

ENTREVISTA | PROF. DRA. DULCE BRITO

Insuficiência Cardíaca: telemonitorização reduz em 73% risco de internamento

PÁG. 22



PÁG. 19

DR. GONÇALO CORDEIRO FERREIRA

“Nunca houve tantos pediatras”. Mas estão mal distribuídos



OPINIÃO | ANTÓNIO ALVIM

Modelos A: Revoltem-se!

PÁG. 4

Eutanásia. Médicos divididos, mas maioria concorda com legalização



PÁG. 5

“É a chave”. SNS vai ter mais 40 centros de gestão com incentivos”



Pág. 28

DR. VÍTOR PAIXÃO DIAS

ESPECIAL HIPERTENSÃO

- Nova associação fixa revela eficácia superior

- HTA nas criança se adolescentes

- HTA na doença oncológica



PÁG. 15

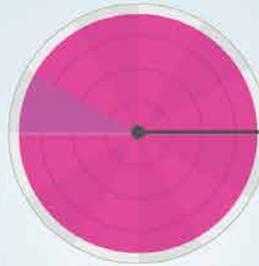
NACIONAL

Ordem suspendeu 16 médicos no ano passado, a maioria a Norte

PÁG. 29

Neurobion

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



87,4%*

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



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

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

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

**ENTREVISTA |
Prof. Dra. Dulce Brito**

Insuficiência Cardíaca: telemonitorização reduz em 73% risco de internamento



4 Opinião | António Alvim

Modelos A. Revoltem-se!

5 Nacional | Eutanásia.
Médicos divididos, mas maioria
concorda com legalização

6 Nacional | Há doentes
que esperam 6 meses
por cuidados paliativos

8 Nacional | Mais de 80%
dos portugueses sem médico
de família vivem na região
de Lisboa

Governo voltou a falhar meta de meta da
cobertura total – neste momento, cerca de 600
mil utentes ainda não têm clínico atribuído (500
mil em Lisboa).

9 Investigação | Nova terapia
estimula regeneração
dos neurónios após
lesão na medula

10 Nacional | Falta de médicos
no Santa Maria é “problema
antigo”, diz diretor clínico

14 Especial | Hospitais
proibidos de comprar
medicamentos
para cancro e VIH

20 Nacional | Novas
demissões reabrem crise
no Hospital de Faro

24 Investigação | Doentes
cardiovasculares
não mudam comportamentos
após AVC ou enfarte

Estudo europeu, que envolveu Portugal, concluiu
que uma percentagem significativa de doentes
não muda os comportamentos depois de sofrer
um enfarte do miocárdio e/ou AVC.

25 Investigação | Estudo.
Casos de meningite B
caíram 75% em 3 anos

26 Investigação | Estatinas
e metformina diminuem
risco de morte em pacientes
com cancro da próstata

27 Investigação | Descoberto
anticorpo que previne o
desenvolvimento de resistências
em doentes com VIH

28 Nacional | “É a chave”.
SNS vai ter mais 40 centros
de gestão com incentivos

30 Investigação |
Transplantação com
células estaminais melhora
prognóstico em doentes
oncológicos de alto risco

A transplantação com sangue do cordão
umbilical resultou numa elevada taxa
de sobrevivência e reduzida incidência
de complicações pós-transplante.

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

Modelos A. Revoltem-se!



António Alvim,
médico de família

Serve este artigo para dizer aos Modelos A que se não querem ser toda a vida Modelos A está na altura de se revoltarem.

Porque se devem revoltar

No Encontro Nacional da USF-AN de Novembro passado, a Ministra da Saúde informou-nos que as quotas para passagem a Modelo B terminaram e que a partir de 2020 todos os Modelos A com pareceres técnicos aprovados passariam a Modelo B no ano seguinte à aprovação. Mas acrescentou um grande MAS. Que só haveria novos Modelos Bs depois da Revisão do Modelo.

E de facto isto é referido no Despacho nr.11307-A/2019 de 2019 11 29 a propósito da avaliação conjunta do modelo de indicadores, incentivos e resultados associados às USF do modelo B, feita em 2019 pela ACSS e Estrutura de Missão para a Sustentabilidade do Programa Orçamental da Saúde. Refere-se: Em consonância com essa avaliação, o Governo reitera a necessidade de revisão do modelo ao longo de 2020. Posteriores decisões de transição de novas USF de modelo A para o modelo B já deverão ser concretizadas após essa revisão e deverão refletir os termos que nesse contexto venham a ser definidos.

E, no despacho publicado hoje sobre o número de novas USFs para 2020, consta:

5 – Em 2020, o número de USF a transitar do modelo A para o modelo B é estabelecido por despacho conjunto dos membros do Governo responsáveis pelas áreas das finanças e da saúde, após a aprovação do novo modelo de pagamento pelo desempenho

para as USF de modelo B, a apresentar pela Estrutura de Missão para a Sustentabilidade do Programa Orçamental da Saúde e a negociar nos termos da lei.

E isto é de acordo com esta Resolução do Conselho de Ministros nr 3/2020 de 2020 02 05 que prorroga por seis meses a Estrutura de Missão para a Sustentabilidade do Programa Orçamental da Saúde e atribui-se a esta a função de fazer a proposta de novo modelo de pagamento do Modelo B.

Lê-se no seu nº 3

Estabelecer que a EM -SPOS, para além dos objetivos atribuídos pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 37/2018, de 15 de março, prossigue ainda:

1. e) A apresentação de proposta de novo modelo de pagamento pelo desempenho para as Unidades de Saúde Familiar modelo B;

Fazer depender a passagem do Modelo A ao Modelo B da revisão prévia do modelo B e entregar esta revisão a uma obscura estrutura de Missão que apenas tem em conta a salvaguarda imediata do Orçamento da Saúde, num contexto que todos sabemos ser de enormíssima pressão sobre este, ainda por cima quando na mesma RCM se lhe reduz o staff técnico de 10 para quatro elementos, não poderá ter outro resultado de que dali nada irá sair e em consequência não haverá novos modelos B. Nem em 2020 nem provavelmente nunca.

Que aquela estrutura de missão, que só sabe de números, tivesse que dar um parecer, ainda se percebia. Agora, entregar-lhe a fazeitura da proposta... é a forma de acabar com o modelo B jurando que ele vai continuar e que as quotas até acabaram. Pudera...

Aqueles B que já existem continuarão com todos os seus privilégios e o resto continuará eternamente em Modelo A. Assisti a isto com os Regimes Experimentais em que só os primeiros 19 foram aprovados tendo ficado 80 candidaturas definitivamente penduradas, apesar das repetidas profissões de fé dos políticos e da Administração nos RREs. Felizmente depois de seis anos na gaveta, com a Reforma de 2006 puderam ser repescadas para serem USFs.

Lembra-se que no Programa de

Governo não existe qualquer referência ao Modelo B. Está:

- Rever e universalizar o modelo das unidades de saúde familiar (USF) a todo o país, adequando-o à realidade de cada região;

E é nessa linha o recente discurso do Primeiro Ministro que pode ser encontrado no Portal do Governo.

Assim parece que o futuro dos Modelos A é serem ... Modelos A

Qual o Motivo da Revolta

Políticos, Administração, Sindicatos e Concelhos Gerais das USFs não souberam honrar aquilo que é um modelo excepcional. O lema inicial "A USFs centradas os utentes" na realidade converteu-se em "USFs centradas os profissionais e nos interesses corporativos"

Um modelo que dava todas as condições (remuneração, equipa, instalações) para se ser Médico de Família no pleno sentido hipocrático, com autonomia e responsável por inteiro pelo seguimento de um conjunto de utentes regrediu para o Modelo burocrático autolimitado por horários de 35 horas, ou pouco mais, assente num TMRG de 3 semanas, centrado em indicadores e virado para a própria Organização e os interesses dos seus profissionais, a quem a Administração, à revelia da lei, concedeu a faculdade de autodeterminar as suas cargas horárias e modelo de horário. E por isso, sem que ninguém se importasse, foi perdendo a diferenciação que o devia justificar. Tanto mais que no modelo comparativo a antiga geração de MFs do modelo tradicional, que se tinha acomodado, está a ser substituída por toda uma nova geração, de muita qualidade, muito bem preparada e cheia de garra.

A questão, ao contrário do que se possa pensar, nunca foi com o número de horas, que deviam ser as necessárias para se manter um acesso de 5 dias úteis (e menos sempre que a situação do doente o justificar). 40 hs com dois períodos assistenciais por dia (manhã e tarde) pelo menos em 4 dias da semana, mais 1 hora de isenção de horário em quatro dias da semana, para quem tem 9 Ucs de lista, não só cumpre com as horas pagas como é o adequado para se conseguir ter um TMRG de 5 dias úteis. E se isto fosse cumprido nenhum político se atreveria

a pôr o Modelo B em causa.

Para quem achar que é muito convém lembrar que é a justificação para os Médicos de Família, sem noites, nem fins de semana conseguirem uma remuneração superior à do Primeiro Ministro (a quem se exige uma disponibilidade total e permanente e uma tremenda responsabilidade).

Contra quem se devem revoltar

Em primeiro lugar contra a Administração. Da ACES's aos Diretores Executivos passando pela extinta Coordenação Nacional da Reforma dos CSPs, e pelos Presidentes ARSs, porque em vez de fazerem cumprir a Lei, todos eles coincidiram e se refugiaram numa interpretação errada do Decreto Lei das USFs (e sabem-no), aliás expressa nos seus relatórios, validando até 2018 o escândalo de horários de 35 hs e em alguns casos com três tardes sem atividade assistencial (não sabemos quantos porque as ARS não cumpriram o determinado no despacho de publicarem as atas com os horários- outro escândalo) de quem tinha 9 Ucs de lista, que, desde 2012, correspondem ao mesmo número de Unidades Ponderadas de quem está em Modelo A e em UCSP, recebendo metade pelo mesmo trabalho e tendo que fazer 40 horas distribuídas por dois períodos (manhã e tarde).

Administração que tendo validado sem problema horários de 35 hs até 2018 inclusive, em 2019, sem que tivesse havido qualquer alteração na lei ou qualquer nova diretiva (de novo apenas o facto do assunto ter sido exposto) em 2019 já se recusou a aprová-los; mas os DEs dos ACES não tiveram coragem de os recusar e demitiram-se de uma das suas funções primordiais enquanto dirigentes da Administração: Aprovar ou recusar horários. Simplesmente não se pronunciaram. E assim 74% das 70 USFs B da ARSLVT chegaram ao fim de 2019 sem que os horários tivessem sido aprovados (ou recusados), o que as coloca numa situação de ilegalidade.

E ainda que tudo isto se possa dever a orientações dadas em telefonemas do gabinete dos vários Ministros da Saúde, a verdade é que a Administração é autónoma e tem o dever de o ser e de fazer cumprir a Lei.

Eutanásia. Médicos divididos, mas maioria concorda com legalização

Num inquérito feito a 1146 clínicos da zona Norte, 51% são a favor da eutanásia mas apenas um terço admitia que o faria.

Embora esteja longe de ser uma amostra representativa da comunidade médica nacional, o estudo agora divulgado, e feito junto de **1146 médicos da zona Norte**, mostra divisão entre os médicos quanto à eventual legalização da eutanásia. **51% dizem concordar**, 32% são contra e 17% não tem ainda uma opinião definitiva, avança o jornal Público.

Apesar da maioria de opiniões favoráveis, a percentagem de médicos que aceitaria ajudar um doente a morrer baixa consideravelmente. **Apenas 37% admite que o faria**, embora ainda haja 19% de indecisos. 44% afirma que não participaria no processo de eutanásia em nenhuma circunstância.

“Os médicos que têm maior contacto com doentes em fim de vida



são, com maior frequência, desfavoráveis” em relação aos “que têm menor ou nenhum contacto”, sublinha **José Ferraz Gonçalves, autor do estudo** e médico oncologista. Admitindo ser contra a legalização da eutanásia, o também diretor do serviço de cuidados paliativos do IPO do Porto lamenta que a amostra do estudo não tenha sido maior. “O inquérito está no site [da

Ordem dos Médicos] mas ninguém o vê. E apenas a Secção Regional do Norte da Ordem se dispôs a incentivar os médicos a participar, enviando aos inscritos três emails sucessivos. Por isso, o estudo só foi operacionalizado no Norte”, refere Ferraz Gonçalves. Não é a primeira vez que este oncologista tenta ‘auscultar’ os colegas sobre este assunto. **Em 2007**

perguntou o mesmo a 450 oncologistas, que, à data, também já se mostravam divididos, embora o ‘não’ prevalecesse (42% VS 39%).

No inquérito agora conhecido, seis médicos admitem já eutanasiado um doente e outros dois participaram em suicídios assistidos. Um número reduzido, que mostra, segundo Ferraz Gonçalves, que esta não é uma prática comum em Portugal.

Já o bastonário da Ordem dos Médicos [OM], que tem assumido sempre, em nome da OM, uma posição claramente desfavorável à legalização admite que a possível na classe médica não é unânime mas diz acreditar que a maioria dos profissionais é contra a eutanásia. **TC/SO**

Eutanásia: “Não é preciso o rever Código Deontológico dos médicos”

O bastonário da Ordem dos Médicos defende que a eventual aprovação de uma lei da eutanásia não implica uma revisão do Código Deontológico.

O bastonário dos Médicos considera que “a lei não pode dizer como é que os médicos têm de ter o seu Código Deontológico”.

“A lei não pode dizer qual é que vai ser a conduta ética dos médicos. A conduta ética dos médicos é uma conduta ética de um conjunto de profissionais que não pode ser imposta pelo poder político, porque senão acabava-se a essência das profissões”, defendeu.

Embora reconheça que há médicos favoráveis à despenalização da eutanásia, Miguel Guimarães, admitiu que poderá haver muitos médicos objetores de consciência



Miguel Guimarães.

neste domínio, mas lembrou também que “praticar a eutanásia é proibido pelo código deontológico”. Mas confrontado com a possibilidade de haver médicos que

aceitem a prática da eutanásia nos termos da legislação, mantendo-se a proibição dessa prática no código deontológico, Miguel Guimarães assegurou que esses médicos

seriam sempre despenalizados.

“Os médicos que praticarem a eutanásia não correm o risco de serem sancionados [pela Ordem dos Médicos], porque serão sempre despenalizados através da lei. A lei está acima do código deontológico em termos de prevalência”, frisou Miguel Guimarães, reiterando a ideia de que não é necessária uma revisão do Código Deontológico dos Médicos.

“Não é por aí que deixará de haver eutanásia. Pode não haver eutanásia por outros motivos, que têm a ver com a dignidade com autonomia”, sublinhou. **SO/LUSA**

Há doentes que esperam 6 meses por cuidados paliativos

Em dois distritos não há sequer uma cama para internamento em cuidados paliativos. Número de equipas domiciliárias está também muito aquém do desejável.

A orbitar em volta do debate sobre a eutanásia, os cuidados paliativos voltam a ganhar lugar de destaque como um dos argumentos preferenciais dos críticos da despenalização da morte assistida. No entanto, os cuidados médicos nesta área são ainda insuficientes e os tempos de espera excessivos.

Na zona do Grande Porto, no Hospital de São João por exemplo, há doentes referenciados para receberem cuidados paliativos que chegam a **esperar seis meses pela primeira consulta**, segundo avança a presidente da Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, Edna Gonçalves, em declarações ao jornal Público.

Mas pior do que uma espera demorada, é existirem **zonas do país que não têm ainda nenhuma**



cama alocada a doentes que precisam de cuidados paliativos. É o caso dos distritos de Leiria e de Viana do Castelo, que juntos têm mais de 700 mil habitantes.

A situação é ainda mais grave porque há oito anos que a lei prevê o direito de acesso a cuidados

paliativos a todos os doentes portadores de doença grave ou incurável. No entanto, no caso de Viana do Castelo, a Unidade de Saúde Local do Alto Minho dispõe de uma equipa que vai a casa dos doentes.

Em todo o país, há 381 camas

exclusivamente dedicadas a este tipo de cuidados, sendo que 231 estão em hospitais e as restantes na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Segundo Edna Gonçalves, **era necessário, pelo menos, duplicar o número de camas.** A média portuguesa é de 40 a 50 por cada 100 mil habitantes mas a Associação Europeia de Cuidados Paliativos recomenda 80 a 100 camas pelos mesmos 100 mil habitantes.

Embora a aposta do SNS seja a de manter os doentes em casa, apoiados por equipas domiciliárias, neste momento, nem metade de todos os agrupamentos de centros de saúde (ACES) tem esta valência. O ideal era haver pelo menos uma equipa em cada um dos 54 ACES mas só 26 a disponibilizam à população. **TC/SO**

Teleconsultas no SNS registam número mais elevado em 2019

Foram realizadas mais de 30 mil teleconsultas em 2019, um crescimento de 13,5% face ao ano anterior.

Mais de 30 mil teleconsultas foram realizadas no Serviço Nacional de Saúde (SNS) em 2019, ano que registou o número mais elevado, com **um crescimento de 13,5% relativamente a 2018** e de 5,7% face a 2017, segundo dados divulgados na quinta-feira, dia 6 de fevereiro. Em média, em 2019 foram realizadas diariamente mais de 80 teleconsultas (no total de 30.074), que permitiram aos utentes serem vistos por um médico, através de um computador ou de um telemóvel. De acordo com os dados dos

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), publicados no Portal do SNS, **mais de 100.000 teleconsultas foram registadas no Serviço Nacional de Saúde desde 2016 até ao dia 31 de janeiro de 2020.**

Relativamente aos dados apresentados, entre 2016 e janeiro de 2019, a **Unidade de Saúde Local de Matosinhos** destacou-se como a instituição com o maior número de teleconsultas.

Os SPMS avançam que, ainda em fevereiro, a **atividade de teleconsulta irá arrancar no**

Centro Hospitalar do Oeste e no Hospital de Ovar e, no final do mês, **prevê-se o início no Centro Hospitalar Póvoa do Varzim – Vila do Conde.**

Em 2020, o “grande desafio” passa, essencialmente, pela substituição da PDS Live para a nova RSE Live, quer na atividade em tempo real de Profissional de Saúde – Profissional de Saúde, quer nas Teleconsultas de Profissional de Saúde – Utente, a partir da Área do Cidadão.

Segundo os SPMS, o Centro Nacional de TeleSaúde (CNTS)

tem “contribuído de forma efetiva para o desenvolvimento da telessaúde no sistema de saúde português”.

Inserido na reforma dos cuidados de saúde, o CNTS integra estruturas organizacionais já existentes, de modo a rentabilizar a capacidade da rede nacional de unidades do SNS.

De acordo com os SPMS, as teleconsultas melhoram a acessibilidade, levando o SNS a todos os cidadãos, o que representa uma mais-valia para todo o sistema de saúde. **SO/Lusa**



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 - 8.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

Mais de 80% dos portugueses sem médico de família vivem na região de Lisboa

Governo voltou a falhar meta de meta da cobertura total – neste momento, cerca de 600 mil utentes ainda não têm clínico atribuído (500 mil em Lisboa).

A ministra da Saúde adiantou esta segunda-feira que cerca de 600 mil portugueses ainda não têm médico de família e que, desses, 500 mil residem na região de Lisboa. Marta Temido justificou o número com a inscrição no SNS de milhares de cidadãos estrangeiros, que vieram pressionar o sistema de saúde.

“Temos tido dificuldades em concretizar o objetivo porque temos um **número significativo de cidadãos de outros países que se têm fixado em Portugal**. Mais 200 mil inscritos do que tínhamos quando nos propusemos alcançar a nossa meta”, referiu a ministra. Apesar de o número de utentes sem médico ter vindo a baixar



de forma tímida ao longos dos anos (apesar de algumas **variações contrárias**), no final da anterior legislatura, em Outubro, o **governo ficou longe do objetivo de**

conseguir uma cobertura total nos cuidados de saúde primários. E para o conseguir nos próximos quatro anos, o Ministério da Saúde terá forçosamente de

umentar de forma exponencial o número de especialistas em Medicina Geral e Familiar na região de Lisboa.

Isto porque há centros de saúde onde a capacidade de resposta é muito baixa. No centro de saúde de **Algueirão**, nos subúrbios da capital, 60% dos utentes não tem médico – são mais de 26 mil pessoas. Já no centro de saúde da **Alameda**, no ‘coração’ de Lisboa a situação é ainda pior: 65% não têm clínico atribuído (mais de 21 mil pessoas). Em Setúbal, o centro de saúde de **São Sebastião** não consegue dar resposta a quase 20 mil utentes. E na Amadora, são quase 21 mil o que ficam de fora. E os exemplos sucedem-se. **TC/SO**

Atendimentos nas urgências batem máximos de seis anos

Ministério da Saúde volta a não cumprir objetivo e prevê agora para 2020 uma redução dos episódios de urgência.

No ano passado, registaram-se cerca de **6,4 milhões de atendimentos de urgência em serviços hospitalares**, mais 60 mil do que em 2018, segundo os últimos dados que constam do Portal da Transparência do SNS. Esta evolução contraria a intenção do governo, que esperava uma queda neste tipo de atendimentos já em 2019.

Para este ano, o Ministério da Saúde, liderado por Marta Temido, volta a prever uma redução nas consultas de urgência na ordem dos 3%, o que representa 190 mil atendimentos a menos, avança o jornal Público. A acontecer, esta diminuição poderia garantir uma poupança de 40 milhões de euros ao SNS.



A intenção de reduzir o número de atendimentos urgentes é antiga mas a verdade é que o problema da grande procura pelos serviços de urgências não só se tem mantido, como se tem vindo a agravar

nesta legislatura. Para evitar as longas esperas e o frequente incumprimento dos tempos máximos de espera estipulados para a observação médica, alguns hospitais na região Norte têm vindo e **encaminhar**

doentes triados com pulseira azul ou verde para os centros de saúde mais próximos. Exemplo disso são os hospitais de **Gaia**, o **São João** (no Porto), ou o **Hospital de Barcelos**. **TC/SO**

Na foto, Mónica Sousa, Ana Rita Pinto Costa e Sara Sousa



Nova terapia estimula regeneração dos neurónios após lesão na medula

Investigadores do i3S, no Porto, desenvolveram uma terapia que pode estimular a regeneração dos neurónios do sistema nervoso central após uma lesão na medula.

Em comunicado, o Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (i3S) explica que o estudo, publicado na revista científica “The Journal of Clinical Investigation”, demonstra que a proteína, intitulada Profilina-1 (que regula a dinâmica do esqueleto celular), “estimula a regeneração de neurónios no sistema nervoso central, após uma lesão ou trauma”. “Quando [a proteína] está expressa nos neurónios numa quantidade muito elevada, **promove o crescimento do axónio [canal de comunicação dos neurónios, que permite o contacto com outros neurónios ou outras células do corpo humano] com efeitos robustos e surpreendentes**, mais concretamente, duplica o seu crescimento. Nenhuma outra molécula

ou medicamento tem este resultado”, indica o i3S.

Rita Costa, primeira autora do artigo, explica que a terapia proposta, introduzida por via intravenosa (administrada através de uma injeção que contém a proteína na sua versão modificada), é **“muito segura, dirigida e abrangente”**.

“Como se trata de uma proteína que já é naturalmente expressa no nosso organismo, não corremos o risco de uma rejeição. O que vamos fazer é com que os neurónios produzam maior quantidades desta proteína na sua forma ativa”, refere a investigadora.

E acrescenta, “o veículo que vamos usar para administrar a proteína modificada também já é usado no tratamento de outras

doenças do sistema nervoso, como a cegueira hereditária e a atrofia muscular espinal”.

Segundo Rita Costa, a terapia “não influencia outras células”, uma vez que o seu objetivo é “apenas fazer crescer os neurónios” que, por sua vez, “sem ajuda, são incapazes de se regenerarem sozinhos”. “A terapia é abrangente, porque pode ser testada noutros casos em que a integridade neuronal está comprometida, como neuropatias periféricas”, afirma, dando como exemplo os **danos nos neurónios ou a disfunção erétil resultante de intervenções cirúrgicas**.

Depois de terem testado a proteína em modelos celulares e num modelo animal, os investigadores pretendem agora testar a terapia

em dois estádios diferentes da lesão medular, condição que afeta, todos os anos, mais de 200 mil pessoas em todo o mundo.

“Apesar do progresso considerável no que respeita aos procedimentos médicos, cirúrgicos e de reabilitação, não existem tratamentos eficazes para a recuperação neurológica em caso de lesão medular, o que resulta em incapacidades permanentes nos pacientes”, indica o instituto de investigação.

O trabalho do grupo ‘Nerve Regeneration’ do i3S está a ser desenvolvido há mais de quatro anos, sendo que a investigação já foi premiada pelo programa Resolve, pelo fundo “Morton Cure Paralysis” e pelo Prémio Inovação Bluepharma. **SO/LUSA**



Falta de médicos no Santa Maria é “problema antigo”, diz diretor clínico

Quem o diz é o diretor clínico do hospital, que explica a carência de médicos com falta de formação de especialistas, que se arrasta há 10 anos.



Dr. Luís Pinheiro, diretor clínico do Santa Maria

O presidente do conselho de administração do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Joaquim Ferro, e o diretor clínico do Hospital de Santa Maria, Luís Pinheiro, foram ouvidos na Comissão de Saúde, no parlamento, a pedido do PSD, “a propósito da **degradação das condições de funcionamento dos hospitais do SNS** [Serviço Nacional de Saúde]”.

O pedido de audição surgiu na sequência de, em novembro passado, **21 chefes de equipa do serviço de urgência do Centro Hospitalar Lisboa Norte terem pedido escusa de responsabilidade** devido à falta de médicos, por considerarem não estarem reunidas as condições para

cuidados de saúde com qualidade e segurança, numa ação denunciada pelo Sindicato dos Médicos da Zona Sul.

“Um problema que parece ser novo, mas que é antigo”, disse Luís Pinheiro, sublinhando que “nada se passou” em novembro de 2019, do ponto de vista do serviço, que não se tenha passado em anos anteriores.

“Não é um problema por falta de vontade de contratar especialistas para as urgências, mas porque não [os] há”

“Terá acontecido algo diferente do ponto de vista do enquadramento, eventualmente, por uma questão de oportunidade ou de algum cansaço por parte das equipas. **Não é um problema por falta de vontade de contratar especialistas para trabalhar nas urgências, mas porque não [os] há**”, afirmou.

Luís Pinheiro salientou que existe uma “lacuna geracional” devido à falta de formação de especialistas há dez anos, pelo que agora estão em falta.

Mais de 50% dos médicos tem mais de 50 anos e alguns fazem urgências noturnas, sublinhou.

Por seu turno, Joaquim Ferro referiu que nos últimos anos houve uma alteração das equipas no serviço de urgência e que **hoje há menos especialistas**, o que obrigou a um esforço redobrado por parte dos especialistas de medicina interna.

Segundo o presidente do Centro Hospitalar de Lisboa Norte, constituído pelos Hospitais de Santa Maria e Pulido Valente, para minimizar este problema **está a ser reforçada a formação na área da medicina interna**.

O responsável exemplificou que há cerca de cinco anos apenas se formavam, naquele hospital, sete ou oito médicos, e em 2019 conseguiram formar-se 14, perspetivando-se que em 2020 se possam formar 17.

Outra das medidas apontadas por Joaquim Ferro foi a de reforçar a contratação de médicos desta especialidade, que “se tornou quase o tronco das equipas de urgência”, referindo ainda que durante três anos vai ser necessário “reforçar pelo menos em seis especialistas a medicina interna”.

“Temos a curto prazo três especialistas a mais já recrutados – e já no hospital – e no próximo concurso serão recrutados

mais três”, salientou, acrescentando que também se reforçou as equipas “com pessoas mais capacitadas” e internos com mais experiência.

Relativamente a contratações de profissionais de saúde, Joaquim Ferro indicou ainda que foi possível contratar cerca de 200 pessoas em 2019 e estão previstas mais aquisições nos próximos anos, afirmando que o hospital ficará “confortável com essas contratações” em todas as áreas.

O responsável considerou como “insuficiente” o investimento nos últimos anos e acrescentou que o objetivo é “tentar que, nos próximos três anos, a instituição consiga duplicar a capacidade de investimento”, o que significa “passar de um esforço de investimento de quatro milhões de euros por ano” para “cerca de nove a 10 milhões de euros por ano nos próximos três anos”, visto que há muitos equipamentos que precisam de ser substituídos.

Defendeu ainda a necessidade de melhoria de infraestruturas, exemplificando que existe um plano para recuperar nove enfermarias que ainda são “da altura da fundação do hospital”, com “pisos de madeira” e “com uma casa de banho por enfermaria”. **TC/SO**

Urgência de obstetrícia do hospital de Setúbal pode encerrar no final do ano

Da equipa de nove médicos obstetras, cinco vão sair até final do ano. Ordem dos Médicos fala na necessidade urgente de intervenções na unidade.

A Ordem dos Médicos alerta para a possibilidade de encerramento da urgência de obstetrícia do Hospital São Bernardo, em Setúbal, devido à saída de cinco médicos daquele serviço no final deste ano.

“O serviço de obstetrícia está em perigo de desaparecer, em termos de urgência e não só. De nove médicos, cinco vão-se embora no final do ano. As idades dos médicos, em geral, são muito elevadas, passam os 55 anos”, disse Daniel Travancinha, do Conselho Sub-Regional de Setúbal da Ordem dos Médicos.

“As urgências são ainda possíveis, contrariamente ao que se diz, devido a esses mesmos médicos com mais de 55 anos, que ainda vão fazendo urgências. E alguns deles mais de 24 horas por semana”, acrescentou. Daniel Travancinha falava aos jornalistas no final de uma reunião da Ordem dos Médicos com a direção clínica do Hospital São Bernardo, em que também participou o bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães, e na qual foram abordados alguns problemas, como as agressões a médicos e a necessidade de ampliação daquela unidade hospitalar.

“O doutor Travancinha deu o exemplo do serviço de obstetrícia e ginecologia. A obstetrícia e a ginecologia, se nada for feito nos próximos três ou quatro anos, vai ter de fechar a urgência externa, sendo que este ano já existem dias em que a urgência está fechada por falta de médicos”, corroborou o bastonário.

Miguel Guimarães referiu também que, a par dos problemas da falta de pessoal e de espaços



físicos adequados, o Hospital São Bernardo também está a ser penalizado pela classificação que lhe está atribuída, o que significa que recebe compensações financeiras muito inferiores às que são pagas a outras unidades hospitalares pelos mesmos atos médicos. “Em Setúbal existe uma quantidade de médicos altamente diferenciados, que fazem serviços que vão muito para além da tipologia do hospital – como está classificado na legislação –, oferecem cuidados que não têm sido reconhecidos pelo Estado, nomeadamente naquilo que é a valorização dos atos praticados”, disse.

“Fazem-se aqui técnicas altamente diferenciadas em várias áreas, que têm uma valorização

mais baixa do que as mesmas técnicas em outros hospitais, só porque o hospital tem uma classificação diferente. E isto é uma coisa que urge corrigir, porque estas pessoas estão aqui a dar o melhor de si, a fazer uma medicina de elevadíssima qualidade e não estão a ter esse reconhecimento, que é importante que aconteça rapidamente”, acrescentou.

Para Miguel Guimarães, “é absolutamente crítico haver uma renovação do hospital”, para promover uma melhoria das estruturas físicas, a nível do serviço de urgência, do laboratório de microbiologia, da medicina física e reabilitação, entre outras, que precisam de uma intervenção urgente.

“Não é possível trabalhar com

condições de segurança física e clínica neste serviço de urgência. E eu recorro que a primeira agressão mediática aconteceu exatamente neste hospital em Setúbal”, disse.

“É fundamental que o Ministério da Saúde olhe para o Hospital de Setúbal com outros olhos, que os nossos deputados tenham uma preocupação grande para com as condições de dignidade para o exercício da medicina no Hospital de Setúbal, e que o poder político, de uma forma geral, consiga dar uma resposta para que estes médicos, de hoje para amanhã, não abandonem também o hospital e o hospital tenha de fechar portas a várias níveis”, concluiu o bastonário da Ordem dos Médicos.  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. IECRCM inclusas. RCM disponível a pedido. Para mais informações contactar o Titular da Autorização de Introdução no Mercado.

INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS: Tratamento sintomático de curta duração da dor aguda moderada a grave em adultos cuja dor requiera uma associação de tramadol e 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 \leq 59 ml/min). **População pediátrica:** A segurança e eficácia de Skudexa em crianças e adolescentes não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. Portanto, Skudexa não deve ser administrado em crianças e adolescentes. **Contraindicações:** Devem ser tomadas em consideração as contraindicações reportadas para o dexcetoprofeno e para o tramadol

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

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

Utilização pós-operatória em crianças: Na literatura publicada na relação de casos em que o tramadol administrado a crianças, no pós-operatório de uma amigdalectomia e/ou adenoidectomia para a apneia obstrutiva do sono, levou a efeitos adversos raros, mas potencialmente fatais. Devem ser tomadas precauções extremas quando o tramadol é administrado a crianças para o alívio da dor pós-operatória, sendo necessária uma monitorização cuidadosa para a deteção de sintomas de toxicidade opioide, incluindo depressão respiratória. Crianças com função respiratória comprometida: A utilização do tramadol não é recomendada em crianças cuja função respiratória possa estar comprometida, incluindo distúrbios neuromusculares, condições cardíacas ou respiratórias graves, infeções do trato respiratório superior ou pulmonares, politraumatismo ou procedimentos cirúrgicos extensos. Estes fatores podem agravar os sintomas de toxicidade opioide. Este medicamento contém menos do que 1 mmol (23 mg) de sódio por dose ou seja, é praticamente "sem sódio". **Interações medicamentosas e outras formas de interação:** Não foram realizados ensaios clínicos para avaliar o potencial impacto das interações medicamentosas no perfil de segurança do Skudeva. Contudo, devem ser tidas em consideração as que foram relatadas para o dexetoprofeno e para o tramadol enquanto componentes individuais. Dexetoprofeno: As seguintes interações são atribuídas aos fármacos anti-inflamatórios (AINEs) em geral: Associações não aconselháveis: Outros AINEs (incluindo inibidores seletivos da ciclooxigenase-2), incluindo doses elevadas de salicilatos (> 3 g/dia): a administração conjunta de vários AINEs pode elevar o risco de úlceras gastrointestinais e de hemorragia devido ao efeito sinérgico. Anticoagulantes: os AINEs podem potenciar os efeitos dos anticoagulantes, tal como a varfarina, devido à elevada ligação do dexetoprofeno às proteínas plasmáticas, à inibição da função plaquetária e à lesão da mucosa gastrointestinal. Se a combinação não puder ser evitada, deve ser instituída uma vigilância clínica rigorosa e a monitorização dos parâmetros laboratoriais. Heparinas: risco acrescido de hemorragia (devido à inibição da função plaquetária e à lesão da mucosa gastrointestinal). Se a associação não puder ser evitada, deve ser instituída uma vigilância clínica rigorosa e a monitorização dos parâmetros laboratoriais. Corticosteroídes: existe um risco acrescido de ulceração gastrointestinal ou hemorragia. Lítio (descrito para vários AINEs): os AINEs podem elevar os níveis sanguíneos do lítio, que podem atingir valores tóxicos (diminuição da excreção renal do lítio). Este parâmetro requer por isso monitorização durante o início, ajustamento e descontinuação do tratamento com dexetoprofeno. Metotrexato: utilizado em doses elevadas de 15 mg /semana ou superiores: aumento da toxicidade hematológica do metotrexato devido a uma diminuição da depuração renal pelos anti-inflamatórios não seletivos. A administração concomitante de metotrexato com AINEs deve ser evitada durante os dois dias anteriores e os dois dias seguintes à administração do metotrexato. Tramadol: Associações não aconselháveis: O tramadol não deve ser associado aos inibidores da Monooxidase (MAO). Em doentes tratados com inibidores da MAO nos 14 dias anteriores ao uso do opioide petidina, observar-se-ia interações com risco de vida ao nível do sistema nervoso central bem como da função respiratória e cardiovascular. Não se podem excluir as mesmas interações com os inibidores da MAO durante o tratamento com tramadol. Deve ter-se precaução durante a administração concomitante de tramadol e derivados cumarínicos (p.ex. varfarina) dado que foram relatados casos de aumento do INR com hemorragia grave e equívocos em alguns doentes. A associação de agonistas/antagonistas opióides mistos (p.ex. buprenorfina, nalbupina, pentazocina) e tramadol não é aconselhável porque o efeito analgésico de um agonista puro pode ser teoricamente reduzido em tais circunstâncias. Associações que requerem precauções: O tramadol pode induzir convulsões e aumentar o potencial para causar convulsões dos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS), dos inibidores de recaptação da serotonina-noradrenalina (ISRNs), dos antidepressivos tricíclicos, dos antidepressivos e mirtazapina pode causar toxicidade serotoninérgica. E provável que ocorra síndrome da serotonina quando um dos seguintes casos é observado: mioclonia espontânea, mioclonia induzida ou ocular com agitação ou diáforese, tremor e hiperreflexia, hipertonia e temperatura corporal > 38°C e mioclonia induzida ou ocular. A suspensão dos medicamentos serotoninérgicos conduz geralmente a uma rápida melhoria. O tratamento depende do tipo e gravidade dos sintomas. O uso concomitante de opióides com medicamentos sedativos, como benzodiazepinas ou medicamentos relacionados, aumenta o risco de sedação, depressão respiratória, coma e morte, devido ao efeito depressivo ativo do SNC. A dose e a duração da utilização concomitante devem ser limitadas. Associações que têm de ser consideradas: A administração concomitante de tramadol com outros medicamentos de ação no sistema nervoso central ou com álcool pode potenciar os efeitos no sistema nervoso central. Os resultados obtidos em estudos farmacocinéticos demonstraram que na administração concomitante ou prévia de cimetidina (inibidor enzimático) é pouco provável que ocorram interações clinicamente relevantes. A administração simultânea ou prévia de carbamazepina (indutor enzimático) pode reduzir o efeito analgésico e diminuir a duração da ação terapêutica. Num número limitado de estudos a administração pré ou pós-operatória do antagonista antiemético 5-HT3 ondansetron aumentou a necessidade da toma de tramadol em doentes com dor pós-operatória. Outras substâncias ativas de conhecida ação inibitória sobre a CYP2A4, tais como cetoconazol e eritromicina, podem inibir o metabolismo do tramadol (N-desmetilação) e provavelmente também o do metabolito ativo O-desmetilado. O impacto clínico desta interação ainda não foi estudado. **Fertilidade, gravidez e aleitamento:** Gravidez: Não ocorreram casos de gravidez durante o desenvolvimento clínico do Skudeva. O perfil de segurança do Skudeva durante a gravidez não foi estabelecido nos estudos clínicos incluídos nesta seção. Devem ser tidos em consideração os dados relacionados para o dexetoprofeno e para o tramadol enquanto componentes individuais. Aleitamento: Não foram realizados ensaios clínicos controlados para estudar a excreção do Skudeva no leite materno. Devem ser tidos em consideração os dados relacionados para o dexetoprofeno e para o tramadol como componentes individuais. Fertilidade: Tal como os outros AINEs, o tratamento com dexetoprofeno pode afetar negativamente a fertilidade feminina, pelo que não está recomendado em mulheres que estão a tentar engravidar. Nas mulheres que têm dificuldades em engravidar ou que estão submetidas a tratamentos de fertilidade, recomenda-se a suspensão do tratamento com dexetoprofeno. **Efeitos indesejáveis:** Os efeitos adversos descritos nos ensaios clínicos como possivelmente relacionados com o Skudeva, bem como as reações adversas referidas nos RCMs do dexetoprofeno e do tramadol comprimidos, estão resumidos no Quadro seguinte, classificados de acordo com a Classe de Sistemas de Órgãos. As frequências são apresentadas do seguinte modo: Muito frequentes: > 1/10; Frequentes: > 1/100 a <1/10; Pouco frequentes: > 1/1.000 a <1/100; Raras: > 1/10.000 a <1/1.000; Muito raras: < 1/10.000; Desconhecidas: não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis. **Muito frequentes:** náuseas/enjôos, tonturas. **Frequentes:** vômitos, dores de estômago, diarreia, problemas digestivos, dores de cabeça, sonolência, fadiga, obstipação, boca seca, aumento da sudorese. **Pouco frequentes:** aumento do número de plaquetas no sangue, efeitos sobre o coração e a circulação sanguínea (tratamento do coração, batimento cardíaco acelerado, sensação de desmaio ou colapso), pressão arterial baixa. Estes efeitos adversos podem ocorrer particularmente quando os doentes estão em posição vertical ou sob esforço físico, pressão arterial alta ou muito alta, edema da língua), redução do potássio no sangue, transamino psicotico, inchaço ao lado do olho, respiração superficial ou lenta, desconforto, sensação anormal, sangue na urina, sensação de tontura, insônia ou dificuldade em adormecer, nervosismo/ansiedade, rubor, flatulência, cansaço, dor, sensação de febre e calafrios, mal-estar geral, testes sanguíneos anormais, vontade de vomitar, sensação de pressão no estômago, inchaço, inflamação do estômago, reações na pele (por exemplo comichão, erupção cutânea). **Raras:** inchaço dos lábios e da garganta, úlcera péptica, úlcera péptica com perfuração ou hemorragia, que se podem manifestar com vômitos sanguinolentos ou fezes negras, problemas da próstata, inflamação hepática (hepatite), lesão hepática, insuficiência renal aguda, pulsação lenta, ataques epilépticos, alergias/reações anafiláticas (por exemplo, dificuldade em respirar, pieira, inchaço da pele) e choque (insuficiência circulatória súbita), perda transitória da consciência (sincope), alucinações, retenção de água ou tomazelos inchados, perda de apetite, alterações no apetite, acne, dor nas costas, unhas fraturadas, ou menos do que o normal, com dificuldade ou dor, distúrbios menstruais, sensações anormais (por exemplo, coceira, formigamento, dormência), tremores, contrações musculares, movimentos descoordenados, músculos fracos, confusão, distúrbios do sono e pesadelos, percepção perturbada, visão turva, contração da pupila, falta de ar. Dexetoprofeno-tramadol: As reações adversas observadas mais frequentemente nos ensaios clínicos foram vômito, náuseas e tonturas (2,9%, 2,7% e 1,1%, % dos doentes, respectivamente). Dexetoprofeno: Gastrointestinais: os eventos adversos mais usualmente observados são de natureza gastrointestinal. Pode ocorrer úlcera péptica, ulceração ou hemorragia gastrointestinal, por vezes fatal, principalmente nos idosos (ver seção 4.4). Após administração foram reportados casos de náuseas, vômitos, diarreia, flatulência, obstipação, dispnéia, dor abdominal, melena, hematemesa, estomatite ulceroativa, exacerbação de colite e doença de Crohn). Menos frequentemente foi observada gastrite. Simultaneamente com a administração de AINEs foram reportados casos de edema, hipertensão e insuficiência cardíaca. Tal como com outros AINEs os seguintes efeitos indesejáveis podem ocorrer: meningite asséptica, a qual pode ocorrer predominantemente em doentes com lúpus eritematoso sistémico ou doença mista do tecido conjuntivo; reações hematológicas (purpura, anemia aplásica e hemólise e, raramente, agranulocitose e hipoplasia medular). Reações bolhosas incluindo o síndrome de Stevens-Johnson e Necrólise epidérmica tóxica (muito raras). Os dados dos ensaios clínicos e epidemiológicos sugerem que a administração de alguns AINE (particularmente em doses elevadas e em tratamentos de longa duração) poderá estar associada a um pequeno aumento do risco de eventos tromboticos arteriais (por exemplo enfarte do miocárdio ou AVC). Tramadol: As reações adversas reportadas mais frequentemente devido ao tramadol são as náuseas e as tonturas, ambas ocorrendo em mais de 10% dos doentes. Se as doses recomendadas forem consideravelmente excedidas e forem administradas concomitantemente substâncias depressoras do SNC pode ocorrer insuficiência respiratória. Foi reportado agravamento da asma, embora não tenha sido estabelecida uma relação causal. Ocorreram convulsões epiléptiformes sobretudo após a administração de doses elevadas de tramadol ou após a administração concomitante de fármacos capazes de diminuir o limiar da ocorrência de convulsões, bem como de induzir convulsões cerebrais por si mesmos. Os sintomas das reações de privação, idênticos aqueles que ocorrem com as reações de privação com opiáceos, podem ser: agitação, ansiedade, nervosismo, insônia, hiperreflexia, tremor e sintomas gastrointestinais. Outros sintomas que foram muito raramente observados com a suspensão do tramadol, incluem: ataques de pânico, ansiedade severa, alucinações, parestesias, autismo, e sintomas involuntários do sistema nervoso central (i.e. confusão, delírios, despersonalização, desrealização, parâmetro). Pode-se aos profissionais de saúde que notifiem qualquer suspeita de reações adversas diretamente ao INFARMED, L.P.: (Tel: +351 21 798 73 73; Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita); Fax: +351 21 798 73 97; E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt; internet: <http://extranet.infarmed.pt/page.seram.tronficio.seramhomepage>).

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

Hospitais proibidos de comprar medicamentos para cancro e VIH

Só nos últimos três anos, o Tribunal de Contas recusou conceder visto a 35 contratos. Em causa está uma lei, de 2012, que impede as compras aos hospitais com saldo negativo.

Nos últimos três anos, entre 2017 e 2019, o Tribunal de Contas (TdC) recusou conceder visto prévio, obrigatório por lei, a, pelo menos, **35 contratos de aquisição de medicamentos**, justificando a decisão com o facto de os hospitais que os pedem apresentarem saldo negativo. A contabilização é feita esta quarta-feira pelo jornal Público. Para além dos fármacos, foi também **recusada a compra de alimentação, tratamento de roupa, serviços de diálise ou informáticos, radiologia** e seguros de trabalho.

A **Lei dos Compromissos e dos Pagamentos em Atraso** a que os hospitais estão obrigados, criada em 2012 pelo governo de Pedro Passos Coelho, obriga os hospitais a terem um saldo positivo para poderem assumir compromissos deste género. O incumprimento das regras é condição o Tribunal de Contas considerar o contrato nulo e recusar a compra.

Só nos últimos dois meses, o TdC recusou o visto a quatro contratos de aquisição de fármacos para tratamento do cancro, VIH, artrite e também para a **doença de Fabry**. Em causa estão pedidos dos Hospital de Guimarães, Amadora-Sintra e do Centro Hospitalar de Lisboa Norte (de que faz parte o maior hospital do país, o Santa Maria).

Em Guimarães, a administração do hospital foi impedida de adquirir o Etanercept, um fármaco utilizado em patologias como a artrite reumatóide, espondilite anquilosante e psoríase. O mesmo



aconteceu com o Migalastate, um medicamento essencial para combater a doença de Fabry, uma doença genética rara que tem grande predominância na zona do Minho, segundo avança o Jornal de Notícias.

TdC é sensível ao problema?

O Hospital de Guimarães ainda alegou que os medicamentos em causa são “essenciais para a prestação de cuidados de saúde” e que a recusa da aquisição “constituiria uma grave violação do princípio da proporcionalidade e do direito à saúde”. mas o TdC não foi sensível a estes argumentos. Contudo, numa aparente contradição, o **TdC disse ser “sensível à relevância desta questão”** e revela mesmo que há cerca de dois anos “o presidente do TdC

enviou ao ministro da Saúde uma deliberação dos Juizes da 1.ª Secção alertando para a situação e pedindo para que a mesma fosse ‘levada ao conhecimento de Sua Excelência o ministro da Saúde para os efeitos julgados convenientes’.

Já em Lisboa, o Centro Hospitalar de Lisboa Norte viu recusada a compra de Lenalidomida e de Talidomida, **dois fármacos usados no tratamento de cancros hematológicos** (como síndrome mielodisplásica e o mieloma múltiplo). Já o Hospital Fernando da Fonseca, ou Amadora-Sintra, foi impedido de comprar Raltegravir, um medicamento para tratar o VIH. O contrato tinha o valor de 673 mil euros.

Contudo, as decisões do TdC são passíveis de recurso e os

hospitais que viram os vistos recusados prometem contestar os acórdãos. **Garantem mesmo que nenhum doente ficará por tratar.**

Suborçamentação crónica obriga a empréstimos

O problema da suborçamentação não é nova e tem motivado críticas à forma como o Ministério da Saúde distribuiu as verbas para cada Centro Hospitalar. No ano passado, o Centro Hospitalar de São João, no Porto, dirigiu-se diretamente ao secretário de Estado do Orçamento, pedindo-lhe um reforço orçamental para 2019. Isto porque o **orçamento do ano passado atribuído ao Centro Hospitalar na rubrica de medicamentos só permitia cobrir 45% das despesas previstas.**

A Associação Portuguesa dos Administradores Hospitalares (APAH) queixa-se de o tema nunca ter sido debatido com a tutela. Alexandre Lourenço, o presidente da APAH, recorda que foi pedida uma reunião urgente aos ministérios das Finanças e da Saúde, em junho de 2018, em que um dos temas era a recusa de vistos por incapacidade de os hospitais cumprirem a lei. Contudo, o encontro nunca aconteceu.

Manietados pela lei, os **hospitais têm contornado o problema através de empréstimos entre si.** O governo tem tentado minimizar a situação com o reforço dos contratos-programa mas Alexandre Lourenço diz que o aumento da verba “não resolve o problema”. **TC/SO**

CONTROLO DA HIPERTENSÃO

Associação fixa de Azilsartan e Clorotalidona revela eficácia superior

Especialistas reunidos no 14º Congresso Português de Hipertensão e Risco Cardiovascular Global defendem que a terapia de associação já deveria ser uma rotina no tratamento destes doentes.

As guidelines apontam que, na maioria dos doentes, para conseguir o controlo da HTA, é preciso começar ab initio com associações de dois medicamentos.

Em Portugal, a prevalência da hipertensão arterial situa-se nos 42,2%, segundo dados avançados por Vítor Paixão Dias, presidente da Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH) e chairman do simpósio promovido pela Tecnimede sobre “Hipertensão não controlada: um problema de saúde pública”.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), “em 2016 as doenças crónicas não transmissíveis foram responsáveis por 71% das mortes no globo”, acrescentou o responsável da SPH. Destas, quase metade foi consequência de doenças cardiovasculares, nas quais a hipertensão é “o principal fator de risco”.





EFICÁCIA DO TRATAMENTO É IMPERATIVO

Em Portugal, embora o número de doentes a receber tratamento tenha aumentado significativamente nos últimos anos, “somente 50% estão controlados”. Isso significa que, “há ainda um trabalho importante a fazer para tratar melhor e sermos mais eficazes no controlo da pressão arterial dos nossos doentes, porque é isso que vai reduzir os eventos cardiocerebrovasculares”, explicou Fernando Pinto, diretor do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga/Hospital de São Sebastião, em Santa Maria da Feira.

As recentes guidelines, “quer europeias, quer das sociedades científicas americanas, canadianas (e, mais recentemente, das sociedades científicas britânicas), apontam que, na maioria dos doentes, para se conseguir o controlo da pressão arterial, devemos

começar ab initio com associações de dois medicamentos, sendo que um deles deverá ser obrigatoriamente, ou na grande maioria dos casos, um modulador do sistema renina-angiotensina-aldosterona, ou seja, um IECA ou um ARA II, associado a um diurético ou a um antagonista dos canais do cálcio. Essa é uma premissa fundamental para conseguir controlar a pressão arterial na maioria dos doentes”.

Neste âmbito, Fernando Pinto destaca que “a associação fixa de Azilsartan com Clorotalidona tem uma eficácia francamente superior quando comparada com qualquer outro ARA II que estávamos habituados a utilizar”. Cada um destes fármacos “é dos mais eficazes ou o mais eficaz na sua classe. Portanto, era de esperar que uma associação de dois medicamentos que são eficazes isoladamente, sejam ainda mais quando associados, até porque eles se complementam no seu efeito anti-hipertensor”.

A Clorotalidona “é muito mais eficaz na redução de eventos cardiovasculares, quer em associação, quer utilizada isoladamente, em comparação com a Hidroclorotiazida”.

De acordo com uma meta-análise recente, que incluiu cerca de 50 mil doentes, “a Clorotalidona, em relação à Hidroclorotiazida, é claramente mais eficaz (1,5-2 vezes mais potente), quer na redução da pressão arterial sistólica, quer diastólica” e “sem aumento das reações adversas”. Assim, os autores desta meta-análise “concluem que a Clorotalidona deve ser mais amplamente utilizada como alternativa à Hidroclorotiazida na prática clínica”.

Através da redução da HTA, a Clorotalidona “é muito mais eficaz na redução de eventos cardiovasculares, quer em associação, quer utilizada isoladamente, em comparação com a Hidroclorotiazida”. Por esse motivo, Fernando Pinto assinala que “as guidelines americanas são perentórias: na classe dos diuréticos, a Clorotalidona deve ser preferida, com base na sua semivida longa e na sua comprovada redução dos

eventos cardiovasculares”.

Em relação aos antagonistas dos recetores da angiotensina (ARA II), o especialista afirma que o “Azilsartan mostra claramente uma redução superior à dose mais elevada do Ramipril, o IECA de referência. É mais eficaz, quer na redução da pressão arterial sistólica, quer da pressão arterial diastólica e também por medição ambulatória das 24 horas”.

Na perspetiva do especialista, com a associação fixa de Azilsartan Clorotalidona “mais doentes vão conseguir atingir os objetivos da HTA”.

Os valores mais aconselháveis, para a maioria dos doentes, “situam-se em 130/80 mm Hg e devemos procurar atingir este objetivo afincadamente”. Nesse sentido, os médicos têm de ultrapassar a “inércia terapêutica” e procurar melhorar a adesão dos doentes ao tratamento “através da escolha de opções farmacológicas que vão ao encontro das guidelines e apresentem poucos ou, idealmente, nenhuns efeitos secundários”.

MENOR NÚMERO DE MEDICAMENTOS, MAIOR ADEÇÃO À TERAPÊUTICA

Como aumentar a adesão à terapêutica, foi a questão que António Coca, professor da Universidade de Barcelona e ex-diretor da Unidade de Hipertensão e Risco Vascular do Hospital Clinic de Barcelona, procurou responder na sua conferência, intitulada “Doente controlado, não mudo prescrição: mito ou realidade?”.

Segundo o internista, as razões para a má adesão ao tratamento são múltiplas, incluindo as características pessoais do doente ou a falta de confiança na efetividade dos medicamentos, mas existem fatores sobre os quais o médico pode intervir.

Nomeadamente, na complexidade da prescrição. Vários estudos revelam que “quanto mais medicamentos um doente



Dr. Fernando Pinto:
“Associação fixa de Azilsartan com Clorotalidona tem uma eficácia francamente superior quando comparada com qualquer outro ARA II que estávamos habituados a utilizar”



Prof. Dr. Jorge Polónia: “[É importante] voltarmos às medições corretas da pressão arterial no consultório: três medições, separadas por três minutos, com o doente em repouso”

tiver que tomar por dia e quanto mais distribuída essa toma for ao longo das 24 horas, pior será o cumprimento da terapêutica”.

Com base nesta evidência, o especialista recorda que “as guidelines europeias de 2018 recomendam, para a maioria dos doentes, o início do tratamento da hipertensão com uma associação fixa de, pelo menos, dois princípios ativos”. Na opinião deste especialista, a terapêutica de associação apresenta duas vantagens: além de aumentar a adesão, também é



Prof. Dr. Antonio Coca: “As guidelines europeias de 2018 recomendam, para a maioria dos doentes, o início do tratamento da hipertensão com uma associação fixa de, pelo menos, dois princípios ativos”



Prof. Giuseppe Mancia, diretor do Centro de Hipertensão do Policlínico di Monza, em Itália e presidente do European Society of Hipertension Foundation

mais eficaz na redução da pressão arterial, dado o “efeito sinérgico dos diferentes fármacos, que atuam sobre mecanismos distintos”.

“É muito difícil baixar a pressão arterial de um doente com apenas um medicamento porque este atua sobre um mecanismo e a hipertensão tem muitos mecanismos. Se utilizamos uma combinação fixa e atacamos em várias frentes, é mais fácil baixar a pressão arterial. A terapia de associação já deveria ser uma rotina” na

prática clínica, referiu o Prof. Dr. António Coca.

MELHORAR A ADEÇÃO É UMA DAS LINHAS DA INVESTIGAÇÃO ATUAL

O simpósio da Tecnimede foi seguido de uma conferência, proferida por Giuseppe Mancia, diretor do Centro de Hipertensão do Policlínico di Monza, em Itália, e presidente da European Society of Hypertension Foundation.

A conferência incidiu sobre dois pontos fundamentais: o problema da adesão dos doentes à terapêutica e a necessidade de um conhecimento pormenorizado sobre a diferença do valor preditivo entre a medição da pressão arterial no consultório ou fora do consultório.

Giuseppe Mancia defende a necessidade de desenvolver métodos para avaliar rigorosamente a adesão ao tratamento. Como salientou Jorge Polónia, chairman da conferência e membro do Board da Sociedade Europeia de Hipertensão, “neste momento melhoraram-se as associações fixas – combinação de medicamentos num único fármaco – mas é muito importante que os doentes cumpram a terapêutica e consciencializá-los para o facto de a medicação não ser para três ou seis meses mas para toda a vida”.

No que diz respeito ao segundo tema da conferência, Jorge Polónia assinalou que, embora existam outras técnicas, como a monitorização 24 horas ou a medição da HTA em casa, “grande parte dos estudos estão baseados na medição da pressão arterial no consultório e, por vezes, tem havido algumas dificuldades na interpretação dos resultados pelo facto dessas medições não se fazerem corretamente”. Nesse sentido, Jorge Polónia salienta a necessidade, tal como foi referido por Giuseppe Mancia, de “voltarmos às medições corretas da pressão arterial no consultório: três medições, separadas por três minutos, com o doente em repouso”.



Dr. Sérgio Alves

Hipertensão em crianças e adolescentes: Prevalência tem vindo a aumentar

A nível mundial, «a Academia Americana de Pediatria estima que a prevalência da HTA em idade pediátrica deverá rondar os 3,5%», diz o pediatra.

Atualmente existe um maior reconhecimento da hipertensão arterial (HTA) na idade pediátrica e na adolescência. Sérgio Alves, do Centro Materno-Infantil do Norte, reconhece que «existem bons sistemas de vigilância de ambulatório, sobretudo ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, que permitem detetar, de forma mais precoce, a HTA em idade pediátrica».

Contudo, o pediatra alerta que «a prevalência tem vindo a aumentar, em paralelismo com a epidemia da obesidade, o sedentarismo, a adoção crescente de dietas inadequadas e comportamentos de risco». A nível mundial, «a Academia Americana de Pediatria estima que a prevalência da HTA em idade pediátrica deverá rondar os 3,5%» mas o especialista assinala que esta é uma patologia «amplamente subdiagnosticada».

Assim, defende a necessidade de «aumentar a vigilância, para termos a certeza de que não nos estão a escapar casos que podem ser abordados precocemente, de forma a minimizar a doença na idade adulta». **AO/SO**

HTA na doença oncológica: Sobreviventes têm risco acrescido de doença cardiovascular

De acordo com o especialista, «a hipertensão é o fator de risco mais frequente na doença oncológica. Cerca de um terço destes doentes tem hipertensão».

Alípio Araújo,
internista no Centro
Clínico da Fundação
Champalimaud



Nos países industrializados, «os últimos dados apontam que a principal causa de morte é a doença oncológica e não a doença cardiovascular». De acordo com Alípio Araújo, internista no Centro Clínico da Fundação Champalimaud, em Lisboa, «a crescente sobrevivência dos doentes oncológicos trouxe um novo paradigma de atenção sobre os sobreviventes de cancro, na medida em que têm um risco acrescido de doença cardiovascular».

Todos os fatores de risco comuns às doenças oncológica e cardiovascular – tabagismo, obesidade, sedentarismo, etc – «têm de ser regulados, numa abordagem multidisciplinar precoce e centrada na prevenção».

De acordo com o especialista, «a hipertensão é o fator de risco mais frequente na doença

oncológica. Cerca de um terço destes doentes tem hipertensão».

Além daqueles que já tinham hipertensão, Alípio Araújo refere que «algumas terapêuticas adjuvantes do tratamento oncológico, sobretudo os novos fármacos, como os inibidores da angiogénese, podem agravar ou fazer hipertensões de novo».

As estratégias farmacológicas são basicamente as mesmas do doente não oncológico. «Existem algumas especificidades relativamente a alguns fármacos da terapêutica oncológica. No entanto, o grande fator diferenciador é a abordagem multidisciplinar (Medicina Geral e Familiar, Medicina Interna, Oncologia, Cardio-Oncologia...) no tratamento dos sobreviventes de cancro». **AO/SO**

DR. GONÇALO CORDEIRO FERREIRA

“Nunca houve tantos pediatras”. Mas estão mal distribuídos

O pediatra Gonçalo Cordeiro Ferreira diz que nunca houve tanta formação de especialistas mas critica a má distribuição, pedindo melhores condições para levar pediatras para zonas mais carenciadas. Critica também a procura indiscriminada pelas urgências por parte dos pais.

O país confronta-se há meses com várias notícias dando conta da falta de pediatras em vários hospitais do país.

O caso mais mediático é do **Garcia de Orta** de Almada, onde a carência de especialistas obrigou ao fecho da urgência pediátrica durante a noite. Contudo, o experiente médico Gonçalo Cordeiro Ferreira, 63 anos, garante que, **em Portugal, não faltam pediatras**. Em entrevista ao **Diário de Notícias**, o médico aponta os problemas do SNS na área da pediatria.

“Nunca houve tantos pediatras como agora, porque nunca houve tanta formação de pediatras”, esclarece o médico no **Hospital Dona Estefânia**, que lamenta o facto de os **especialistas estarem concentrados em certas zonas e rarearem noutras, como o interior e a região do Algarve**. “É uma desgraça. E há sítios onde não se percebe bem o que se passa, como no Algarve. Supostamente teria todas as condições para ser atrativo, mas não é”, refere.

O diretor da Área de Pediatria Médica no Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (onde se incluiu o D. Estefânia) critica a falta de condições oferecidas aos médicos que queiram trabalhar em hospitais de zonas carenciadas. **“Arranjem-lhes condições de alojamento e paguem-lhes para isso”**, apela o médico.

Por outro lado, muitos pediatras não dão o seu contributo ao SNS



porque trabalham no **setor privado e outros já não fazem urgência**, uma vez que podem dispensar esta componente a partir dos 55 anos.

Gonçalo Cordeiro Ferreira não defende um aumento da oferta mas sim uma **reorientação da procura por parte dos pais e**



Gonçalo Cordeiro Ferreira,
pediatra

critica as idas desnecessárias às urgências pediátricas. “Nós sabemos como é a nossa população: acha que qualquer espirro esconde uma pneumonia ou um tumor. Temos de aumentar a literacia dos pais, provavelmente muitos dos casos nem precisam de ir aos cuidados de saúde primários”, sublinha o pediatra, acrescentando que “a maior parte dos estudos feitos mostram que, mesmo as creches oficiais, têm más condições de ventilação, crianças a mais para o espaço” e que isso origina a doença.

Assim, o também presidente da Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente não tem dúvidas de que **“vai ser impossível termos pediatras se continuarmos a ter esta completa**

loucura de acessos indiscriminados à urgência“. Por outro lado, falta tempo para os médicos gerirem a atividade programada. “Precisamos de ter pessoas a atender os doentes que estão internados, porque esses são os mais graves, e pessoas que façam consultas aos doentes que são referenciados para os hospitais”, refere. Com o foco colocado na urgência, o espírito de equipa dos serviços de pediatria sai afetado, alerta Gonçalo Cordeiro Ferreira. Lembrando que apenas 3% das crianças que se deslocam às urgências ficam internadas (um número muito baixo), o especialista diz que estas “são um enorme consumidor de recursos, da paciência dos pais e não estão a servir para aquilo que foram feitas”. **TC/SO**

Novas demissões reabrem crise no Hospital de Faro

Diretores de serviço e administradora do Hospital do Algarve batem com a porta e exigem saída da presidente do conselho de administração.

O Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA) está a enfrentar uma nova crise resultante de mais demissões na unidade. O diretor clínico, Mahomede Americano, demitiu-se do cargo, a vogal executiva do conselho de administração, Helena Leitão, também abandonou o lugar. Por outro lado, o diretor do Serviço de Ortopedia, Paulo Andrés, pediu a exoneração para ir trabalhar no sector privado.

Segundo avança o jornal Público, por trás das saídas continua a estar a falta de recursos humanos e financeiros que estão na origem de muitos dos problemas que afetam o CHUA, que inclui os hospitais de Faro, do Barlavento (Portimão), e a unidade de Lagos.

O Conselho de Administração do CHUA, presidido por Ana Paula Gonçalves, terminou o mandato no final do ano passado. Nessa altura, um grupo de cinco diretores do CHUA reuniu-se com a presidente do Conselho Consultivo do CHUA, Isilda Gomes, também presidente da Câmara de Portimão, manifestando descontentamento pelo rumo que estava a ser seguido pelo Conselho de Administração, pedindo ao mesmo tempo a demissão da presidente.

Na altura, a autarca socialista deixou a promessa de uma resposta para “breve”, sem concretizar datas. Questionada pelo Público disse que a situação ainda não estava esclarecida. Será tomada uma decisão “a seu tempo”, disse, realçando o reforço orçamental para o sector da saúde.

“Vamos ter muito mais dinheiro, certamente as coisas vão mudar.” Quanto a uma eventual



substituição do conselho de administração, respondeu de forma evasiva: “Mudar ou não mudar cabeças, o que é preciso é ter condições para resolver os problemas.”

Por seu lado, o representante distrital da Ordem dos Médicos, Ulisses Brito, manifestando-se desiludido com as repetidas promessas e salientou ao mesmo jornal que “não se vê solução à vista”. Mahomede Americano, vogal executivo do conselho de administração com funções de diretor clínico “tornou público que não gostaria de ver a sua comissão de serviço renovada”, esclareceu Ana Paula Gonçalves, adiantando que continua a trabalhar até ser substituído. Para o seu lugar, avança o Público, foi convidada, e aceitou o lugar, a diretora do Serviço de Medicina do Hospital do Barlavento, Luísa Arez. Quanto à professora de Biociências da Universidade do Algarve, Helena Leitão, disse ter explicado “à ministra que estava na altura de voltar à universidade”. “E nós dividimos o

trabalho dela por nós, até que haja o despacho de nomeação de uma equipa”, acrescentou Ana Paula Gonçalves.

De recordar que, na anterior legislatura, o hospital do Barlavento (Portimão) esteve particularmente em foco, por causa da falta de médicos e enfermeiros nas urgências. A autarca Isilda Gomes deixou o aviso ao então ministro Adalberto Campos Fernandes: “É preciso passar das palavras aos atos”, disse, referindo-se às promessas por concretizar, de valorizar aquela unidade de saúde, com mais de duas décadas de anos, e a precisar de obras de manutenção. Sobre a construção do novo hospital central, que já teve direito ao lançamento de duas “primeiras pedras”, o PS/Algarve, em comunicado de imprensa, reafirma que existe o “compromisso do Governo em avançar nesta legislatura com a construção desta fundamental infraestrutura de saúde para a região”.

Outra situação reportada pelos profissionais diz respeito ao Serviço

de Ortopedia, com 24 vagas no quadro, muito embora esteja reduzido a sete especialistas. “Também não existem no país”, lembrou Ana Paula Gonçalves. A saída do diretor do serviço, Paulo Andrés, forçou a reorganização da equipa: “Estamos neste momento a apoiar a inscrição de médicos de outros países que querem vir trabalhar para o Algarve – três ortopedistas brasileiros”, adiantou a gestora. Os equipamentos, prossegue, estão obsoletos e os profissionais são atraídos para o sector privado ou procuram fazer carreira nos grandes centros. Dos novos clínicos saídos do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade do Algarve, a região só conseguiu atrair 38% de diplomados, por falta de saídas profissionais ou pela reduzida capacidade formativa dos hospitais algarvios. Em resposta a essa situação foi criado há cerca de três anos o Centro Académico de Investigação e Formação Biomédica- Algarve Biomedical Center (ABC). RV/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

PROF. DRA. DULCE BRITO

Insuficiência Cardíaca: telemonitorização reduz em 73% risco de internamento

Programa, implementado há dois anos no Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte, acompanha 30 doentes com insuficiência cardíaca, a quem são monitorizados, à distância, uma série de parâmetros vitais.



Passados dois anos sobre o início do RICA-Telemonitorização, um programa de monitorização remota, não-invasiva, em doentes com insuficiência cardíaca (IC) crónica, o Centro Hospitalar e Universitário de Lisboa Norte (CHULN) faz um balanço positivo do projeto. Os resultados falam por si: a **monitorização de doentes à distância já permitiu reduzir em 73% a taxa de hospitalização e/ou mortalidade** por qualquer causa comparativamente ao grupo com IC seguido de forma standard, adianta a Prof. Dra. Dulce Brito, cardiologista do CHULN e coordenadora do projeto.

O RICAHFTeam começou a ser implementado em dezembro de 2017 e consiste na **telemonitorização remota não invasiva** de doentes com insuficiência cardíaca crónica, na sequência de um internamento hospitalar por IC, portanto, por descompensação da síndrome. O projeto em curso, iniciativa da ARS e da ACSS, nasceu da “necessidade de minimizar as consequências da IC, ou seja, diminuir a taxa de hospitalização, diminuir a mortalidade e melhorar a qualidade de vida dos doentes com esta patologia”, sublinha a Prof. Dra. Dulce Brito, estando a ser efectivado no CHULN em colaboração com a Linde Saúde.

Uma **equipa de 12 médicos**, apoiados por uma plataforma gerida por outros profissionais de saúde e para onde são enviados os parâmetros vitais (os chamados biodados), mantêm os doentes sob uma vigilância sistemática não-invasiva. Os biodados incluem, a frequência cardíaca, peso, pressão arterial, saturação do oxigénio do sangue, temperatura e electrocardiograma dos doentes. O objetivo é detetar precocemente qualquer deterioração da situação clínica do paciente e evitar nova descompensação da síndrome.

“O doente tem em casa os dispositivos que lhe permitem medir os biodados diariamente e também a realização de electrocardiograma de três derivações, o qual é feito três vezes por semana”, explica a especialista. Assim que alguma alteração é detetada, é gerado um alerta, que é depois classificado em função do grau de gravidade (por algoritmo pré-definido). O doente é sempre contactado pela equipa e, se o alerta for considerado “verdadeiro” (e não devido a erro de medição ou a problema de transmissão) são tomadas medidas apropriadas, que podem passar, explica a professora auxiliar da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), por uma consulta telefónica, com ajuste da medicação por exemplo, ou pelo agendamento de uma consulta não programada de IC. “Raramente tem havido necessidade de internamentos”, sublinha, embora se o alerta for considerado de grau moderado ou grave, possa haver necessidade de intervenção de forma urgente. Neste momento, estão a ser telemonitorizados **30 doentes**, sendo que o hospital espera incluir mais dez ao longo deste ano. Os doentes telemonitorizados são criteriosamente seleccionados previamente à inclusão no programa, sendo que é dada prioridade aos considerados em maior risco de nova hospitalização.

A recetividade dos doentes ao

acompanhamento à distância é, regra geral, boa, diz a Prof. Dra. Dulce Brito. “Temos tido um **feedback muito positivo**, que se mede pela adesão dos doentes às medições”, refere. “Todo o processo é explicado ao doente, incluindo a importância da maior vigilância da sua doença. Geralmente, quando o doente com IC é considerado como candidato a este programa, há uma reunião (que inclui também os cuidadores) informativa e explicativa, na qual as dúvidas são esclarecidas”, refere. No entanto, por vezes há doentes que recusam a telemonitorização e outros (ainda que poucos) que não se adaptam e acabam por desistir.

“Outros programas semelhantes, nomeadamente noutros países, mostraram uma taxa de adesão muito fraca por parte dos

doentes, bem como uma taxa de abandono relativamente elevada. Não tem sido essa a nossa experiência”, revela a especialista, sublinhando que, para contrariar esse eventual problema, “é necessário ponderar os objectivos que se pretendem e a forma mais simples de os alcançar, pensando e actuando numa forma flexível. Por vezes temos que adaptar a periodicidade do protocolo ao estilo de vida do doente, por exemplo, em alguns doentes os biodados são medidos numa forma mais espaçada (três vezes por semana) após a situação estar muito estável clinicamente” e esclarece que “nesses doentes, a eficácia parece ser idêntica”.

Para além da redução significativa do risco de hospitalização, o programa permitiu diminuir o número de dias perdidos por hospitalização não-programada ou morte. “O grupo de doentes sob telemonitorização perdeu, em média 5,6 dias/ano (por doente), enquanto que o grupo-controlo (com as mesmas características e gravidade clínica mas seguido de forma usual e sem telemonitorização, previamente ao início do programa), perdeu, em média, 48,8 dias/ano (por doente), destaca a cardiologista. E acentua “este tipo de seguimento é claramente vantajoso em subgrupos de doentes com IC em risco elevado de (re)hospitalização”. É o presente e o futuro. **TC/SO**

«Este tipo de seguimento é vantajoso em doentes com IC em risco elevado de (re)hospitalização»



Doentes cardiovasculares não mudam comportamentos após AVC ou enfarte

Estudo europeu, que envolveu Portugal, concluiu que uma percentagem significativa de doentes não muda os comportamentos depois de sofrer um enfarte do miocárdio e/ou AVC.

Este trabalho, que envolveu um milhar de doentes de Portugal, Croácia, França, Eslovénia, Espanha e Turquia, foi realizado pelo **EUROPREV**, rede europeia para a prevenção e promoção da saúde, presidida por Carlos Martins, professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP) e investigador do CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde.

Os investigadores concluíram que “muitos dos doentes com problemas cardiovasculares seguidos nos cuidados de saúde primários estão a falhar nas alterações nos estilos de vida e no controlo principais dos fatores de risco”.

Os resultados mostram que **“metade dos doentes não aumenta a sua atividade física** depois de ter um evento cardiovascular. Além disso, metade das mulheres e um terço dos homens continuam a fumar”.

O estudo, publicado no *BMC Family Practice*, revela ainda que uma proporção considerável dos doentes não consegue alcançar os valores alvo de colesterol e de tensão arterial aconselhados pelas ‘guidelines’ europeias.

Apenas 23% dos doentes (apenas um quarto dos homens e menos de um quinto das mulheres) conseguem atingir o valor alvo de colesterol LDL (mau colesterol) preconizado (menos de 70 mg/dL). No caso da tensão arterial, um quarto dos doentes não consegue atingir valores abaixo dos 140/90 mmHg.



“Estes números são relevantes para os médicos de família porque estes doentes têm um risco elevado de novos eventos cardiovasculares, nomeadamente

de enfarte, AVC e mesmo morte”, consideram os investigadores. Os autores salientam ainda que, neste trabalho, as mulheres estão menos medicadas do que os

homens com fármacos protetores do coração, embora não sejam conhecidas as razões desta discrepância.

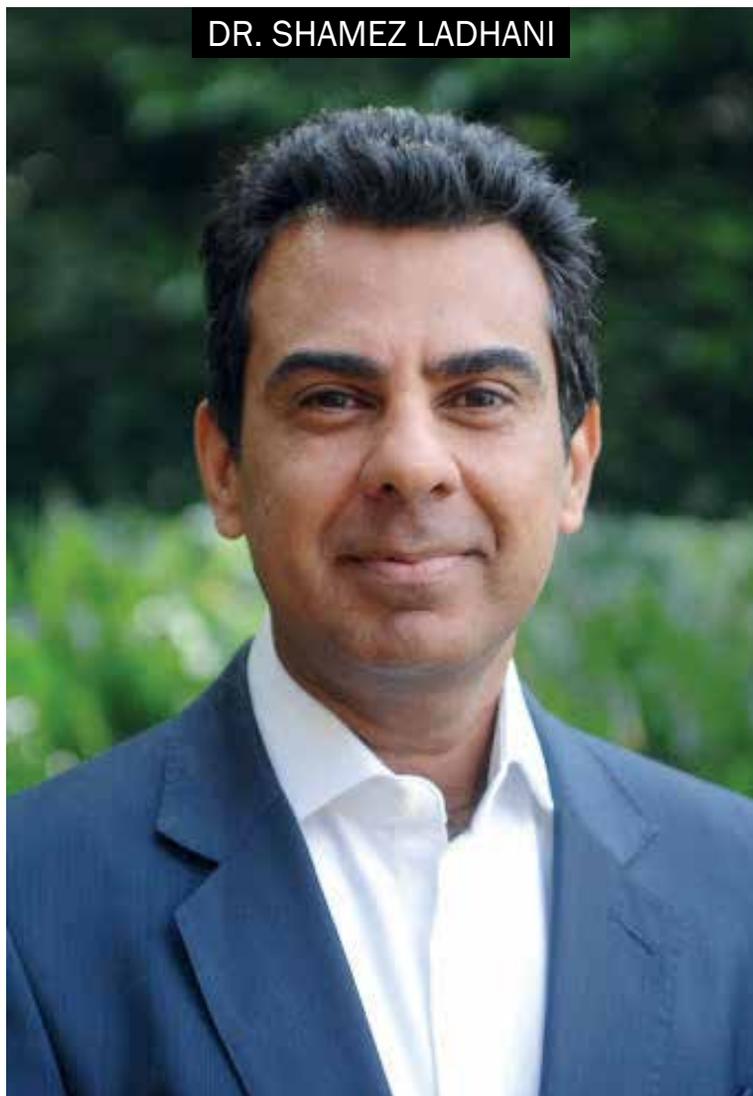
Este estudo incluiu apenas os doentes que tinham visitado o seu médico de família no ano anterior, o que, alertam os investigadores, “significa que **os resultados poderiam ser ainda piores se tivessem sido incluídos os doentes que não vão às consultas** e que podem estar ainda menos motivados para modificar os seus hábitos de vida, designadamente a alimentação pouco saudável e o tabagismo, e menos propensos a seguirem o tratamento”.

Em comunicado, os autores citam dados de uma série de outros estudos que mostram que cerca de 9% dos eventos cardiovasculares podem ser atribuídos à baixa adesão dos doentes ao tratamento e que os doentes que mais aderem são efetivamente os que têm melhor prognóstico.

Por outro lado, “os estilos de vida pouco saudáveis, como a falta de atividade física e o tabagismo, são os fatores de risco modificáveis mais importantes, representando mais de 70% do peso global das doenças crónicas, percentagem que deverá aumentar para os 80% em 2020”, acrescentam.

Segundo o EUROSTAT, quase 40% dos cidadãos europeus consultaram o seu médico de família uma ou duas vezes nos últimos 12 meses e 25% consultaram-no três a cinco vezes num ano. **SO/LUSA**

DR. SHAMEZ LADHANI



Estudo. Casos de meningite B caíram 75% em 3 anos

Um estudo independente demonstra o impacto na vida real da vacina Bexsero, da GSK, na redução de incidência da doença em crianças.

O estudo, realizado no Reino Unido e publicado no *New England Journal of Medicine*, divulgou dados relativos ao impacto do primeiro programa de vacinação infantil de âmbito nacional

com Bexsero, em todo o mundo. De acordo com a Public Health England, ao longo de um período de 3 anos, o número de casos de meningite B diminuiu 75%. Estes resultados contemplam, inclusive, casos de

estirpes cuja cobertura não está prevista com Bexsero.

“O que este importante estudo independente com Bexsero indica é que a vacinação confere efetiva proteção e **reduz o número de casos desta doença devastadora**. Graças a este programa nacional de imunização do Reino Unido, os pais e profissionais de saúde passam a ter dados de vida real que confirmam que a vacinação faz mesmo a diferença”, referiu o Dr. Thomas Breuer, Chief Medical Officer da Área de Vacinas da GSK.

Desde setembro de 2015, os lactentes no Reino Unido receberam a vacina contra a meningite B de forma gratuita, aos 2 e 4 meses de idade, tendo posteriormente recebido uma dose de reforço com 1 ano de idade, como parte do programa nacional de vacinação[i]. Os resultados divulgados pela Public Health England (equivalente à Direção-Geral de Saúde) evidenciam uma proteção sustentada, que se prolonga até pelo menos dois anos após a dose de reforço, aos 12 meses.

Este aspeto é crucial, uma vez que a maior incidência desta doença em Inglaterra e em muitos outros países se regista nos primeiros três a cinco anos de vida[iii]. A GSK pretende usar estes dados para submeter uma atualização à informação disponível no Resumo de Características do Medicamento.

Estes **resultados evidenciam uma redução de 277 casos desde o início do programa**. Contudo, em crianças não elegíveis para a vacinação, o estudo indica que não houve redução do número de casos de meningite B.

“A Inglaterra dispõe de um dos mais abrangentes programas de vacinação em todo o mundo. A implementação da vacina contra a Meningite B, em 2015, foi um grande sucesso. Está a salvar vidas e isso significa que menos pais e crianças irão sofrer com

esta doença devastadora. É vital que as crianças recebam todas as vacinas que as protegem, a elas e aos outros”, refere o Dr. Shamez Ladhani, Epidemiologista da Public Health England.

Os especialistas esperam que os dados de impacto na vida real provenientes deste estudo, conjuntamente com a confiança demonstrada pelo país através das elevadas taxas de cobertura (mais de 90% dos lactentes no Reino Unido receberam as duas primeiras doses da vacina), i,ii possam vir a encorajar as autoridades de saúde pública de outros países do mundo.

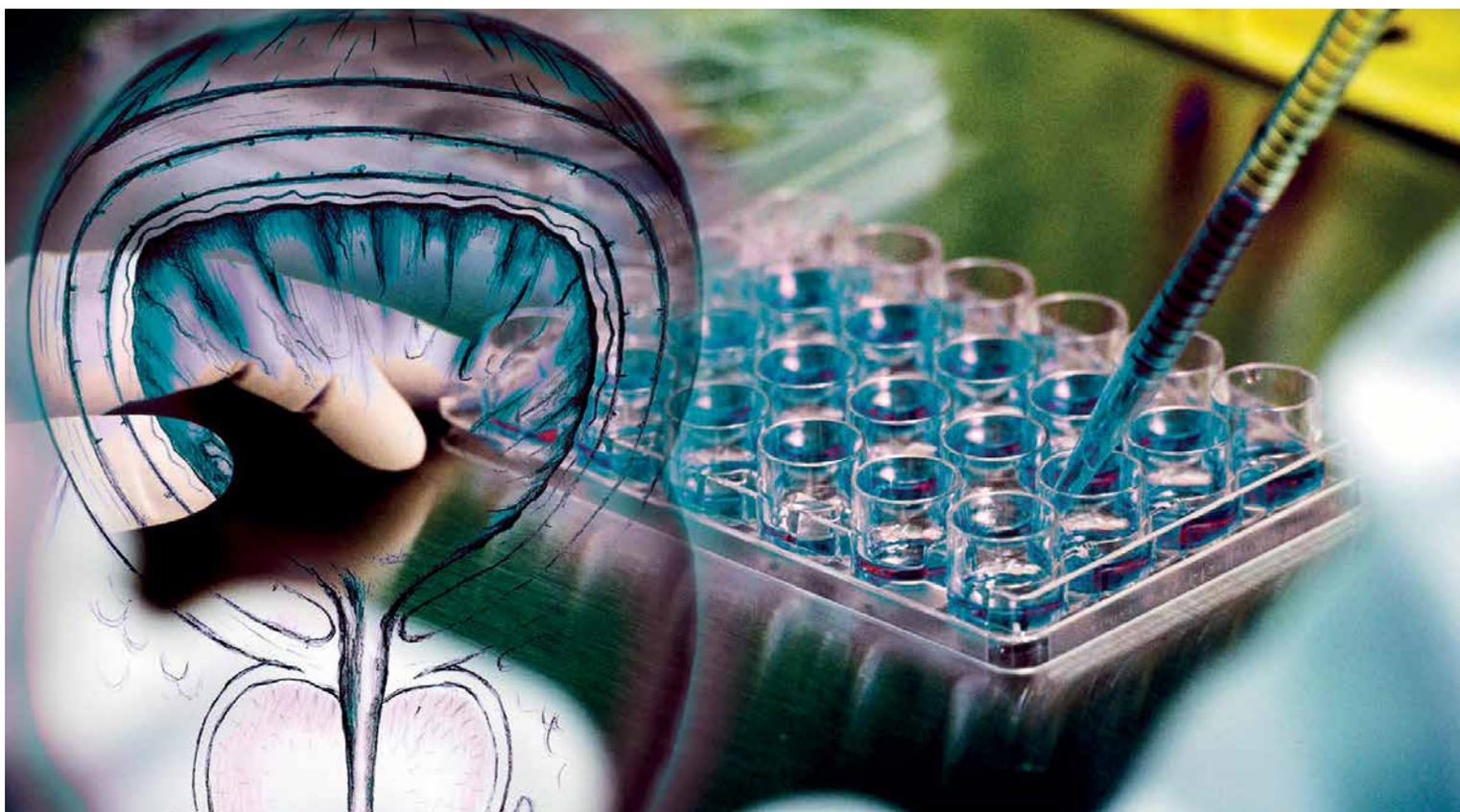
“Estamos a falar de uma doença com uma elevada mortalidade e efeitos profundos, que duram para o resto da vida. Estes resultados mostram-nos que dispomos atualmente de uma ferramenta que ajuda a preveni-la e é nossa expectativa que outros países reconheçam esta oportunidade para o fazer”, disse Linda Glennie, Diretora de Investigação na Meningitis Research Foundation.

A doença meningocócica invasiva do grupo B desenvolve-se rapidamente, mesmo em lactentes, crianças e adolescentes previamente saudáveis. Os sintomas iniciais da doença meningocócica podem, em muitos casos, assemelhar-se aos da gripe, o que dificulta o diagnóstico. Aproximadamente 1 em 10[iv] pessoas que contraí a doença acaba por falecer, mesmo tendo recebido o tratamento adequado. Além disso, até 20% dos indivíduos que sobrevivem à meningite bacteriana podem sofrer de graves incapacidades físicas e neurológicas, como amputações, perda de capacidade auditiva e convulsões[iv].

Bexsero é, atualmente, a única vacina meningocócica B aprovada na Europa para crianças abaixo dos 10 anos de idade[v]; o programa de vacinação de lactentes no Reino Unido está especificamente concebido para a proteção contra a meningite B.  **SO/LUSA**

Estatinas e metformina diminuem risco de morte em pacientes com cancro da próstata

Os resultados primários do estudo mostram redução da mortalidade por cancro da próstata na ordem dos 36% quando se combinam os dois fármacos.



Um estudo da Universidade Thomas Jefferson, envolvendo mais de 12.000 pacientes, indica que o uso de estatinas em combinação com a metformina pode levar a uma redução de 32% na mortalidade por todas as causas e uma redução de 54% na morte por cancro da próstata em pacientes com cancro da próstata de alto risco.

“Tanto a metformina quanto as estatinas têm sido associadas a uma vida mais longa em pacientes com cancro da próstata; no entanto, por serem comumente prescritas em conjunto, nenhum estudo conhecido analisou esses dois medicamentos separadamente”, disse

Grace Lu-Yao, médica no Centro de Cancro Sidney Kimmel (em Filadélfia) e principal autora do estudo.

Os resultados primários do estudo retrospectivo incluem a mortalidade por todas as causas e cancro da próstata, que foram avaliados usando o modelo de risco proporcional de Cox. As estatinas usadas incluíram pravastatina, rosuvastatina, atorvastatina, fluvastatina, lovastatina e sinvastatina.

Para inclusão no estudo, os participantes tiveram que sobreviver por 6 meses ou mais após o diagnóstico e foram diagnosticados com cancro da próstata de alto risco

entre 2008 e 2011. O cancro da próstata de alto risco foi definido como uma categoria T de T2c ou superior, PSA igual ou superior a 20, uma pontuação de Gleason igual ou superior a 8 ou equivalente ao estágio geral do câncer IIB ou superior.

Entre os 12.700 que preencheram os critérios de inclusão, a idade média no diagnóstico foi de 74 anos e o tempo médio de acompanhamento foi de 42 meses. Do total, 435 usaram apenas metformina, 5786 usaram apenas estatinas, 1911 usaram as duas e 4568 também usaram nada.

Durante o acompanhamento, 2182 participantes (17,2%) morreram

por qualquer causa e 1078 (8,5%) morreram de cancro da próstata. Ao examinar o tempo de sobrevivência por grupo, a sobrevivência mediana foi maior com metformina mais estatina aos 3,9 anos e estatina sozinha aos 3,6 anos em comparação com 3,1 anos nos participantes que não usaram nenhuma terapia – a sobrevivência média entre os pacientes apenas com metformina também foi 3,1.

Ao examinar a mortalidade por cancro da próstata, a metformina mais estatina foi associada a uma redução de 36% no risco, enquanto a estatina sozinha foi associada a uma redução de 20%. **TC/SO**



Henning Gruell,
Philipp Schommers
e Florian Klein

Descoberto anticorpo que previne o desenvolvimento de resistências em doentes com VIH

Estudo identifica o anticorpo 1-18 como altamente potente e caracteriza-o como um candidato promissor à imunoterapia contra o VIH.

Investigadores do Hospital Universitário de Colónia, na Alemanha, **descobriram um anticorpo que restringe o desenvolvimento de resistências** no tratamento da infeção por VIH e abre portas para novas terapêuticas.

Os fármacos antirretrovirais são o gold standard do tratamento da infeção por VIH, com comprovada eficácia a reprimir a replicação e atividade do vírus. Mas, devido à capacidade de mutação e adaptabilidade do VIH, a combinação de fármacos tem de ser adaptada ao longo do tempo para impedir que o doente desenvolva resistência ao tratamento.

A comunidade científica tem-se focado nos anticorpos neutralizantes enquanto procura por alternativas terapêuticas e por formas de prevenção da infeção por VIH. O modelo de atuação destes

anticorpos é muito diferente dos fármacos antirretrovirais, pois atingem o vírus ao ligarem-se às proteínas de superfície do VIH.

Os ensaios têm demonstrado o **potencial destes anticorpos na redução da carga viral em indivíduos infetados**, embora os efeitos tenham sido, inicialmente, apenas temporários com o registo de desenvolvimento de resistências.

Agora, cientistas do Hospital Universitário de Colónia, na Alemanha, identificaram o anticorpo 1-18, e mostrou ser altamente potente contra 97% das variantes do vírus testadas. Segundo o Dr. Philipp Schommers, médico especialista em Medicina Interna e um dos autores do estudo publicado a 30 de janeiro na revista **Cell**, o **“1-18 está, portanto, entre os melhores anticorpos**

neutralizadores do VIH descritos até o momento”.

Desenvolvimento do estudo

Em colaboração com colegas do Instituto de Tecnologia da Califórnia, nos Estados Unidos, os investigadores na Alemanha identificaram o modo de ação do anticorpo 1-18 em detalhe, observando que **este liga-se e inativa uma estrutura superficial do VIH que é particularmente relevante porque é essencial para a infeção e para a replicação viral**.

Para testar a eficácia deste anticorpo, a equipa aleatorizou dois grupos de ratos infetados com VIH que replicam o modelo humano. A um grupo foram administrados outros anticorpos neutralizadores e no grupo comparador foi administrado o anticorpo 1-18. Os efeitos observados no primeiro

grupo duraram pouco tempo, visto que o vírus sofreu mutações e desenvolveu resistência contra os anticorpos. Contudo, no braço do estudo que recebeu o anticorpo 1-18 **a carga viral foi suprimida e os resultados mantiveram-se durante o tempo que durou a terapia**. “Esses resultados indicam que o desenvolvimento da resistência viral contra o novo anticorpo 1-18 é restrito quando comparado a outros anticorpos”, afirmou o Dr. Henning Gruell, outro autor do trabalho.

Devido à sua alta potência, **os cientistas consideram 1-18 um candidato promissor à imunoterapia contra o VIH**. “Além disso, 1-18 tem um grande potencial para prevenir a infeção pelo VIH por imunização passiva”, acrescentou o Prof. Doutor Florian Klein, outro dos autores da investigação. **RV/SO**

“É a chave”. SNS vai ter mais 40 centros de gestão com incentivos

Centros de Responsabilidade Integrada (CRI) permitem aumentar cirurgias e consultas mas só funcionam em cinco hospitais. Ministério tem 100 milhões para os CRI em 2020.

É uma aposta com muito potencial e que pode vir a assumir um carácter decisivo na diminuição das listas de espera para cirurgia e consultas e na retenção de profissionais no SNS. Vão ser criados mais 40 Centros de Responsabilidade Integrada (CRI), que, a juntar aos 17 que já existem, **elevam para 57 o número de CRI no SNS**, avança o jornal Público.

Apesar de já estarem em funcionamento 17 CRI, **apenas 5 instituições de saúde têm este modelo implantado**. O Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia Espinho tinha seis: cirurgia plástica, urologia, neurocirurgia, otorrinolaringologia, radiologia de intervenção. Já o Centro de Reabilitação do Norte e o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra têm três cada (oftalmologia, psiquiatria, cirurgia cardíaca). O Hospital de Évora tem CRI de cirurgia oncológica, cardiologia e o obesidade.

Mais recentemente, também o Hospital de São João **criou um CRI na área da obesidade**. Em declarações à Lusa, o responsável pelo CRI do São João referiu que o modelo permitiu aumentar o número de primeiras consultas de obesidade (de 400 para 1600) e também melhorar “a gestão, o acesso e os tempos de resposta”. O Ministério da Saúde prevê que este ano se criem mais 40 CRI. Entre os hospitais que já trabalham nesse sentido estão os **Centros hospitalares de Trás os Montes e Alto Douro, Setúbal, Oeste e Barreiro-Montijo** e as Unidades de Saúde Locais da Guarda, Castelo Branco e Alto Minho.



Alexandre Lourenço, presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares, acredita que os CRI são um “instrumento chave” para reter os melhores profissionais no SNS. As equipas que fazem parte destes centros trabalham com autonomia de gestão e recebem incentivos de acordo com os resultados e com a atividade assistencial que realizaram para lá do horário normal de trabalho. Os objetivos são definidos pelos profissionais, o que lhes aumenta a motivação. Para além de definirem o horário, têm de gerir as férias e a ausência dos colegas, num modelo de organização próprio que é formalizado através de um contrato assinado com o conselho de administração do hospital. O contrato é revisto a cada 3 anos.

O Ministério da Saúde garante ter 100 milhões de euros alocados “em 2020 para a operacionalização de modelos de pagamento

pelo desempenho para o trabalho hospitalar em CRI”.

São João quadruplica em um ano número de consultas de obesidade

“Melhoramos a gestão, o acesso e os tempos de resposta. Em termos práticos e técnicos, o que aconteceu é que quadruplicámos o número de primeiras consultas. **Passamos de um histórico de 400 por ano para 1.600**”, referiu o diretor do CRI de Obesidade do CHSJ.

John Preto também destacou que este serviço, que entrou em funcionamento em janeiro deste ano, “duplicou o número de intervenções cirúrgicas” e teve “o mérito de conseguir ocupar melhor o espaço, neste caso o bloco operatório”.

Depois de ter sido proposto à tutela em março de 2018, o CRI de Obesidade do CHUSJ iniciou atividade em janeiro do ano

passado e trabalhou com 41 profissionais de áreas como cirurgia, psicologia, nutrição, enfermagem e endocrinologia, entre outras especialidades.

De acordo com dados apresentados hoje, o internamento em 2018 nestes casos rondava os 4,46 dias, enquanto agora está em 2,47, o que corresponde a um objetivo cumprido em 121%, tendo John Preto destacado que graças a estes números e a este CRI “foram libertadas camas no hospital para outras necessidades”.

Quanto ao número de doentes com tempo de espera superior a um ano, esse passou de 2.792 em 2018 para 958 em 2019. Já o total de cirurgias foi de 580 em 2019, enquanto no ano anterior se realizaram, nesta área, 273.

Soma-se o número de inscritos para cirurgia com tempo espera superior a um ano que em 2018 era de 98 doentes e em 2019 foi zero. **TC/SO**



Ordem suspendeu 16 médicos no ano passado, a maioria no Norte

Número de suspensões atinge máximos de seis anos. Grande maioria dos clínicos suspensos é da zona Norte mas a Sul as queixas acumulam-se.

Já são conhecidos os números referentes às sanções aplicadas em 2019 pela Ordem dos Médicos (OM). Os três conselhos disciplinares da OM **condenaram 35 profissionais**, tendo aplicado a pena de suspensão (a medida mais grave a seguir à expulsão) a 16 deles, avança o jornal Público.

Nenhum médico foi expulso mas 2019 registou **o maior número de suspensões dos últimos seis anos**. Foi, como tem sido habitual, o conselho disciplinar do Norte a aplicar mais vezes esta pena. Fê-lo em relação

a 13 médicos no ano passado, tendo o Conselho Disciplinar do Sul (CDS) suspenso dois clínicos. A discrepância não está relacionada com uma maior negligência dos profissionais da região Norte mas sim com a celeridade com que os processos são tratados. O Norte tem vindo a “despachar processos com alguma complexidade”, explica Fátima Carvalho, presidente do Conselho Disciplinar do Norte.

No Sul, os processos vão-se acumulando, atrasando a decisão quanto a possíveis punições. As **críticas em relação**

à atuação deste órgão da OM subiram de tom com a polémica em torno do médico obstetra do Hospital de Setúbal, que tinha várias queixas pendentes desde 2013, queixas a que o CDS ainda não tinha dado seguimento até rebentar a polémica em torno do bebé que nasceu com malformações no hospital de São Bernardo. O próprio bastonário da OM, Miguel Guimarães, assumiu publicamente a culpa e autorizou a **realização de uma auditoria** àquele órgão.

No mais recente processo

eleitoral na OM, o até agora presidente do CDS, Carlos Pereira Alves, decidiu não se recandidatar. Será substituído pela ex-presidente do Infarmed Maria do Céu Machado, que se vai confrontar com centenas de processos pendentes a aguardar decisão. **O número de queixas contra médicos não pára de aumentar**, não só aquelas que são enviadas por doentes como as que chegam à OM via Entidade Reguladora da Saúde (ERS). No ano passado, a ERS enviou um número de reclamações recorde para a OM: 700. **TC/SO**



Transplantação com células estaminais melhora prognóstico em doentes oncológicos de alto risco

A transplantação com sangue do cordão umbilical resultou numa elevada taxa de sobrevivência e reduzida incidência de complicações pós-transplante.

Num ensaio clínico recente, publicado na revista científica *The Lancet Haematology*, a transplantação com sangue do cordão umbilical expandido em laboratório resultou numa elevada taxa de sobrevivência e reduzida incidência de complicações pós-transplante em doentes oncológicos de alto risco. Entre os **22 doentes com vários tipos de neoplasias**, desde leucemias, síndromes mielodisplásicas, linfomas e mieloma múltiplo, dez eram considerados de alto risco, **cinco já tinham sido transplantados, sem sucesso**, e outros cinco tinham doença agressiva, em recaída ou refratária.

Utilizando uma pequena molécula (UM171), os **investigadores**

multiplicaram as células estaminais da unidade de sangue do cordão umbilical escolhida para cada doente. Em apenas sete dias, o número de células estaminais aumentou, em média, 35 vezes, relativamente ao valor inicial. Este **processo de expansão permitiu que metade dos doentes fosse transplantado com uma unidade de sangue do cordão umbilical adequada em termos de dose celular e com melhor grau de compatibilidade**, aumentando, dessa forma, as probabilidades de sucesso dos transplantes.

Segundo aos autores, os resultados revelaram-se muito positivos, tendo-se observado, em todos os casos, uma rápida e sólida recuperação da produção de células do sangue e sistema imunitário,

uma elevada taxa de sobrevivência (90%) e reduzida incidência de complicações pós-transplante. Tendo em conta os bons resultados atingidos, os **investigadores iniciaram outros dois ensaios clínicos para testar a utilização desta técnica**, especificamente, em doentes com leucemias e síndromes mielodisplásicas de alto risco que, atualmente, apresentam opções de tratamento muito limitadas. A possibilidade de expandir (multiplicar) as células presentes no sangue do cordão umbilical armazenado permite aumentar o número de doentes que pode beneficiar de um transplante de sangue do cordão umbilical, com todas as suas vantagens – **menor probabilidade de transmissão de agentes infecciosos, disponibilidade**

imediate, menor incidência de doença do enxerto contra o hospedeiro – e com o **melhor grau de compatibilidade possível**.

Entre os fatores determinantes do sucesso dos transplantes estão a compatibilidade entre o doente e as células do sangue do cordão umbilical e o número de células mais adequado para o mesmo. Não sendo necessário haver compatibilidade total, esta deve ser a mais elevada possível, de modo a maximizar as probabilidades de sucesso e reduzir as complicações associadas ao transplante. No entanto, verifica-se que nem sempre as unidades de sangue do cordão umbilical mais compatíveis com um doente correspondem às que têm o número de células mais adequado.



Urgência pediátrica do Garcia de Orta pode reabrir em abril

Urgência está encerrada desde novembro por falta de médicos mas pode reabrir progressivamente, “se tudo correr bem”, a partir de abril.

O presidente do Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, Luís Manuel Martins Amaro, foi ouvido na Comissão de Saúde, no parlamento.

Luís Amaro salientou que a **anterior administração e a atual têm tentado contornar a falta de médicos pediatras desde 2016**, uma situação que levou à necessidade de encerramento das urgências pediátricas duramente o período noturno e aos fins de semana em novembro de 2019.

“Com o trabalho de todos, eu direi que não é possível retomar de imediato a urgência, mas, tanto quanto possível, e na sequência do próximo concurso de abril, **se tudo correr como nós acreditamos que irá correr, teremos condições, de uma forma faseada, abrir a urgência**

pediátrica 24 horas”, disse. O Ministério da Saúde anunciou em janeiro que vai avançar com a contratação direta de cinco pediatras para este hospital.

Luís Amaro salientou que, **desde 2016 e até agora, saíram do Hospital Garcia de Orta, em Almada, 14 pediatras**, a generalidade porque “há um apelo muito significativo por parte de unidades privadas que abriram na grande Almada e na grande Lisboa que levaram à saída dos melhores através de ordenados” que o serviço público “não consegue acompanhar” e duas por aposentação.

Em contrapartida, foram contratados três recém-especialistas no mesmo período, sublinhou.

Luís Amaro salientou que a administração está a “mostrar as potencialidades do serviço”, no

sentido de cativar novos médicos recém-especialistas para áreas como neonatologia, subespecialidades de pediatria e o centro de desenvolvimento da criança, que também farão urgências.

Está também a trabalhar para pôr em prática um protocolo que já está assinado, pelo que “em breve” o Garcia de Orta terá o apoio junto dos hospitais de Santa Maria e de D. Estefânia. Negociações semelhantes estão a decorrer com o Centro Hospitalar de Lisboa Central, acrescentou.

“Se todas estas condições se vierem a verificar, entendemos que, em abril, poderemos ter condições – não diria para os sete dias da semana – mas para começarmos a abrir eventualmente ao fim de semana e, à medida que

formos captando recursos, poderemos abrir o funcionamento em pleno da urgência”, reiterou.

Devido à falta de especialistas, a urgência pediátrica daquela unidade hospitalar, localizada em Almada, começou por fechar todos os fins de semana em outubro do ano passado, entre o final de sexta-feira e a manhã de segunda-feira.

Luís Amaro salientou ainda que o alargamento do horário de funcionamento dos centros de saúde de Almada e Seixal para ajudar a minimizar a situação “não é a resposta desejável”.

“O número de crianças que foram transferidas neste período de encerramento, de 18 de novembro até 16 de fevereiro, [de centros de saúde] para serviços de urgência foram apenas de 41, o que representa 1,8% das crianças atendidas nos cuidados de saúde primário”, afirmou.

No mesmo período, no atendimento complementar de Almada e do Seixal, entre as 10:00 e as 17:00 aos fins de semana e diariamente das 08:00 às 24:00 foram atendidas um total de 2.298 crianças, acrescentou.

Isto dá nota de que é forçoso que todos os hospitais em geral têm de “pensar na melhor forma de reorganizar as urgências”, porque “continuamos a ter um número muito significativo de situações não urgentes que poderiam ser atendidos noutras unidades de cuidados de saúde primários, considerou.

Luís Amaro destacou ainda que o orçamento destinado ao Garcia de Orta aumentou em relação a 2018 “à volta de dois milhões de euros, sendo este ano à volta de 169 milhões de euros, “porque foram identificadas várias carências”.

Entre elas, salientou um investimento de 10 milhões de euros com cofinanciamento com fundos de programas europeus para adquirir uma nova ressonância magnética e um novo TAC, “que está para autorização do Tribunal de Contas”, além de “um conjunto de necessidades em termos de obras”. **SO/LUSA**

SOS Hepatites denuncia atrasos no acesso ao tratamento da hepatite C

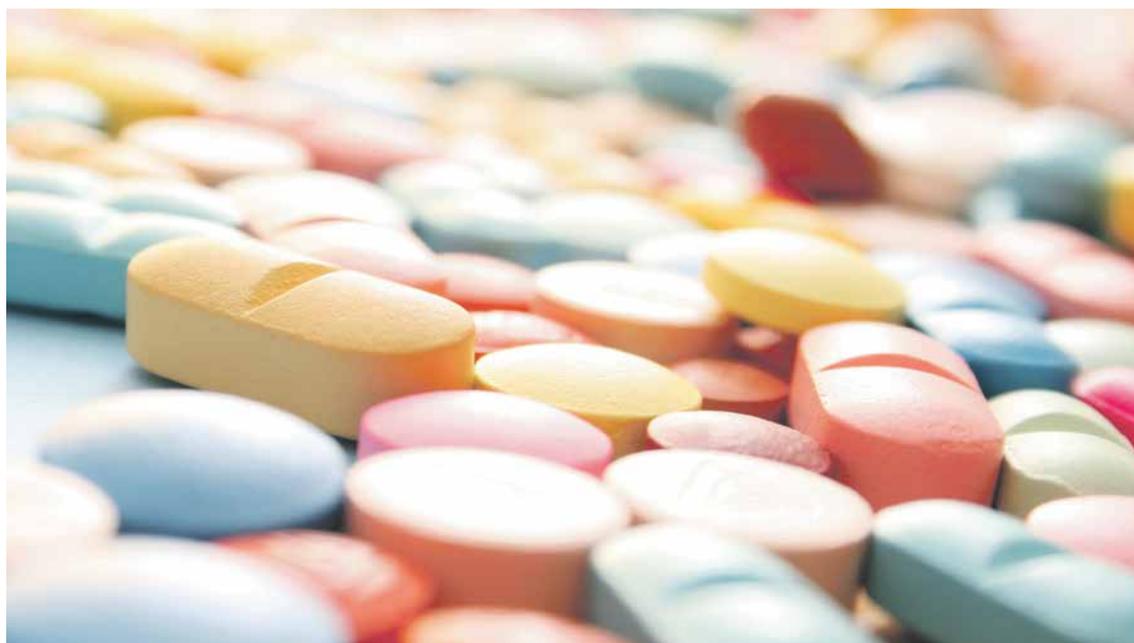
Associação relata que doentes esperam entre dois e quatro meses pelo início do tratamento. Atrasos são maiores nos hospitais do interior do País.

ASOS Hepatites alerta para os atrasos na disponibilização dos tratamentos aos doentes com hepatite C, sobretudo nos hospitais mais pequenos, do interior do país, lembrando que a espera pela medicação chega, por vezes, aos quatro meses.

Segundo relatou Emília Rodrigues, da associação de doentes, à Lusa a situação “está melhor do que estava há um ano, em que se esperava entre nove e 12 meses. Neste momento isso não acontece, mas mesmo assim ainda esperamos dois a quatro meses”.

A responsável lembra também que, apesar de esta espera não colocar em causa a eficácia do tratamento, “pode colocar em causa a saúde do doente, porque o fígado continua a degradar-se” enquanto o doente aguarda pelo acesso à terapêutica.

Emília Rodrigues relata que os atrasos maiores são registados



nos hospitais mais pequenos, no interior do país. Na perspetiva da dirigente, a origem da demora na disponibilização da terapêutica pode estar relacionada com o facto de, desde finais de

2017 os pagamentos aos fornecedores ficaram a cargo das administrações hospitalares, quando antes eram da responsabilidade da Administração Central do Sistema de Saúde. Nessa medida,

sublinha, “é mesmo uma questão economicista. (...) Eu também entendo as administrações hospitalares e a lei dos compromissos. O doente é que não pode sofrer por causa disso”. **SO/Lusa**

Consultas nos cuidados de saúde primários aumentam de forma tímida

A ministra da Saúde, avançou que, em 2019, foram realizados 31,5 milhões de consultas deste tipo no SNS, um crescimento de apenas 3,5% em relação a 2015.

“**N**o ano passado, o vosso trabalho permitiu que fossem realizados 31,5 milhões de consultas médicas. Isto significa

que, desde 2015, conseguimos crescer 3,5% em consultas médicas de cuidados primários no SNS, algo bem diferente do decréscimo de 7% registado entre

2011 e 2015”, observou a ministra na inauguração da Unidade de Saúde da Batalha, no Porto, onde também inaugurou, acompanhada pelo primeiro-ministro, António Costa, a Unidade de Saúde de Ramalde.

A ministra destacou ainda que, na anterior legislatura, foram remodeladas ou construídas de raiz 69 unidades de cuidados de saúde primários, estando atualmente a ser trabalhadas “mais 13”.

“Vamos continuar a aposta clara nos cuidados de saúde primários, na certeza de que são a melhor porta para o acesso universal aos cuidados de saúde”, disse.

Marta Temido observou ainda que a saúde é assumida como uma “responsabilidade clara do Estado”.

“Queremos mais consultas e consultas de psicologia, nutrição, saúde oral, visual e queremos também consultas descentralizadas porque queremos, cada vez mais, que o SNS seja uma resposta integrada”, afirmou.

De acordo com a Administração Regional de Saúde do Norte (ARS-N), as duas novas instalações “reforçam a capacidade de resposta do SNS, melhorando a prestação de cuidados de saúde de proximidade aos cerca de 27.000 utentes inscritos nas duas unidades”. **SO/LUSA**

Cancro da próstata avançado: Imagiologia é imprescindível para identificar metástases ósseas

Estudo que avaliou mais de 100 mil casos de cancro mostra que o nível de PSA é insuficiente para identificar com precisão a maioria dos homens com CPa metastático.



A imagem para identificar metástases ósseas não pode ser excluída do estadiamento do cancro da próstata avançado (CPa), concluiu um grupo de investigadores, num trabalho que avaliou mais de 100 mil homens.

Frederik B. Thomsen, médico do Copenhagen Prostate Cancer Center (da Universidade de Copenhaga), e colegas descobriram que as metástases ósseas não

podem ser controladas com precisão suficiente, e em segurança, usando qualquer combinação do estágio T, grupo Gleason Grade (GGG) e nível de PSA. Nenhum limiar de PSA conseguiu identificar com precisão a maioria dos homens com CPa metastático, embora classifique corretamente a maioria dos homens sem metástase.

“Anteriormente, havia uma percepção de que, se o PSA for 100 ng / mL ou superior, todos os

homens têm cancro da próstata metastático. Essa percepção é baseada em estudos mais antigos realizados antes da introdução do teste de PSA. Provavelmente, isso resultou na omissão de imagens em alguns homens com características avançadas de tumor porque a identificação de metástases não mudaria a escolha do tratamento.”

O estudo incluiu 102.076 homens diagnosticados com CPa na

Suécia de 2006 a 2016. Desses, 30.426 foram submetidos a imagens no diagnóstico. Dos 70.313 homens que não foram submetidos à imagem, 45.965 (66%) tinham CPa de risco favorável. Esses pacientes foram considerados portadores de CPa não metastático e a imagem não havia sido realizada de acordo com as diretrizes suecas.

“Consideramos o estudo grande o suficiente para justificar a inclusão de imagens como parte obrigatória do exame diagnóstico nesses homens. Não se espera que o acesso à imagem óssea seja um problema na maioria dos países ocidentais, e a falta de imagem usada nesses homens é provavelmente causada pelos médicos que não esperam obter conhecimento com o exame”, diz o Dr. Thomsen.

Os investigadores alertam que a **identificação e quantificação de metástases podem ser mais importantes hoje em dia para determinar se o tratamento radical é necessário.** A extensão do tumor na imagem óssea é uma indicação para o uso de tratamentos além da terapia de privação de androgénio em homens com CPa metastático.

No entanto, o recurso à imagiologia deve ser usado com precaução nos casos de CP em fase inicial. “O risco de imagens numa população com baixo risco de metástases provoca um aumento da taxa de falsos positivos e também aumenta a exposição a radiação ionizante ou meios de contraste”. **TC/SO**



“É muito grave”. CH de Entre o Douro e Vouga não tem diretor clínico

Ordem dos Médicos diz que Centro Hospitalar, que serve cerca de 400 mil pessoas, está a funcionar “à margem da lei” por não ter diretor clínico.

“**U**m hospital não pode estar de portas abertas sem ter diretor clínico. Esta é uma situação muito grave que se fosse noutra setor provavelmente o Hospital já tinha encerrado portas e até já tinha sido multado seguramente pela Entidade Reguladora da Saúde”, disse aos jornalistas o Bastonário da Ordem dos Médicos, Miguel Guimarães. No final de uma visita ao Hospital da Feira, o bastonário referiu que o **diretor clínico do CHEDV não existe desde 30 de junho de 2019**, altura em que a médica que ocupava aquele cargo cessou funções, a seu pedido.

“Ou seja, há cerca de sete meses que esta unidade hospitalar não tem diretor clínico. Isto é uma situação completamente ilegal”,

vincou o mesmo responsável, apelando à Entidade Reguladora da Saúde para que “rapidamente verifique a situação e que atue em conformidade de acordo com aquilo que está na lei”.

Miguel Guimarães destacou a importância do diretor clínico porque “é o maior responsável pela qualidade da medicina no Hospital, mas é também o principal responsável pelo cumprimento das regras éticas e deontológicas” e apelou à ministra da Saúde, Marta Temido, para nomear rapidamente um diretor clínico, de forma a regularizar a situação.

“O que acho que temos de fazer aqui nesta situação é com máximo de urgência a senhora ministra da Saúde, sob proposta do conselho de administração ou

não, nomear um diretor clínico para que esta unidade de saúde comece a funcionar de forma regular”, afirmou.

Na mesma ocasião, o presidente do Conselho Regional do Norte da Ordem dos Médicos, António Araújo, disse que a falta de um diretor clínico poderá pôr em causa a idoneidade formativa do CHEDV, atribuída pela Ordem.

Em declarações à Lusa, António Araújo anunciou que vai propor a “retirada da idoneidade formativa completa a todo o Hospital”, na primeira reunião de Conselho Nacional, que terá lugar em fevereiro, após a tomada de posse do bastonário, caso a situação não esteja resolvida até lá.

“A senhora ministra tem um prazo muito curto para resolver esta situação”, afirmou o mesmo

responsável, explicando que, com a retirada da idoneidade formativa, os cerca de 200 médicos internos que estão a fazer formação neste hospital serão realocados em outras unidades.

Numa nota enviada à agência Lusa, o Ministério da Saúde diz que o processo de nomeação do Conselho de Administração do CHEDV – que integra nova Direção Clínica – encontra-se em curso, consoante os trâmites legais, e deverá estar concluído em fevereiro.

“A saída da anterior diretora clínica, a 1 de agosto, coincidiu com o arranque do período eleitoral referente às legislativas de 2019, o que inviabilizou a prossecução deste processo que se encontra agora em fase de conclusão”, refere a mesma nota. **SO/LUSA**

Spedra®

avanafil

O IPDE5 DE 2ª GERAÇÃO¹



Spedra® está indicado no tratamento da Disfunção Erétil em homens adultos. Para que Spedra® seja eficaz, é necessária estimulação sexual.²

Spedra® 200 mg

avanafil

4 comprimidos

Via oral



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 doentes 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 a moderado (depuração da creatinina ≥ 30 ml/min e < 80 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, nefinavir, saquinavir e telitromicina). Nos doentes a receberem tratamento concomitante com inibidores moderados da CYP3A4 (incluindo eritromicina, amprenavir, aprepitant, diltiazem, fluconazol, fosamprenavir 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 nitro orgânico ou óxido nítrico (como nitrito de amilo). A administração concomitante de inibidores da fosfo-diesterase de tipo 5 (PDE5), incluindo o avanafil com estimuladores da guanilato ciclase, como o riociguat, 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 insulável, 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 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, nefinavir, 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 sinus e dor salivária. 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 (≥ 1/10 000 a < 1/1000), muito raras (< 1/10 000) 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. **Infeções 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 (frequentes); tonturas, sonolência, dor de cabeça sinus (pouco frequentes); hiperatividade psicomotora (raras). **Afeções oculares:** visão turva (pouco frequentes). **Cardiopalmis:** palpitações (pouco frequentes); angina de peito, taquicardia (raras). **Vasculopatias:** ruborização (frequentes); arroumamentos (pouco frequentes); hipertensão (raras). **Doenças respiratórias:** torácicas e do mediastino: congestão nasal (frequentes); congestão sinus, dispneia de esforço (pouco frequentes); tinoireia, congestão do trato respiratório superior (raras). **Doenças gastrointestinais:** dispepsia, 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 salivária, contração muscular (pouco frequentes); dores no flanco, mialgia, espasmos musculares (raras). **Doenças renais e urinárias:** polaquíuria (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, antigénio 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, hematospermia e hemorragia peniana foram notificadas num pequeno número de casos 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 lotturas, um sintoma habitualmente causado por tensão arterial baixa, foram notificadas em ensaios clínicos com o avanafil. **Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao Infarmed, I.P. (Tel. +351 21 798 73 73; Linha do Medicamento: 800 22 24 44 (gratuita); Fax: +351 21 798 73 97; E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt; internet: http://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramhomepage). Titular da Autorização de Introdução no Mercado (A.I.M.): Menarini International Operations Luxembourg S.A., 1, 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. +351 210 935 500. 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. Belkoff 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: 501 572 570 | 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



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 índole 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

COM O ALTO PATROCÍNIO
DE SUA EXCELÊNCIA



FUNDAÇÃO
Bial

Instituição de utilidade pública
Institution of public utility