidade que o cargo exige”.

Filipe Macedo, cardiologista do Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) e professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), foi nomeado para dirigir o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares da Direção-Geral da Saúde (DGS), durante o próximo triénio.

As doenças cérebro e cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte e incapacidade em Portugal. De acordo com Filipe Macedo, “as doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 30% de todas as mortes a nível Mundial”. Os últimos dados da OCDE dão conta de que “as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte nos estados membros da União Europeia, representando cerca de 36% das mortes em 2010”.

No entanto, também se tem



assistido a “uma grande redução de mortalidade ocorrida nas doenças cerebrovasculares e em particular no Acidente Vascular Cerebral Isquémico abaixo dos 70 anos”, sendo que um dos objetivos passa por obter dados atualizados referentes aos últimos dois anos.

Filipe Macedo confessou-se ainda surpreso quando recebeu o convite “pela grande responsabilidade que o cargo exige”, prometendo dar o seu melhor “com a

ajuda da comunidade de clínicos que diariamente trabalham nestas patologias”.

Elsa Azevedo, diretora do Serviço de Neurologia do CHUSJ e professora da FMUP, foi nomeada adjunta para a área das doenças cerebrovasculares no mesmo programa. “Apesar de se ter conseguido uma melhoria em alguns indicadores nos últimos anos, o AVC continua a ser um grave problema nacional a merecer uma

atitude concertada, sendo essencial um melhor conhecimento da expressão da doença e o estabelecimento de um plano de ação, com uma implementação faseada.”

Com o programa pretende-se promover e dinamizar a monitorização dos indicadores adequados para uma permanente avaliação do impacto das doenças cérebro e cardiovasculares na população portuguesa; desenvolver programas de promoção da prevenção, tratamento e reabilitação; diferenciar estratégias organizativas designadas como “Vias Verdes”; implementar projetos com o objetivo de disponibilização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica da área cardiovascular nos cuidados de saúde primários; e incentivar a criação e o desenvolvimento de sistemas de avaliação do impacto de novos métodos de diagnóstico e terapêutica. **SO/LUSA**

Médicos de saúde pública não recebem suplemento previsto

O presidente da Associação Nacional dos Médicos de Saúde Pública garante que “há um suplemento de autoridade de saúde que é devido e não está a ser pago”.

Ricardo Mexia, que falava na abertura do I Congresso dos Médicos de Saúde Pública, que decorre em Aveiro, apontou a necessidade de clarificar a questão dos suplementos e esclarecer que está por pagar a todos os profissionais que exercem funções de autoridade de saúde o respetivo suplemento.

“Há um suplemento que é devido a todas as autoridades de saúde do país e que não é pago. O suplemento de autoridade de saúde não é o suplemento de disponibilidade permanente pelo que todos nós somos credores



“Há um suplemento que é devido a todas as autoridades de saúde do país e que não é pago: o suplemento de autoridade de saúde, aponta António Mexia, presidente da ANMSP

deste suplemento”, disse. No discurso de abertura, o presidente da Associação apontou o peso da burocracia como um dos entraves ao exercício da profissão, sem que sejam perceptíveis os ganhos para a saúde pública.

“Entre os desafios mais importantes, seguramente o que mais nos impede de fazer o nosso trabalho é a carga burocrática que temos e que praticamente não tem repercussões do ponto de vista positivo na saúde das populações”, comentou, referindo nomeadamente a realização das juntas médicas.

Para Ricardo Mexia terão de ser

encontradas soluções para resolver o problema, “sem pôr em causa o acesso dos cidadãos a um conjunto de direitos que seguramente têm, mas que do ponto de vista dos ganhos em saúde tem um impacto diminuto”.

O dirigente associativo referiu-se igualmente à municipalização da saúde para reconhecer que “os municípios têm um papel importante como parceiros na saúde das populações”, mas dizer que a questão carece de debate.

“O modelo como essa municipalização se pode operar é que tem de ser discutido. **SO/LUSA**

Interrupções de gravidez por opção da mulher diminuíram 4% em 2018 face a 2017

O número de interrupções de gravidez por opção da mulher nas primeiras 10 semanas reduziu 4% em 2018 relativamente a 2017, indica um relatório da Direção-Geral de Saúde (DGS) hoje divulgado que também revela “tendência decrescente” desde 2011.

De acordo com o documento, que tem como título “Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez – 2018”, no ano passado foram realizadas 14.928 interrupções de gravidez ao abrigo do artigo 142.º do Código Penal que prevê cinco motivos de exclusão de ilicitude de aborto, sendo que o que o teve mais registos foi o “por opção da mulher até às 10 semanas” com 14.306 casos, o que corresponde a 95,83% do total.

Também são considerados pela lei portuguesa “motivos de exclusão de ilicitude de aborto” o facto de este poder ser o “único meio de remover perigo de morte ou grave lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da grávida” (quatro casos – 0,03% face ao total), bem como “evitar perigo de morte ou grave e duradoura lesão para a saúde física ou psíquica da grávida” (87 casos – 0,58%).

A interrupção da gravidez por este resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual da mulher registou oito casos (0,05%) no ano passado, enquanto por “grave doença ou malformação congénita do nascituro” foi o segundo motivo que registou mais casos com 523 (3,50%).

A DGS aponta, nas considerações finais deste relatório, que “o número total de interrupções de gravidez e o número realizado por opção da mulher nas primeiras 10 semanas de gravidez, apresentam ambos tendência decrescente desde 2011, quer quando se consideram números absolutos, quer quando se pondera pela população



feminina residente em Portugal”.

Já os números de 2018, em comparação com o ano anterior, registam uma diminuição de 3,8%, sendo que o número de interrupções de gravidez realizadas nas primeiras 10 semanas no ano passado registou uma diminuição de 4% relativamente ao número registado em 2017.

A DGS adverte, no entanto, que “no mesmo período estima-se que a população fértil feminina [com idades entre os 13 e os 49 anos] tenha reduzido 0,77%”.

“O número de interrupções realizadas em território nacional, quando analisado comparativamente a outros países europeus, tem-se situado sempre abaixo da média europeia”, é outra das conclusões do relatório.

Quanto à distribuição dos casos de interrupções voluntárias por

regiões de saúde e por área de residência da mulher, este relatório revela que estes são mais frequentes na região de Lisboa e Vale do Tejo (58,8%) e no Norte (19,9%).

No que respeita ao grupo etário que realizou maior número interrupções de gravidez, este, diz o relatório, “continua a ser o dos 20/24 anos de idade, com um registo que corresponde a 1.260 interrupções por 100.000 mulheres. Segue-se o grupo de mulheres com idades entre os 25 e os 29 anos (1.230 por 100.000).

No campo etário, a DGS aponta, ainda, que em 2018 aproximadamente 56% das gravidezes em menores de 15 anos terminou em interrupção, uma percentagem que foi de 40% em gravidezes ocorridas entre os 15 e os 19 anos.

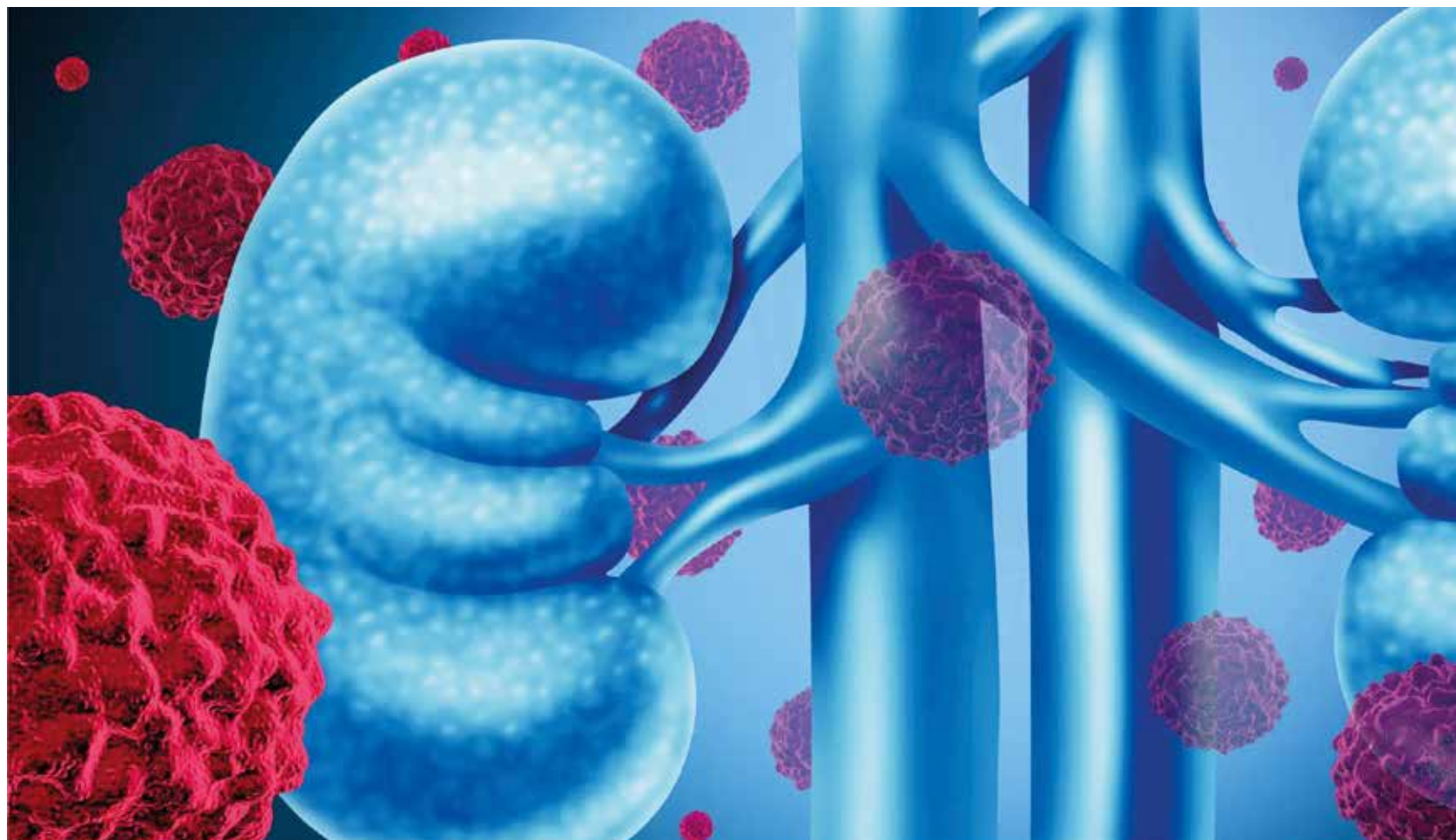
“Ao longo dos últimos anos, a

idade média das mulheres que efetuaram interrupção da gravidez tem aumentado de forma consistente, tendo pela primeira vez ultrapassado os 29 anos em 2018. A importância relativa das interrupções realizadas em idades inferiores a 20 anos continua a diminuir. Estas representaram 9,1% do total em 2018, após uma descida contínua desde os 12% observados em 2011. No outro extremo de idades, as mulheres de 40 ou mais anos compreendiam 9,2% do total de interrupções de gravidez em 2018, enquanto em 2011 eram apenas 7,1% do total”, descreve a DGS.

Face a estes dados, esta entidade conclui que “é previsível que este aumento da idade da mulher influencie os motivos que conduziram a interrupções de gravidez por razões clínicas”, dando como exemplo que esta opção possa ser tomada por “grave doença ou malformação do nascituro”, motivo cujo registo aumentou de 3,2% em 2017 para 3,5% em 2018.

Quanto à interrupção até às 10 semanas por opção da mulher, esta “foi dominante em todos os grupos etários”, acrescenta a DGS que registou um aumento de interrupções de gravidez em mulheres de nacionalidade estrangeira: 20,8% em 2018, 18,2% em 2017 e 17,7% em 2016.

As nacionalidades mais frequentes entre as estrangeiras foram, por ordem decrescente, a brasileira, cabo-verdiana, angolana, guineense, são-tomense, nepalesa e romena. SO/LUSA



SARA MEIRELES, CHUSJ

CCR: Combinação de Pembrolizumab-Axitinib reduz risco de morte em 47%

Por outro lado, nos doentes de médio e alto risco, a combinação entre Nivolumab e Ipilimumab é, atualmente, a terapêutica de eleição, sublinha a Dr.ª Sara Meireles, médica oncologista do Centro Hospitalar e Universitário de São João, em entrevista ao nosso jornal.

Qual a terapêutica recomendada em 1ª linha no tratamento do Carcinoma de células renais (subtipo células claras)? Que evidência científica existe nesse sentido?

Nos últimos anos temos assistido a uma evolução notável na abordagem do carcinoma de células renais (CCR), pelo crescente conhecimento da biologia molecular da doença e a introdução de tratamentos como os inibidores tirosina-quinase (TKI). Assim, as recomendações em primeira

linha no subtipo células claras têm sofrido mudanças significativas e, baseadas em dados recentes, divergem de acordo com o modelo de prognóstico IMDC (International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium).

Os TKI Sunitinib e Pazopanib, agentes-alvo do fator de crescimento endotelial vascular (VEGF), demonstraram no passado a sua eficácia com melhoria da sobrevivência livre de progressão, comparativamente a IFN e placebo respetivamente, e continuam

sendo as opções mais usuais em doentes de risco favorável.

Recentemente, o duplete de imunoterapia Nivolumab e Ipilimumab demonstrou benefício na sobrevivência global no subgrupo de doentes de risco intermédio e alto risco, e foi aprovado como o novo standard nesta subpopulação, onde as opções previamente disponíveis tinham demonstrado uma eficácia limitada. Contrariamente, no subgrupo de doentes com risco favorável, a taxa de resposta e a sobrevivência



livre de progressão foram superiores com o Sunitinib, não se traduzindo as diferenças em vantagem na sobrevivência global. Também o Cabozantinib, terapêutica-alvo do MET e AXL, e já aprovado como tratamento de segunda linha, viu expandido o seu acesso em primeira linha na doença de risco intermédio e alto risco, após um estudo de fase 2 demonstrar um aumento da sobrevivência livre de progressão comparativamente a Sunitinib, no entanto com nível de evidência inferior neste contexto.

As novas combinações TKI-imunoterapia (Avelumab-Axitinib e Pembrolizumab-Axitinib) vieram, no último ano, acrescentar uma superioridade evidente comparativamente a TKI em monoterapia, em todos os subgrupos de risco IMDC, começando a integrar as recomendações mais atuais. Também a combinação Atezolizumab-Bevacizumab mostrou resultados promissores na sobrevivência livre de progressão em população PD-L1 positiva relativamente a Sunitinib, sendo os dados de sobrevivência global ainda imaturos.

A escolha da 1ª linha é determinante no prognóstico destes doentes e esta gestão deve ser sempre individualizada, tendo em conta também as considerações clínicas e a experiência do profissional, priorizando o

máximo benefício clínico com menor toxicidade e impacto na qualidade de vida do doente.

A que casos se aplica o uso da imunoterapia, tendo em conta, por exemplo, o score de risco IMDC?

A combinação dos inibidores dos checkpoints imunológicos (ICI) Nivolumab e Ipilimumab é atualmente o tratamento de eleição na subpopulação de doentes com risco intermédio e alto risco, trazendo uma melhoria da sobrevivência global e da taxa de resposta comparativamente a Sunitinib. Mais recentemente, os dois grandes estudos de fase 3 com as combinações de TKI- imunoterapia (Avelumab-Axitinib e Pembrolizumab-Axitinib) apresentaram resultados muito interessantes ao demonstrar vantagem comparativamente a Sunitinib em termos de sobrevivência livre de progressão e taxa de resposta objetiva, independentemente do subgrupo de risco IMDC. Na associação com Pembrolizumab verificou-se ainda benefício na sobrevivência global, em todos os grupos de risco e categorias de expressão de PD-L1. Este resultado levou a integrar a combinação de Pembrolizumab-Axitinib nas novas recomendações de 1ª linha, estando ainda a associação Avelumab/Axitinib dependente de um maior follow-up para a análise de sobrevivência global.

Dos estudos que existem, como evolui a sobrevivência global com imunoterapia VS os inibidores multiquinase

«Na associação com Pembrolizumab verificou-se ainda benefício na sobrevivência global, em todos os grupos de risco e categorias de expressão de PD-L1. Este resultado levou a integrar a combinação de Pembrolizumab-Axitinib nas novas recomendações de 1ª linha»

utilizados em monoterapia?

Nos últimos anos, com a introdução dos inibidores dos checkpoints imunológicos, a melhoria da sobrevivência mediana destes doentes foi inegável. A vantagem na sobrevivência global foi demonstrada na combinação de Pembrolizumab-Axitinib, em todos os grupos de risco, com redução do risco de morte em 47%, e com a combinação de Nivolumab e Ipilimumab nos grupos de risco intermédio e alto, com redução de risco de morte de 37%, comparativamente a Sunitinib. Um maior follow-up trará futuramente dados mais robustos na análise de sobrevivência global, nomeadamente noutras combinações com imunoterapia (Avelumab-Axitinib e Atezolizumab-Bevacizumab).

Para uma patologia que pode ter uma progressão rápida em estádios avançados e, querendo prolongar a sobrevivência destes doentes com o máximo de qualidade de vida, há ainda caminho a percorrer. Quais pensa serem as necessidades médicas por responder?

A identificação e a validação de biomarcadores preditivos será crucial num futuro próximo para otimizar a seleção da primeira linha e a sequenciação terapêutica. O modelo de estratificação de risco IMDC tem sido um componente essencial no desenho dos ensaios clínicos em CCR e, na ausência de biomarcadores validados e reprodutíveis, orienta-nos atualmente na seleção do tratamento nestes. Sabe-se, contudo, que se trata de um modelo que integra fatores de prognóstico. Outra "área cinzenta" reside no papel do PD-L1 como biomarcador preditivo, apesar de sobreexpresso em aproximadamente 25% dos CCR subtipo células claras e de estar associado a piores outcomes.

São necessários também mais estudos para compreender o impacto da combinação TKI- imunoterapia versus sequenciação ou mesmo duplete de imunoterapia, assim como da sequência TKI seguido de imunoterapia e vice-versa.

O facto da subpopulação de risco favorável caracterizar-se, frequentemente, por doença mais indolente e ausência de sintomatologia, leva também a que o recurso às combinações não seja inequívoco, pela toxicidade acrescida e impacto na qualidade de vida do doente.

Considera-se também premente mais ensaios clínicos específicos para os subtipos histológicos não-células claras, onde os dados clínicos são ainda muito limitados. ❤️

ADSE tem 650 mil reembolsos por processar por falta de pessoal

Atrasos na análise dos pedidos de reembolso têm vindo a agravar-se. Membro da direção do subsistema afirma que faltam cerca de 70 trabalhadores para a ADSE funcionar normalmente.



“a falta de funcionários está a estrangular a ADSE, a causar a insatisfação dos beneficiários e a fragilizá-la face aos grandes grupos privados de saúde”, alerta Eugénio Rosa, membro do conselho diretivo da ADSE

ADSE tem cerca de 650 mil documentos de despesas no regime livre por tratar. Isto para além de muitos outros que estão por digitalizar. Uma situação que leva a atrasos “enormes” nos reembolsos, noticiou o jornal Público

A DGS registou 15 mortes em 2018, 11 em 2017, com a diretora-geral da Saúde, Graça Freitas, a referir que “existe uma certa estabilidade” nos números que “são pequenos”.

O problema dos atrasos na análise dos pedidos de reembolso neste subsistema não é novo mas está a agravar-se, a crer nos dados da última informação aos beneficiários que Eugénio

Rosa, membro do conselho diretivo da ADSE eleito pelos representantes dos beneficiários, divulgou há dias. Uma situação que decorre, em grande parte, diz aquele responsável, do facto de a ADSE ter “atualmente 194 trabalhadores quando precisa de 270”. Segundo o economista, citado pelo Público, a falta de funcionários “está a estrangular a ADSE, a causar a insatisfação dos beneficiários e a fragilizá-la face aos grandes grupos privados de saúde”.

Ainda segundo a mesma fonte, dos documentos de despesa em análise - e chegam “cerca de 12 mil por dia - cerca de 90% dão direito a reembolso”.

Uma situação que tem motivado queixas por parte dos beneficiários. No Portal da Queixa, as reclamações contra os atrasos nos reembolsos da ADSE acumulam-se. É o caso de Paulo Borges, um beneficiário do subsistema que faz hemodiálise desde 2003, e que se queixava há cerca de uma semana por não ter sido ainda reembolsado de um montante superior a nove mil euros devido pelo transporte de que necessita para efetuar os tratamentos. Apesar de já ter reclamado por ter ficado à espera pelo pagamento de despesas no passado, garante que “nunca estive 11 meses com os reembolsos em atraso como se verifica no corrente ano”.

Na sequência dos seus protestos - é doente com “insuficiência renal crónica, com uma incapacidade elevada, há 16 anos a realizar tratamentos de hemodiálise, no mínimo três vezes por semana” -, foi notificado entretanto de que teria de apresentar atestado médico a comprovar a necessidade de transporte para o

tratamento, exigência que afirma nunca ter sido feita no passado. Enviou o atestado, mas em 13 deste mês continuava à espera dos reembolsos.

Um outro caso, o de Clarice Barrisco, beneficiária que no final de novembro criticava o facto de os dois pedidos de reembolso que submeteu na plataforma eletrónica em 19 de Agosto terem ficado “em processamento” apenas “dois meses depois” e continuarem ainda por liquidar. Os serviços da ADSE responderam à beneficiária, argumentando que o atraso se ficava a dever “ao elevado número de documentos que são registados diariamente”.

Há cerca de um ano e meio, o conselho diretivo decidiu que era urgente lançar concursos externos para contratar os trabalhadores que a ADSE necessitava para poder funcionar normalmente, mas nada foi feito até Abril deste ano, altura em que o ministro das Finanças “centralizou no seu ministério” os concursos de técnicos superiores do Estado. Destes, mais de 20 iriam trabalhar no subsistema, explica o economista.

Mas o serviço que ficou responsável pela realização do concurso (Ex-INA) “não tem recursos para fazer a avaliação dos 20 mil candidatos que se inscreveram e Mário Centeno tem recusado aprovar um orçamento para aquisição desses recursos”, acentua. Tudo isto acontece numa altura em que a ADSE não tem sequer falta de dinheiro, nota, a propósito, o economista, lembrando que este ano os trabalhadores e os aposentados descontaram até Novembro 562 milhões de euros, e que o subsistema tem ainda aplicados a prazo

no IGCP (Agência de Gestão da Tesouraria e da Dívida Pública) 350 milhões de euros.

A solução tem sido recorrer à aquisição de serviços externos para recuperar os atrasos que, se antes eram em média de 60 dias, agora chegam aos 90 dias, havendo casos em que os pagamentos chegam a ficar pendentes seis a sete meses, adianta. Só que também para estes contratos é necessária autorização das Finanças.

Eugénio Rosa mostra-se igualmente preocupado com as recentes declarações da ministra da modernização do Estado, Alexandra Leitão, que defendeu a transformação da ADSE numa associação mutualista, o que, no seu entender, vai abrir a porta “a uma rápida e fácil captura da ADSE pelos grandes grupos privados da saúde”. A ADSE “movimenta anualmente mais de 680 milhões de euros por ano” e, “sem a proteção do Estado, rapidamente seria capturada por estes grupos” que criariam as condições para transformar o subsistema “num seguro de saúde igual aos muitos que existem com plafonds na despesa e com copagamentos elevados”, defende.

Questionando igualmente o facto de a proposta da nova tabela de preços do regime convencionado continuar por definir, depois de ter sido prometida há um ano e meio, o economista diz que os representantes do Governo no conselho diretivo se têm oposto à assinatura de convenções com pequenos e médios prestadores, “promovendo uma maior concentração nos grandes grupos de saúde, pois obrigam os beneficiários a deslocar-se aos seus hospitais”. **SO/LUSA**

FERTILIDADE.INFO

**EM TERMOS DE
FERTILIDADE,
OS 40 SÃO
OS NOVOS 30?**

MAIS FINAIS FELIZES

Criança operada com sucesso a epilepsia refratária com técnica inovadora

Técnica de “termoablação por laser” permite destruir os tecidos doentes no cérebro de forma minimamente invasiva, com taxas de complicações menores e internamentos mais curtos.



No dia seguinte à cirurgia, “a criança parecia que não tinha sido operada. Em termos de vitalidade, estava ótima e sem crises”, relatou Alexandre Campos, o neurocirurgião que realizou a “termoablação por laser.

Uma criança de dois anos com epilepsia refratária foi submetida com sucesso a uma cirurgia inovadora, através de laser, realizada pela primeira vez em Portugal no Hospital de Santa Maria, em Lisboa.

A criança, com um hamartoma (malformação congênita de aspecto tumoral, caracterizada por misturas anormais de tecidos próprios do órgão em que se apresenta) hipotalâmico e epilepsia refratária, foi operada na sexta-feira e teve alta dois dias depois, um dia antes do previsto, disse hoje à agência Lusa Alexandre Campos, o neurocirurgião que realizou a “termoablação por laser”, uma técnica que permite destruir tecidos doentes no cérebro de forma minimamente invasiva, com taxas de complicações menores e internamentos mais curtos.

No dia seguinte à cirurgia, “a criança parecia que não tinha sido operada. Em termos de vitalidade, estava ótima e sem

crises”, contou o especialista do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa (CHULN).

Alexandre Campos disse que tem recebido alguma informação da família a dizer que “a criança continua muito bem”. Contudo, ressaltou, o resultado do tratamento tem que ser observado a longo prazo.

“Se há complicações nós vemos logo, mas o resultado final, se fica sem crises, tem de se ver ao fim de um, dois, três ou mais anos”, disse, sublinhando que a criança pode nunca mais voltar a ter epilepsia.

Recordando o caso, o neurocirurgião contou que a criança tinha uma lesão malformativa localizada numa zona muito profunda do cérebro junto ao hipotálamo, que é um centro regulador de uma série de funções importantes no cérebro.

“Quando estas malformações aparecem podem provocar várias

coisas, como uma puberdade precoce”, que se consegue controlar com medicação hormonal, ou uma epilepsia refratária, resistente aos medicamentos.

“Os medicamentos podem ir atenuando as crises mas a criança continua a tê-las e se continuarem ao longo da vida vai ser prejudicial para o cérebro, porque não vai conseguir desenvolver-se corretamente porque está constantemente com aquelas descargas”, explicou.

Alexandre Campos adiantou que este tipo de epilepsia é muito característico porque provoca “um riso descontextualizado e desadequado”.

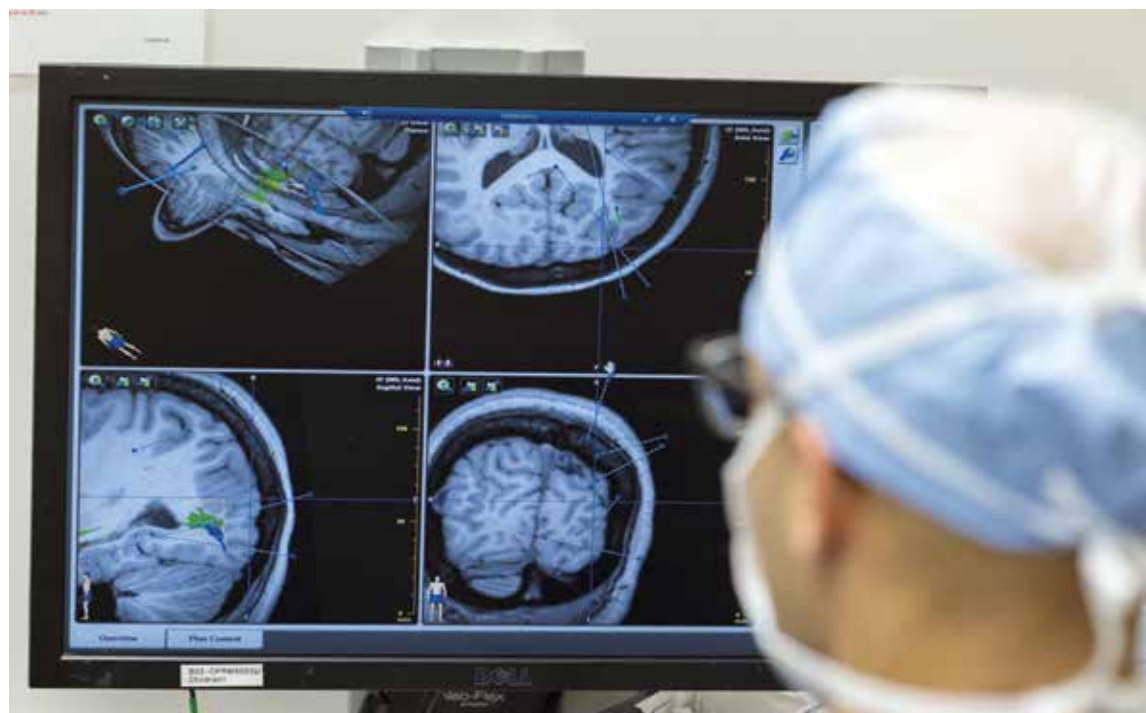
Ao perceberem que a criança tinha “uma epilepsia fármaco resistente” e que estava com um aumento das crises, com cinco a dez por dia, os médicos decidiram usar esta técnica que foi introduzida na Europa em março de 2018, existindo atualmente 17

centros na Europa a realizar esta técnica.

“A criança teve uma evolução fantástica” e é “uma técnica minimamente invasiva, portanto, não dá o transtorno de uma abertura do crânio”, venceu.

Na próxima semana, um jovem de 16 anos vai ser submetido a esta cirurgia, uma vez que já fez um tratamento prévio que reduziu o número de crises, mas não as tratou, avançou o médico que faz parte do Grupo da Cirurgia da Epilepsia, que junta neurocirurgiões, neuropediatras, neurologistas e neurorradiologistas.

Todos os anos surgem em média cerca de 250 casos de epilepsia refratária: “Um terço dos doentes com epilepsia vão ter sempre crises, apesar da medicação, e nestas vamos ter de avaliar se há ou não outra alternativa, nomeadamente a cirurgia”, explicou o médico, estimando que sejam entre 10 a 20% deste terço. **SO/LUSA**





‘LNDetector’: Nova tecnologia ajuda médicos a identificar nódulos pulmonares

Investigadores do INESC TEC e do Centro Hospitalar de São João desenvolveram uma tecnologia que auxilia os médicos a identificar, caraterizar e classificar nódulos pulmonares.



“Com base numa grande quantidade de tomografias anotadas pelos médicos, a tecnologia consegue detetar os nódulos, caraterizar quais são e por fim, classificar se o nódulo é maligno ou benigno”, explica António Cunha, investigador do INESC TEC e docente na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD).

A criança, com um hamartoma “Quem faz o diagnóstico é sempre o médico, sendo que esta ferramenta é de apoio à decisão, como que, uma ferramenta de segunda opinião. Não vai substituir o papel dos profissionais de saúde”, afirmou hoje António Cunha, investigador do INESC TEC e docente na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD). Segundo o investigador, a tecnologia, intitulada ‘LNDetector’ e financiada em 168 mil euros pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), surge da necessidade de “ajudar os médicos” durante o processo de diagnóstico do cancro do pulmão. “O cancro do pulmão é atualmente o mais letal e a solução passa pelo diagnóstico precoce. Para fazermos esse diagnóstico são necessários

raastreios onde são utilizadas tomografias computadorizadas (TAC) que têm entre 300 a 500 imagens. Através dessas imagens, os médicos caracterizam os nódulos, que por vezes são muito pequenos e difíceis de encontrar”, explicou. Assim, recorrendo à inteligência artificial e a algoritmos, a tecnologia evita que o “diagnóstico da doença seja tardio”, uma vez que o ‘LNDetector’ auxilia todo o processo de diagnóstico e desempenha o papel de uma “segunda opinião”. “Com base numa grande quantidade de tomografias anotadas pelos médicos, a tecnologia consegue detetar os nódulos, caraterizar quais são e por fim, classificar se o nódulo é maligno ou benigno”, referiu António Cunha, adiantando que o sistema “vem aliviar e reduzir alguma

responsabilidade do médico”. “Fizemos vários testes com radiologistas no Hospital São João e o ‘feedback’ foi muito bom. Este sistema vem aliviar e reduzir alguma responsabilidade porque o médico passa a ter uma segunda opinião e poder consultar o sistema para ver se algo lhe escapou”, disse. À Lusa, António Cunha adiantou que, além de identificar, caracterizar e classificar os nódulos pulmonares, o sistema permite também fazer o acompanhamento do doente. “Além disso acrescentamos-lhe uma funcionalidade para fazer o ‘follow up’ do doente. Isto é, os médicos, depois de diagnosticar o paciente, têm um protocolo que diz como fazer para seguir o paciente, como que, uma previsão e aconselhamento do acompanhamento”, concluiu. ❤️ **SO/LUSA**

13th SYMPOSIUM OF
BIAL FOUNDATION



BEHIND AND BEYOND THE BRAIN

Aquém e Além do Cérebro

The mystery of time

Casa do Médico - Porto

April 1 to 4, 2020

Organizing Committee:

President

AXEL CLEEREMANS (Brussels)

ETZEL CARDEÑA (Lund)

MIGUEL CASTELO-BRANCO (Coimbra)

RUI COSTA (New York and Lisbon)

RAINER GOEBEL (Maastricht)

STEFAN SCHMIDT (Freiburg)

CAROLINE WATT (Edinburgh)

Participants:

DARYL BEM (Ithaca, NY)

ORFEU BERTOLAMI (Porto)

MICHAEL BRECHT (Berlin)

DEAN BUONOMANO (Los Angeles)

JIMENA CANALES (Urbana-Champaign)

ETZEL CARDEÑA (Lund)

BERNARD CARR (London)

MIGUEL CASTELO-BRANCO (Coimbra)

AXEL CLEEREMANS (Brussels)

RUI COSTA (New York and Lisbon)

PATRICIA CYRUS (Orlando)

TERESA FIRMINO (Lisbon)

RAINER GOEBEL (Maastricht)

JULIA MOSSBRIDGE (Evanston and San Francisco)

KIA NOBRE (Oxford)

STEFAN SCHMIDT (Freiburg)

ANIL SETH (Sussex)

DANIEL SHEEHAN (San Diego)

MÁRIO SIMÕES (Lisbon)

WOLF SINGER (Frankfurt)

JOSEPH S. TAKAHASHI (Dallas)

CAROLINE WATT (Edinburgh)

MARC WITTMANN (Freiburg)

FUNDAÇÃO

Bial

Institution of public utility

