

Em tempos de esforço e superação para muitos profissionais de saúde, o SaúdeOnline deixa o seu agradecimento e uma mensagem de força e coragem a cada um dos médicos, enfermeiros, farmacêuticos e demais profissionais que todos os dias combatem, na linha da frente, a pandemia de Covid-19

COVID-19

Dos braços caídos não reza a história

ESPECIAL | DIA NACIONAL DO DOENTE COM AVC

«Tempo é cérebro»

PÁG. 19



50

O QUE
QUEREMOS FAZER
PARA OS PRÓXIMOS
50 ANOS?
TUDO.

50

Fazer nascer, crescer, acreditar.
Porque são as pequenas coisas
que fazemos que vão continuar
a fazer toda a diferença.
E o nosso compromisso
é para a vida.

50

50

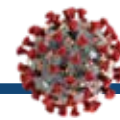
#renovarocompromisso

50



MSD

INVENTING FOR LIFE
50 ANOS
PARA A VIDA



SUMÁRIO

COVID-19

Dos braços caídos não reza a história

4 Opinião | Ana Catarina Pinheiro

Como travar esta Epidemia?

6 COVID-19 | Covid-19: Hospital de Santa Maria já tem estrutura de urgência dedicada

7 COVID-19 | “Há outras vidas a salvar”. Transplantes praticamente pararam em todo o país

8 COVID-19 | Covid-19: Plataforma ‘vent2life’ quer ajudar a recuperar ventiladores inativos

9 COVID-19 | “Detetar, isolar, tratar”. Médicos de saúde pública fazem das “tripas coração”

10 COVID-19 | “Continuam a chegar relatos de médicos que trabalham sem as mínimas condições”

11 COVID-19 | “Pesadelo burocrático”. Médicos apontam falhas ao registo de doentes com Covid-19

12 COVID-19 | Covid-19: Por cada 100 casos em Itália, Portugal terá sete, diz estudo

13 COVID-19 | “Não há máscaras suficientes e arranjou-se uma desculpa, dizendo que não são eficazes”

14 Opinião | Luis Gouveia Andrade

O Fluxo de Informação na Era covid-19. Não Será Demasiado Rápido?...

15 COVID-19 | Covid-19: Porque tem a Alemanha uma taxa de mortalidade tão baixa? Mais testes a pacientes de todas as idades, e muitos sem sintomas, ajudam a justificar a baixa taxa de letalidade da Alemanha em relação a países como Itália, Espanha e França.

16 COVID-19 | Exclusividade de médicos no SNS poderá pôr em risco doentes em hemodiálise

19 Especial | «Tempo é cérebro»

29 Nacional | Hospital de Coimbra implanta válvula aórtica a doente de 92 anos

30 Nacional | Insuficiência renal: Diabetes é responsável por metade dos doentes em diálise

32 Nacional | Cateterismo cardíaco: São João pioneiro na implementação de técnica inovadora

34 Investigação | Identificados novos genes que podem ser responsáveis por cancro hereditários

FICHA TÉCNICA | Publicação online de informação geral e médica

SAÚDE  **ONLINE**

Endereço internet
www.saudeonline.pt

E-mail
geral@saudeonline.pt

Diretor Geral
Luís Araújo
laraujo@saudeonline.pt

Diretor de informação
Tiago Caeiro
tcaeiro@saudeonline.pt

Jornalistas
Adelaide Oliveira
Rita Vassal

Colaboradores
Alexandra Ribeiro

Artigos de Opinião
Ana Catarina Pinheiro

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

Proprietária
Joana Correia de Freitas Santos Coração
de Figueiredo Araújo

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

Periodicidade
Informação permanente

Ano de fundação: 2016

Como travar esta Epidemia?



Ana Catarina Pinheiro
Médica Interna de MGF

Tenho a percepção incómoda de que esta epidemia tem refletido uma enorme crise na Humanidade. Nos últimos dias tenho assistido a debates acesos em relação à necessidade de rastreamos toda a população procurando todos os SARS-CoV2 positivos, sendo aparentemente apoiada por muitos como a única forma verdadeiramente eficaz de combatermos a disseminação desta doença. Deixa-me profundamente consternada que um resultado num papel assuma uma força que suplante as recomendações de um governo e as recomendações de todos aqueles que se têm mantido firmes na linha da frente. O dom da palavra perdeu-se e isso revela uma humanidade igualmente perdida e desnordeada. Na medicina moderna, a fossilização da liturgia do ato médico é assustadora e altamente redutora para todos os que a praticam. As medidas de isolamento repetem-se a cada minuto nos órgãos de comunicação social e ainda assim se vêm pessoas na rua! Se a proximidade mo permitisse gostava de poder dizer ao ouvido a todos com os quais me cruzo no caminho

para mais um dia de “luta” que aquele desnecessário “passeizinho” ou aquela prescindível “confraternizaçozinha” poderá culminar com um necessário “suporteizinho ventilatório” ou, caso este já não exista, com uma triste e irreversível “viagenzinha de ida sem regresso”. Queridos coabitantes do meu País a isto chama-se desrespeito absoluto pelos órgãos de soberania! A isto chama-se completo desconhecimento do que é o dever cívico! A isto chama-se desrespeito por todos os profissionais que por “verdadeiro amor à camisola” (porque nenhum valor vale a nossa vida) continuam, de forma aparentemente parva (aos vossos invisíveis olhos) a tentar travar aquilo que quase ninguém acredita poder ter um fim. Querido Dr. Mário Centeno, se não se importar de despende alguns milhões de euros para comprar testes para toda a população ficar-lhe-ia muitíssimo agradecida, já que nos nossos 10 milhões uma importante parte, sobretudo os assintomáticos, continua a olhar

para esta situação de uma forma perfeitamente leviana, e ao que tudo indica será o Major Cottonete o melhor comandante para esta “operação militar”. Pergunto a todos os que firmemente se posicionam na defesa desta tese se não deveríamos, na fase que atravessamos, preocuparmo-nos um pouco em munir os nossos subordinados soldados, entendam-se todos os profissionais de saúde, com material de proteção pessoal que nos permita continuar no campo de batalha até ao fim e sem “baixas”! Infelizmente não há vacina nem tratamento para a desumanidade! E se a desumanidade se transformar num vírus espero que em momento algum os profissionais de saúde se deixem infetar, caso contrário todos os que nesta fase orgulhosamente se passeiam nas ruas sem qualquer pensamento no próximo terço, infelizmente, de ver uma atitude semelhante por parte do próximo que cerebralmente omitiram do vosso pensamento de forma negligente nesta

fase. Nunca se esqueçam que, numa fase em que vos pedimos o mínimo e de forma peulante nem este nos concedem nunca nos poderão exigir, quando de nós precisarem no futuro, o máximo! Nunca se esqueçam que esta tempestade só vai passar com a ajuda de todos nós!

Woody Allen escreveu “mais do que em qualquer outra época, a humanidade está numa encruzilhada. Um caminho leva ao desespero absoluto. O outro, à total extinção. Vamos rezar para que tenhamos a sabedoria de saber escolher.” Acredito que ter de ficar em casa rapidamente se transforme num desespero absoluto! Gostava que convictamente pensassem que o caminho alternativo nos poderá conduzir à extinção! Não sei o que nos espera mas sei o que me preocupa: é que na nova medicina seduzida pela tecnologia dos testes e dos exames vamos deslizando para uma medicina em que curamos com computadores e onde miseravelmente a “casca conta mais que o miolo”.



QUANDO VÊ O SEU DOENTE, CONSEGUE IDENTIFICAR O QUE FALTA?

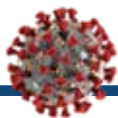
VIGANTOL®

NA ROTINA DIÁRIA DOS DOENTES QUE PRECISAM DE VITAMINA D



FAZ PARTE DA ROTINA DIÁRIA

Informações essenciais compatíveis com o RCM - Neurobion 0,2 mg cianocobalamina + 200 mg piridoxina + 100 mg tiamina, comprimidos revestidos, brancos e biconvexos. Neurobion, 100 mg tiamina + 100 mg piridoxina + 1 mg cianocobalamina, solução injetável. Excipientes: Lactose mono-hidratada 40 mg (comprimidos), Potássio 0,019 mg/ml, Sódio 13,99 mg/ml (injetável). **Indicações terapêuticas:** Tratamento adjuvante na neurite e nevralgia (mono e polineuropatia), radiculonevrites resultantes de alterações degenerativas da coluna vertebral, lumbago, ciática, síndrome cervical, síndrome ombro-braço, tratamento de manutenção da nevralgia do trigémino e tratamento de suporte da parésia do nervo facial e herpes zoster. **Posologia e modo de administração:** Comprimidos: 1 comprimido, 1 a 3 x/dia no tratamento de casos moderados, ou para administração intercalada e de seguimento do tratamento com a forma injetável. Engolir sem mastigar com um pouco de líquido durante ou após as refeições. Injetável: Administrado por via intramuscular. Casos graves, 1 ampola/dia enquanto os sintomas agudos persistirem. Na terapêutica de seguimento, 2 a 3 ampolas/semana. Quando não são administradas as ampolas ou como continuação da terapêutica pode utilizar-se Neurobion comprimidos revestidos. A duração do tratamento é determinada pelo médico. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer dos excipientes. Os comprimidos não são adequados para o tratamento de crianças. **Advertências e precauções especiais de utilização:** As neuropatias necessitam de tratamento de longa duração com uma dose média diária de vitamina B6 > 50 mg. Recomenda-se monitorização regular do doente sob tratamento de longa duração. A solução injetável contém menos de 39 mg de potássio e 41,97 mg de sódio/ampola. Ter em consideração em doentes com ingestão controlada de sódio. **Interações medicamentosas e outras formas de interação:** L-Dopa: os efeitos poderão ser reduzidos com a administração concomitante de vitamina B6. Antagonistas da piridoxina (ex., isoniazida, cicloserina, penicilamina e hidralazina): a eficácia da vitamina B6 pode estar reduzida. Com diuréticos da ansa (ex., furosemida) os níveis sanguíneos de tiamina podem ser reduzidos. **Efeitos indesejáveis:** Muito raros (<1/10.000): Doenças do sistema imunitário - choque anafilático. Desconhecidos (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis): reações de hipersensibilidade, como sudação, 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:** P&G Health Germany GmbH. **Data da revisão do texto:** 04/2020. Informação adicional: Medicamento sujeito a receita médica. Escalão de comparticipação: C. Para mais informação deverá contactar o Titular de Autorização de Introdução no Mercado.



Covid-19: Hospital de Santa Maria já tem estrutura de urgência dedicada

Maior hospital do país inaugurou uma estrutura do serviço de urgência dedicada a doentes suspeitos ou já com infeção confirmada de covid-19.

“Esta infraestrutura vai permitir manter sob vigilância no serviço de urgência os casos de doentes suspeitos ou com infeção já diagnosticada que necessitem de maiores cuidados. É, sobretudo, um espaço que vai permitir alocar doentes acamados ou que tenham alguns critérios de gravidade perante a suspeita de infeção por SARS-CoV-2”, afirmou à Lusa a diretora do serviço, Anabela Oliveira.

A estrutura, erguida em cerca de uma semana no antigo corredor de entrada desta unidade hospitalar, onde funcionava a central de consultas, contempla 16 ‘boxes’, incluindo uma que prevê a possibilidade de receber grávidas com suspeita de infeção pelo novo coronavírus e que apresentem sintomas que justifiquem o seu acompanhamento na urgência.

Para a responsável do serviço, a criação do espaço surgiu como uma jogada de “antecipação” para o previsível aumento de casos com maior gravidade, sublinhando que essa situação “já se verifica desde o fim de semana”, com maior número de doentes com pneumonia grave.

“Temos de nos adaptar a uma nova realidade. Isto mudou completamente a maneira de funcionar em serviço de urgência. Tivemos uma redução importante da afluência aos serviços de urgência. Na nossa urgência, o pior dia da semana era a segunda-feira, em que costumava ter 590 a 600 doentes. Agora, temos 200 ou 190. Reduziu francamente a afluência ao serviço de urgência, mas a gestão destes doentes não é fácil”, frisou.

Anabela Oliveira assinalou ainda as dificuldades crescentes para o serviço de urgência com a entrada

na fase de mitigação, em que “há muitos doentes suspeitos” e a maior dificuldade para separar os doentes com base em sintomas que podem ser comuns.

“Basta ter tosse ou febre para ser suspeito. Pode acontecer termos doentes com outra tipologia que não apenas respiratória, mas que tenham febre ou sintomas respiratórios. Um doente com trauma pode ter febre ou sintomas respiratórios. É muito difícil fazermos a destrição nesta fase em que há transmissão comunitária ativa entre quem é suspeito e quem não é suspeito”, resumiu.

Já Carlos Neto, enfermeiro gestor do serviço de urgência, explicou o funcionamento renovado desta unidade, com a colaboração de duas áreas distintas: uma no exterior, nas tendas de campanha, em que é feita uma pré-triagem, e a zona interior prestes a

ser inaugurada, destinada a “tratamento e diagnóstico para doentes” afetados pela covid-19.

Reconhecendo uma duplicação da forma de trabalhar e “um grande esforço de recursos humanos, de recursos materiais e de estratégia de implementação”, Carlos Neto agradeceu o empenho extra de todos os profissionais para enfrentar esta pandemia.

“Nesta fase estamos a programar isto para funcionar com mais seis enfermeiros por turno. Significa que estamos a fazer um esforço acrescido, através de horas extraordinárias dos próprios colaboradores, enfermeiros e auxiliares, da urgência, e também, brevemente, com a colaboração de outros que estão no hospital e vêm dar um reforço para conseguirmos assegurar as necessidades de recursos humanos que temos aqui”, finalizou. **SO/LUSA**

Procura das urgências caiu 30% entre início e meados de março

Ministra da Saúde mostra-se preocupada por doentes tardarem a pedir ajuda e chegarem com situações agravadas por receio da covid-19.

Marta Temido afirmou que “desde inícios de março e até meados do mês a procura dos serviços de urgência [hospitalares] diminuiu 30%” e apenas na semana passada (últimos dados disponíveis, ainda não há dados desta semana) a queda atingiu os 60%.

Segundo a ministra, parte da queda da procura estará relacionada com as pessoas encontrarem ajuda em vias alternativas – cuidados

de saúde privados (como centros de saúde) ou consultas por telefone -, mas também disse que “o Ministério tem a perceção do risco de os doentes que chegam aos cuidados de saúde serem doentes com sintomatologia, patologia mais agravada por estarem a retardar a procura de cuidados” com receio do pandemio de covid-19.

“Com esse aspeto estamos muito preocupados”, afirmou. Segundo Marta Temido, o Ministério da

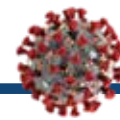
Saúde está de momento “a proceder a uma identificação clara dos casos que não estão a ser tratados, a atividade programada que está a ser suspensa, para poder encaminhar eventualmente para hospitais ‘limpos’”.

Além disso, afirmou, continuam os tratamentos de outras doenças, desde logo em “hospitais onde seja possível manter circuitos completamente estaques”.

A governante indicou ainda que o

Ministério da Saúde tem a “intenção de trabalhar com os colégios das especialidades na identificação do que possam ser as circunstâncias mais prementes”, ainda que na análise de cada doente, do caso concreto, caiba ao clínico decidir o que é ou não urgente.

“Não há só Covid no Serviço Nacional de Saúde e estamos a procurar responder também às outras patologias”, disse Marta Temido. **SO/Lusa**



“Há outras vidas a salvar”. Transplantes praticamente pararam em todo o país

Há algumas valências, como a renal, que “está praticamente parada”, diz o médico Carlos Cortes, que teme pelo agravar da situação clínica de muitos doentes.

Devido ao foco na covid-19, o presidente da Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos alerta que os doentes oncológicos “estão a ficar para trás” e que a atividade de transplantação está “praticamente paralisada em Portugal, quando existem doentes que precisam de transplantes”.

Segundo Carlos Cortes, há algumas valências, como a renal, que “está praticamente parada, só funcionando nos casos urgentes ou muito urgentes, e depois os hospitais estão com muita dificuldade em encaminhar os potenciais dadores”.



“Na maior parte dos centros do país não está a haver transplantes devido à falta de dadores”, sublinha o responsável, rezeando que se não se “encontrar um equilíbrio” possa existir no

futuro doentes a morrer “por causa do covid-19 sem o ter”.

“Há vidas para salvar por causa desta infeção [covid-19], mas há outras a salvar com variadíssimas patologias, como os doentes

oncológicos ou transplantados”, frisou. Carlos Cortes não quer que, no futuro, o “país se confronte com outro problema, que é o dos doentes que andaram a ser adiados e depois chegam a uma situação de gravidade que posa comprometer a sua vida”.

O presidente da SRCOM defende que os médicos mais velhos [com menos condições], que estão na linha da frente no combate à covid-19, sejam encaminhados para o tratamento daqueles doentes, que “também precisam de cuidados e são prioritários, muitos deles”. **SO/LUSA**



Há médicos “em situações complicadas, nos cuidados intensivos”, diz bastonário

Miguel Guimarães diz que situação em torno da falta de equipamentos de proteção para os profissionais de saúde “é absolutamente crítica”.

Em alguns serviços, por exemplo, já estão internos do ano comum a colaborar na realização da vigilância ativa. Neste momento, todos os braços são bem-vindos para poder colaborar”, mas é preciso haver uma orientação, ressaltou.

“As coisas não podem funcionar de forma descoordenada, mas é importante ganhar força de trabalho para conseguir responder às solicitações que são, de facto, muitas”, defendeu. Apesar de estes médicos reclamarem há vários anos um sistema de informação da saúde pública, “infelizmente” ainda não existe e “tem havido uma necessidade muito clara de criar sistemas para responder a esta tarefa tremenda de acompanhar tantos milhares de cidadãos em vigilância ativa”.

A ministra da Saúde, Marta Temido,

e a diretora-geral da Saúde, Graça Freitas, saudaram hoje o trabalho dos profissionais de saúde na conferência de imprensa diária sobre a infeção pelo novo coronavírus.

Graça Freitas destacou “o trabalho incrível e extraordinário” realizado pelas equipas de saúde pública, para conseguirem detetar os contactos dos doentes. “É muito importante” manter esses contactos isolados para não propagar a doença. “Nós estamos a isolar os doentes, a tratar, mas também estamos a detetar os seus contactos”, disse a diretora-geral da Saúde, adiantando que estão a “agir em várias frentes”.

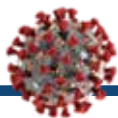
A Ministra da Saúde também deixou “uma palavra de agradecimento a todos os profissionais que continuam nos seus postos de trabalho a lutar para tratar doentes,

encaminhar doentes”, como os médicos que fazem registos na plataforma nacional de vigilância epidemiológica.

“É muito importante o vosso trabalho de registo, da data do sintoma, da confirmação laboratorial, dos dados referentes aos doentes para que possamos ter cada vez mais dados epidemiológicos fiáveis para prever aquilo que é a evolução das curvas deste surto em Portugal”, sublinhou Marta Temido.

Graça Freitas também fez uma referência aos médicos da Linha de Atendimento ao Médico, que têm assegurado que as pessoas cheguem referenciadas aos hospitais, impedindo que vão diretamente às urgências.

“Este circuito foi muito importante na nossa resposta até à data”, rematou. **SO/LUSA**



Covid-19: Plataforma ‘vent2life’ quer ajudar a recuperar ventiladores inativos

O movimento ‘#ProjectOpenAir’ propõe recuperar e colocar à disposição do SNS ventiladores inativos nos hospitais, aumentando assim a capacidade de resposta.

“Os hospitais vão poder registar-se, dizer que equipamentos têm e os problemas sentidos. Alguns certamente vão poder ter uma resposta imediata dos engenheiros e universidades que estão a colaborar com o projeto, outros obrigarão a fabricação de peças ou à presença de técnicos especializados”, disse à Lusa João Nascimento, empresário e empreendedor que lançou a iniciativa na rede social Twitter.

A plataforma ‘vent2life.eu’ pretende recuperar e voltar a colocar no ativo nos hospitais portugueses 200 ventiladores até aqui avariados ou inativos.

“Se todos os hospitais, dentro do seu tempo muito limitado, se registarem, vamos conseguir

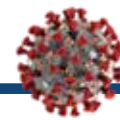
colocá-los em contacto com quem os pode ajudar”, garante João Nascimento, que revela ainda que a plataforma vai ser lançada inicialmente apenas em Portugal, mas em breve será global, “podendo a sugestão de arranjos de avarias ser seguida por outros países”.

A plataforma ‘vent2life.eu’ conta com a colaboração da Ordem dos Engenheiros Portugueses, do Instituto Superior de Engenharia do Porto e da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade Nova de Lisboa. Também a faculdade de Medicina da Universidade Nova se juntou à iniciativa, mobilizando as escolas médicas portuguesas para apoiarem no contacto mais eficaz com as administrações hospitalares.

João Nascimento disse que a reparação dos ventiladores pode ser conseguida em poucos dias, mesmo nos casos mais difíceis, e que estes poderão estar disponíveis e operacionais a tempo do previsível pico da pandemia em Portugal, estimado para 14 de abril.

“Era essa a ideia. Independentemente de estarmos a explorar outras ideias para a produção massiva de ventiladores, tínhamos que ter uma solução imediata e esta foi a que nos pareceu mais exequível”, conta João Nascimento, que revela que a ideia surgiu depois de um email que a equipa recebeu de um hospital do Algarve a pedir ajuda com uma das máquinas que tinham e à qual faltava uma peça. **SO/LUSA**

Reparação dos ventiladores pode ser conseguida em poucos dias, mesmo nos casos mais difíceis



“Detetar, isolar, tratar”. Médicos de saúde pública fazem das “tripas coração”

O presidente da Associação de Médicos de Saúde Pública diz que estes profissionais estão a “fazer das tripas coração” para responder a todas as solicitações.

Em Portugal, existem cerca de 400 médicos de saúde pública, mas, segundo Ricardo Mexia, esta é “uma força de trabalho muito envelhecida”.

“Agora, temos também muitos jovens a chegar à especialidade. O problema é que entre os 35 e os 55 anos temos de facto uma grande escassez de profissionais e essa é uma das dificuldades que temos neste momento”, disse o presidente da Associação Nacional de Médicos de Saúde Pública.

Contudo, os médicos estão “a fazer das tripas coração e estão num esforço tremendo para responder a todas as solicitações, do ponto de vista da validação dos casos, da vigilância ativa, e estão a montar os sistemas para dar resposta a este aumento da procura”. “Estamos todos a enfrentar uma situação difícil e, portanto, há um esforço muito relevante por parte dos profissionais que continuam a trabalhar de forma consecutiva, dias consecutivos, sem ter a possibilidade de descansar bastante”, contou.

Sobre a possibilidade de outros profissionais de saúde, nomeadamente médicos de família, poderem ajudar os de saúde pública, Ricardo Mexia disse que “a ideia é contar com a colaboração de todos aqueles que o possam fazer”.

Em alguns serviços, por exemplo, já estão internos do ano comum a colaborar na realização da vigilância ativa. “Neste momento, todos os braços são bem-vindos para poder colaborar”, mas é preciso haver uma orientação, ressaltou.



“As coisas não podem funcionar de forma descoordenada, mas é importante ganhar força de trabalho para conseguir responder às solicitações que são, de facto, muitas”, defendeu.

Apesar de estes médicos reclamarem há vários anos um sistema de informação da saúde pública, “infelizmente” ainda não existe

e “tem havido uma necessidade muito clara de criar sistemas para responder a esta tarefa tremenda de acompanhar tantos milhares de cidadãos em vigilância ativa”.

A ministra da Saúde, Marta Temido, e a diretora-geral da Saúde, Graça Freitas, saudaram hoje o trabalho dos profissionais de saúde na conferência de

imprensa diária sobre a infeção pelo novo coronavírus.

Graça Freitas destacou “o trabalho incrível e extraordinário” realizado pelas equipas de saúde pública, para conseguirem detetar os contactos dos doentes. “É muito importante” manter esses contactos isolados para não propagar a doença.

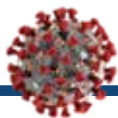
“Nós estamos a isolar os doentes, a tratar, mas também estamos a detetar os seus contactos”, disse a diretora-geral da Saúde, adiantando que estão a “agir em várias frentes”.

A Ministra da Saúde também deixou “uma palavra de agradecimento a todos os profissionais que continuam nos seus postos de trabalho a lutar para tratar doentes, encaminhar doentes”, como os médicos que fazem registos na plataforma nacional de vigilância epidemiológica.

“É muito importante o vosso trabalho de registo, da data do sintoma, da confirmação laboratorial, dos dados referentes aos doentes para que possamos ter cada vez mais dados epidemiológicos fiáveis para prever aquilo que é a evolução das curvas deste surto em Portugal”, sublinhou Marta Temido.

Graça Freitas também fez uma referência aos médicos da Linha de Atendimento ao Médico, que têm assegurado que as pessoas cheguem referenciadas aos hospitais, impedindo que vão diretamente às urgências.

“Este circuito foi muito importante na nossa resposta até à data”, rematou. **SO/LUSA**



Miguel Guimarães.



“Continuam a chegar relatos de médicos que trabalham sem as mínimas condições”

Ordem apela a empresas obrigadas a encerrar e que usam esse material, que o coloquem à disposição do país.

A Ordem dos Médicos (OM) lembra que o surto tem levado ao encerramento de várias atividades profissionais, como consultórios de estomatologia e medicina dentária, condicionando também atividades em fábricas e oficinas ligadas à indústria automóvel, vidreira e de pinturas, onde é habitual o uso de luvas, máscaras e viseiras. Lembrando que o SNS atravessa um momento crítico, com a pressão por causa do combate à Covid-19 – a doença provocada pelo novo coronavírus -, com problemas de stock em materiais de proteção individual, a OM apela à solidariedade de todos os que tenham material certificado que não estejam a usar. “Continuam a chegar-me todos

os dias vários relatos de médicos que trabalham sem condições mínimas de segurança, por falta de equipamentos básicos para todos os profissionais de saúde, como máscaras ou luvas”, escreve o bastonário da OM, Miguel Guimarães.

O bastonário diz que a OM tem reiterado junto da tutela a importância de se “distribuir massivamente” este material e de se reforçarem os stocks em Portugal “para proteção de todos”.

“Se os profissionais de saúde não estão devidamente protegidos colocam em risco os doentes e colocam em risco a sua própria vida, podendo ficar doentes e afastados dos serviços quando mais precisamos deles”, insiste o bastonário.

Miguel Guimarães diz que hoje mesmo pediu a intervenção da Ordem dos Médicos Dentistas junto dos seus associados, “no sentido de os médicos dentistas poderem ceder ao SNS material de proteção que não estejam, nesta fase crítica, a utilizar”. Lembra ainda que os bons exemplos de países com mais sucesso no combate à pandemia estão associados à disseminação do uso destes materiais, como em Macau, ou à decisão de fazer testes em larga escala a bolsas de população, permitindo detetar mais cedo os casos assintomáticos, como na Islândia.

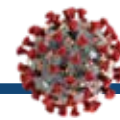
A OM diz também que já questionou a Direção-Geral da Saúde (DGS) no sentido de saber quantos são, até ao momento,

os médicos e restantes profissionais de saúde com Covid-19, bem como os stocks de diversos equipamentos e necessidades de utilização estimadas até junho.

Na semana passada, a OM estimava que 20% de todos os infetados no país com Covid-19 fossem médicos.

Já o Sindicato Independente dos Médicos disse estimar que existam mais de 50 médicos infetados com o novo coronavírus e mais de 150 em quarentena.

Em resposta a esta situação, a diretora-geral da Saúde veio lembrar que há profissionais de saúde que se infetaram no seu contexto de vida do dia a dia, fora dos ambientes hospitalares. **SO/LUSA**



“Pesadelo burocrático”. Médicos apontam falhas ao registo de doentes com Covid-19

Médicos queixam-se de falhas informáticas e da complexidade do sistema. O infecciologista Jaime Nina avisa que, se a DGS agregar todo o registo no SINAVE, “vamos deixar de ter dados”.

Prof. Dr. Jaime Nina



O número de infetados com SARS-CoV-2 em Portugal pode ser bem diferente do que é divulgado todos os dias em conferência de imprensa. Isto porque o sistema de reporte de casos tem várias falhas. A própria Direção Geral de Saúde já o reconheceu, afirmando que pode ter havido duplicação de casos no boletim de segunda-feira, dia 30. Isto porque os dados chegam de várias fontes e não são agregados da melhor forma. Jaime Nina, médico infecciologista do Hospital Egas Moniz, diz que o SINAVE (o único sistema de reporte de casos que vai ser considerado a partir de agora) é um “pesadelo burocrático”. “Colocar tudo dependente do SINAVE significa que vamos deixar de ter dados”, antecipa

o especialista, em declarações ao jornal Observador. Isto porque, explica, o sistema pode não estar preparado para centralizar toda a informação relativa ao Covid-19.

“Está tudo dependente de as coisas informáticas funcionarem perfeitamente, e não costumam funcionar nos hospitais”. “Desde que começou a informatização do meu hospital, não houve um único dia em que funcionasse tudo. O SINAVE bloqueia e, se houver um erro, não sabemos qual é”, afirma o médico.

Ao Observador, a também infecciologista Margarida Tavares diz que no hospital onde trabalha, o São João, os médicos já desistiram de registar os casos suspeitos no SINAVE e só reportam os confirmados. “Todo e qualquer médico que via um caso suspeito fazia a

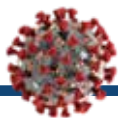
declaração no SINAVE. Mas, dado o volume gigantesco que esta questão assumiu, nós e muitos outros deixámos de ter capacidade. Revelava-se impraticável”, garante. Os médicos queixam-se da complexidade do registo no SINAVE, um processo longo que obriga ao preenchimento de muitos campos. O SINAVE não está preparado para responder a situações de pandemia. Foi criado há 10 anos com o objetivo de recolher e divulgar os dados relativos a doenças transmissíveis (com as hepatites, malária, tuberculose, zika, sífilis, lepra, entre outras).

“Faz imensas perguntas. Todos os sintomas, a data de início dos sintomas, etc. Admito que, com a dificuldade de tempo, as pessoas privilegiem o cuidado do doente”,

admite Margarida Tavares. “Muitas vezes, temos o serviço em baixo. Ontem estivemos muito tempo sem acesso ao SINAVE. Há vezes em que temos de voltar atrás e perdemos uma declaração inteira”, acrescenta a médica.

A isto junta-se o problema da subnotificação. Mesmo que o sistema funcione e o que o médico esteja disposto a preencher o formulário, nada garante que este o faça. “Há a tendência para descurar a notificação”, assume a infecciologista.

No mesmo sentido vai o médico Jaime Nina. “Há uma subnotificação massiva. As autoridades têm tentado melhorar o sistema. Só que, em vez de o melhorarem do ponto de vista informático, tentam penalizar os profissionais quando não preenchido devidamente”. **TC/SO**



Prof. Carla Nunes

Covid-19: Por cada 100 casos em Itália, Portugal terá sete, diz estudo

Um estudo da Escola Nacional de Saúde Pública aponta para um cenário grave em território nacional mas em linha com o que acontece noutros países.

O estudo teve como base modelos matemáticos, que analisou dados dos outros países, que permitem prever o que se irá passar em Portugal, disse à agência Lusa a investigadora e diretora da ENSP, Carla Nunes.

“Esta previsão é muito fiável a um curto espaço de tempo, cerca de três a cinco dias. Passado esse tempo é muito difícil prever com exatidão”, afirmou a especialista em Epidemiologia e Estatística.

“Atualmente, a análise desses modelos diz-nos que todas as curvas, na fase em que nos encontramos e independentemente do país analisado, são exponenciais (ou similares), ou seja, têm uma evolução crescente acentuada. A curva portuguesa segue o mesmo trajeto, à sua escala, comparando com os períodos análogos dos outros países”, sublinhou.

“Analisando, por exemplo, o 17.º dia de todas as curvas sabemos que, por cada 100 casos em Itália,

esperamos sete em Portugal, por cada 100 no Reino Unido estimamos 130 e por cada 100 em Espanha esperamos 30 novos casos em Portugal”, precisou.

Carla Nunes esclareceu que estes países foram escolhidos por serem os que matematicamente e culturalmente mais se adaptam à explicação da curva portuguesa, em diferentes escalas.

Segundo a investigadora, Portugal está a seguir as curvas dos outros países em escalas diferentes. “Nós temos um comportamento que nos permite ver, usando as outras curvas, o que vai acontecer nos próximos dias se, obviamente, nos mantivéssemos no mesmo caminho que eles estão a seguir”, referiu.

“Nós estamos no 17.º dia de curva, mas eles atualmente já estão no trigésimo, no quinquagésimo dia, portanto, eu consigo prever quantos casos novos” o país vai ter, porque “estes modelos matemáticos têm uma capacidade de 95% ou mais, o que é brutal”.

“Isso é o que me assusta. Nós estamos no mesmo caminho que eles estão”, mas Portugal pode afastar-se destas “previsões assustadoras”: “A evidência diz-nos que baixando a taxa de contacto, baixamos a taxa de transmissão”.

“Comparativamente aos outros países, Portugal tomou medidas de promoção do isolamento social mais cedo e foram aparentemente bem adotadas pela população portuguesa, segundo os órgãos da comunicação social”, observou a diretora da ENSP.

Portugal introduziu uma nova medida na passada sexta-feira, a interrupção das escolas, que efetivamente começou na segunda-feira, mas serão necessários 14 dias, o período máximo de transmissão do vírus, para perceber o impacto da medida.

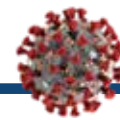
Dada a “história do vírus”, ainda não há tempo para saber se “a medida foi eficaz ou não”, salientou.

Carla Nunes lembrou que esta

medida já tinha sido tomada noutros países e não se conseguiu observar o seu impacto. “Mesmo nos outros países como Itália e Espanha, que já estão com medidas bastante mais severas”, ainda não se verificou “um efetivo ou indiscutível abrandamento”, notou.

“A comparação de medidas/políticas entre países é sempre difícil (culturas, capacidade de resposta dos serviços de saúde, adesão da população às medidas, entre outras). Resta-nos, por isso, fazer a nossa parte: aguardar em casa e seguir as indicações de higienização”, disse, frisando que “este é um problema complexo e multidisciplinar”.

A investigadora avançou à Lusa que está a ser criado o barómetro Covid-19 da Escola Nacional de Saúde Pública que já está a seguir esta situação muito próximo, abrangendo diversas perspetivas: sociais, económicas, perceções, epidemiologia e acesso a serviços, entre outras. **SO/Lusa**



“Não há máscaras suficientes e arranjou-se uma desculpa, dizendo que não são eficazes”

O presidente do Conselho de Escolas Médicas critica a posição da DGS sobre as máscaras e defende que o argumento da sua ineficácia não é verdadeiro.

Prof. Fausto Pinto



“**E**stá demonstrado que a utilização das máscaras diminui o potencial de contaminação. O que nos incomodou na posição da Direção-Geral da Saúde (DGS) foi o argumento utilizado: de que não era eficaz. Isto não é verdade. O que temos é que não há máscaras suficientes e, por isso, arranjou-se um artifício, uma desculpa, dizendo que as máscaras não são eficazes”, afirma, em entrevista à Lusa, o líder do conselho que reúne a academia portuguesa na área da medicina. Fausto Pinto recorre ao exemplo da República Checa, “um país com a dimensão de Portugal”, para explicar que a política checa de utilização obrigatória de máscara de proteção resultou em “metade dos casos e cerca de

40 mortos” provocados pelo novo coronavírus, reiterando ainda que se ensina “em dois minutos” a população a usar uma máscara corretamente.

Em defesa da “atitude de intervenção cívica” do CEMP, que já emitiu dois comunicados com recomendações nos dias 25 e 28 de março, o também diretor da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa considera que as medidas de quarentena em vigor no país “deviam ser mais rigorosas” e que a economia precisa ficar para segundo plano. “Só há economia se houver pessoas. Obviamente que a economia é importante, mas em primeiro lugar está a saúde. A prioridade atualmente é a preservação da saúde pública e minimizar ao máximo o impacto

desta pandemia em Portugal. Toda a atividade não essencial devia encerrar. O filme está feito, já sabemos o que vai acontecer”.

Paralelamente, Fausto Pinto lamenta os “muito poucos testes” que se fizeram nas primeiras semanas de disseminação do SARS-CoV-2, defendendo que as autoridades foram “muito restritivas” e condicionaram a “caracterização epidemiológica” em território nacional. Já as carências iniciais registadas nos equipamentos de proteção dos profissionais de saúde merecem também um reparo.

“Talvez tivesse sido importante haver um planeamento mais atempado, de forma a ter esses equipamentos disponíveis e também os mecanismos de avaliação

dos doentes, que em alguns hospitais não foram os ideais. A situação parece estar mais estabilizada, mas houve um período em que muitos profissionais estavam a trabalhar em condições subótimas. Houve um atraso no reforço desses equipamentos e dessas condições”, nota.

Salientando que os portugueses estão perante “o maior desafio das suas vidas”, o presidente do CEMP assinala a importância do acesso à informação e censura as autoridades por ainda não terem libertado todos os dados anonimizados de doentes para o trabalho dos investigadores científicos.

“Receamos que seja nomeada uma comissão com intuítos mais políticos do que técnico-científicos, o que nos deixa um pouco desconfortáveis. Tem havido números que não batem certo. Não é muito transparente”, observa Fausto Pinto, enfatizando: “Devia haver uma coordenação independente que permitisse a colheita e a análise desses dados. Tudo isto deve estar nas mãos da comunidade científica, que o quer fazer e tem capacidade para o fazer”.

Por fim, Fausto Pinto assume a sua estranheza por o CEMP não ter sido formalmente consultado ao longo deste cenário de pandemia pela DGS ou pelo Ministério da Saúde.

“Nunca fomos contactados. Estranhámos um pouco, mas governa quem governa e tem responsabilidade para governar. Apenas podemos emitir a nossa opinião e respeitamos as decisões que as autoridades tomarem”, finaliza. **SO/LUSA**

O Fluxo de Informação na Era covid-19. Não Será Demasiado Rápido?...



Luis Gouveia Andrade
Médico Oftalmologista
Director Geral da InfoCiência

em jornais de referência, o seu acesso totalmente liberalizado, sem barreiras e sem filtros. Sem barreiras: excelente. Sem filtros: hum....

Vejamos alguns números de publicações sobre esta infecção até ao dia 31 de Março:

- *Journal of the American Medical Association (JAMA)*: 158
- *New England Journal of Medicine (NEJM)*: 48
- *The Lancet* – 242
- *Pubmed* – 2067

A Pubmed é uma base de dados integrada na U.S. National Library of Medicine e compreende mais de 30 milhões de citações de literatura biomédica da MEDLINE, jornais científicos e livros online.

Já me referi no passado aos riscos que a internet trouxe para o mundo da informação sobre saúde (e para toda a informação em geral). O acesso imediato, a facilidade de publicação, a total ausência de controlo e de mecanismos de revisão, tudo isto permite que nos cheguem informações desatualizadas, erradas, deturpadas e potencialmente prejudiciais. E isto ocorre tanto por ingenuidade como por ignorância ou maldade.

Para o público leigo é muito difícil distinguir a verdade da mentira e cria-se uma falsa noção de saber que dificulta o trabalho dos profissionais da saúde, ao verem as suas opções criticadas, debatidas ou até rebatidas.

Como tudo na vida, essa enorme fluxo de informação tem um lado muito positivo, aumentando a literacia em saúde, promovendo estilos saudáveis de vida, tornando cada um de nós um parceiro efectivo na

promoção da saúde e no combate à doença.

Mas a desinformação é enorme, é crescente e é muito difícil de combater...

Os jornais científicos de referência, como os que citei, entre tantos outros, são um dos pilares que sustentam o edifício científico e que permitem aos profissionais da saúde obterem informação previamente “digerida”, revista e, se necessário, corrigida antes de chegar às nossas mãos, sendo, por isso, uma ferramenta fiável para apoiar os nossos diagnósticos e opções terapêuticas, para melhor compreendermos a fisiologia da normalidade e a fisiopatologia das doenças e, no fundo, para fazer de nós profissionais mais competentes.

Face à presente pandemia, todos estes jornais, num gesto de enorme generosidade, solidariedade e apoio criaram áreas específicas para recolha de informação sobre a covid-19, de acesso livre e, através de um processo de fast-track approval, semelhante aos desencadeados para a investigação, desenvolvimento e comercialização de medicamentos considerados vitais (como ocorreu para a infecção pelo VIH), acolheram nessas áreas trabalhos de natureza epidemiológica, microbiológica, clínica, terapêutica, imunológica, de opinião ou de ensaio sem a devida ponderação e tempo que o normal processo de revisão implica e que pode chegar a meses ou anos.

O processo de revisão passou agora a ocorrer não antes mas depois da publicação, sob a forma de comentários publicados na mesma revista ou nas redes sociais, como se verifica com frequência através do Twitter. Os leitores tornam-se, assim, revisores.

Ou seja, passou-se de uma fase de preprints, que apenas eram publicados após revisão por pares, para uma fase em que esses preprints passaram a adquirir o estatuto de publicação final, de modo a dar resposta a esta sede de informação sobre um agente mal conhecido e mal caracterizado.

De facto, os preprints oferecem uma comunicação mais veloz, mais extensa e mais eficaz, sendo numa segunda fase revistos pelos próprios leitores. A grande questão, ainda por responder, é se este modelo de publicação pré-revisão se associa ou não a afirmações erróneas, a um risco mais elevado de enviesamento da verdade e à consequente deturpação dos algoritmos adoptados.

Sendo tudo isto tão recente, a resposta a estas dúvidas ainda não existe mas merece ser explorada e aprofundada.

Bem sabemos que o tempo aqui urge e contabiliza-se não em segundos mas em vidas. À luz desse facto tudo parece fazer sentido, mas importa nunca perder a noção de que, como em tudo o resto, a pressa aumenta o risco de errar. Os provérbios dedicados a essa verdade incontestável são inúmeros...

Aceitemos, por isso, a urgência dos tempos que vivemos, concordemos que a ciência se tem de munir de informação à velocidade da luz mas nunca perçamos o nosso sentido crítico, a nossa capacidade de avaliação e o nosso bom senso.

Que o alarme social não se traduza em alarme editorial e que a informação que nos chega e que nos guia continue a ser um pilar, um farol, uma fonte de certeza e de verdade.

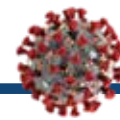
Caso contrário, de pouco servirá...

Deixemos, por agora, o significado e a dimensão desta pandemia.

Deixemos, por agora, as medidas adoptadas, a sua racionalidade, os algoritmos que as desenharam, o seu calendário, a sua abrangência, o seu impacto nas outras doenças, na economia e nas sociedades.

No final, que unanimemente desejamos para breve, far-se-á o balanço e perceber-se-á se as respostas foram proporcionais e se os fins justificaram os meios.

O centro desta minha reflexão é outro: informação científica, a sua revisão, a sua avaliação crítica, a sua publicação ao fim de poucos dias ou semanas



Covid-19: Porque tem a Alemanha uma taxa de mortalidade tão baixa?

Mais testes a pacientes de todas as idades, e muitos sem sintomas, ajudam a justificar a baixa taxa de letalidade da Alemanha em relação a países como Itália, Espanha e França.

“**R**ealizamos muito mais testes na Alemanha, e não apenas em ambiente hospitalar. Se observarmos a distribuição etária das pessoas infectadas, podemos ver claramente que temos muitos casos entre os 15 e os 34 anos e os 35 e 59 anos de idade”, revelou à agência Lusa o virologista alemão Martin Stürmer.

A Alemanha realiza cerca de 160 mil testes por semana. É também o país da União Europeia com mais camas disponíveis nos cuidados intensivos, cerca de 28 mil, e o governo pretende duplicar este número.

De acordo com os números oficiais do Instituto Robert Koch, a Alemanha regista perto de 30 mil casos do novo coronavírus, números que não ficam muito longe dos verificados em Espanha, por exemplo.

Ainda assim, apesar de estar entre os cinco países do mundo com mais casos, só esta semana ultrapassou a centena de vítimas mortais, uma taxa de letalidade inferior a 0,5%.

“Vemos, na minha opinião, um padrão de casos mais representativo na Alemanha, em comparação com Itália, onde maioritariamente os casos severos foram testados”, revelou Martin Stürmer. “Acredito que a taxa de mortalidade em Itália caia quando eles puderem determinar o número completo de casos, incluindo aqueles que têm sintomas leves ou não têm sintomas”, acrescentou.

O virologista defende que a



“Realizamos muitos mais testes. Temos muitos casos entre os 15 e os 34 anos”, realça o virologista Martin Sturmer

diferente distribuição etária nos países, os contactos familiares mais ou menos frequentes e intensos, incluindo com os idosos, e fatores ambientais também podem contribuir para a variação dos números.

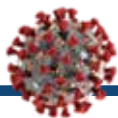
O número de casos novos na Alemanha tem variado entre 2 mil e 4 mil, “mais baixos do que em outros países com um grande número de infectados”, adiantou Martin Stürmer, “principalmente quando comparados à situação atual em Espanha, Itália ou Estados Unidos”.

“Se compararmos com Itália, o surto na Alemanha está cerca de uma a duas semanas atrasado, o

que pode também explicar essa diferença. A situação nos Estados Unidos é bem diferente, começaram agora a testar de uma forma abrangente, por isso vemos um aumento dramático nos novos casos”, realçou o especialista.

No domingo, a Angela Merkel proibiu, durante pelo menos duas semanas, encontros de mais de duas pessoas, com a exceção de famílias ou de quem viva na mesma casa.

A chanceler alemã encontra-se em quarentena, depois de ter tido contacto com um médico que foi posteriormente diagnosticado com covid-19. O primeiro teste efetuado deu negativo. **SO/LUSA**



Exclusividade de médicos no SNS poderá pôr em risco doentes em hemodiálise

Grupo de clínicos avisa que a decisão impedirá a prestação de serviços essenciais à sobrevivência de uma percentagem significativa de cidadãos.

Num comunicado enviado à Lusa, na sequência das medidas anunciadas para combater o novo coronavírus, o internista Paulo Bettencourt (professor da Faculdade de Medicina do Porto), o nefrologista Mário Silva Oliveira e a médica Conceição Castro, (ambos do Centro de Hemodiálise São João da Madeira) apelam a que sejam adotadas “as medidas necessárias para evitar este risco, o qual, por si só, poderá aumentar consideravelmente a letalidade e morbilidade associada, ainda que indiretamente, à atual pandemia”.

“Se os centros de hemodiálise privados forem impedidos de contar com os serviços de profissionais que também trabalham no Serviço Nacional de Saúde (SNS), por via de uma exclusividade obrigatória resultante das medidas implementadas para responder à pandemia do novo coronavírus, muitos doentes com insuficiência renal crónica deixarão de poder ser submetidos a um tratamento essencial à sua sobrevivência – a hemodiálise crónica”, alertam.

Os subscritores do documento referem que em Portugal existem atualmente 124 unidades de hemodiálise em ambulatório, que asseguram o tratamento, bem como cuidados de saúde primários, a cerca de 12.000 doentes.

“Foi amplamente divulgado o esforço para colmatar as falhas que todos pressentimos, a preocupação de criar condições adequadas à batalha contra um fenómeno numa dimensão nunca enfrentada



Dr. Paulo Bettencourt

nos últimos 100 anos, quer com a aquisição de ventiladores suplementares, a criação de hospitais de campanha, a convocação, em exclusivo, de todos os profissionais de saúde, sendo até salvaguardada a eventual necessidade de atribuição de horas extraordinárias bem para além dos atuais limites legais”, sublinham.

Contudo, acrescentam, “também todos temos consciência de que, por opções do passado, há setores da saúde essenciais à sobrevivência dos doentes que são, de momento, prestados quase exclusivamente pelo setor privado”.

Segundo os especialistas, “estes últimos laboram com recurso a profissionais que também desempenham funções no SNS. A decisão de impor a exclusividade no SNS a estes profissionais impedirá a prestação de variados tipos de serviços essenciais à sobrevivência de uma percentagem significativa de cidadão portugueses, em particular os que padecem de doenças crónicas. Está neste caso a Doença Renal Crónica e a terapêutica de substituição da função renal por hemodiálise”. **SO/LUSA**

Existem 124 unidades de hemodiálise em ambulatório, que asseguram o tratamento a cerca de 12 mil doentes

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

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

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

«Tempo é cérebro»

O AVC continua a ser a principal causa de mortalidade e incapacidade permanente no nosso país. De acordo com o presidente da Sociedade Portuguesa de AVC, Prof. Castro Lopes, por hora, três portugueses sofrem um AVC. Destes, um deles não sobreviverá e pelo menos metade ficará com sequelas incapacitantes: «tempo é cérebro e está nas mãos de cada um agir o mais rapidamente possível».



O Dia Nacional do Doente com AVC é celebrado este mês. Qual é a mensagem fundamental que gostaria de transmitir aos seus colegas médicos?

O dia 31 de março foi estabelecido como o Dia Nacional do Doente com Acidente Vascular Cerebral, criado pela Sociedade Portuguesa do AVC, consta do Diário da República II Série nº 23910/2003, com vista a chamar a atenção da população geral para a realidade do acidente vascular cerebral (AVC) em Portugal e sensibilizar toda a sociedade para as medidas que

se podem e devem tomar para o evitar, aproveitando todas as oportunidades para o fazer. Assim, nesta data, importa frisar que estamos perante uma doença gravíssima, que representa a primeira causa de mortalidade e incapacidade no nosso país, mas que se pode prevenir e tratar! Metade dos AVC poderiam ser prevenidos controlando a

pressão arterial e deixando de fumar, por exemplo. No mesmo sentido, o tratamento adequado na fase aguda do AVC pode reduzir as taxas de morte e incapacidade em 50%. Assim, o que os leitores do Jornal de Saúde Online, profissionais de saúde, devem reter nesta data, é a importância de alertar os utentes (sobretudo nos cuidados de saúde

primários) para as medidas de prevenção do AVC, as quais dizem respeito ao combate aos fatores de risco cerebral, como a hipertensão arterial, o tabagismo, a diabetes, o sedentarismo, e a fibrilhação auricular, procedendo ao seu controlo. Incentivar a população a vigiar os valores da tensão arterial e do ritmo cardíaco, não fumar, adotar uma alimentação saudável e praticar exercício físico regular adaptado às respectivas idades, são algumas medidas que nos devem acompanhar toda a vida.

Paralelamente, a população deve também ser informada dos sinais de alerta de AVC, os chamados 3 F's – falta de força num braço; desvio da face; e dificuldade na fala – e saber que, perante o aparecimento de um deles, a única atitude correta é a de acionar de imediato os serviços de emergência, através do 112. A Via Verde do AVC está organizada em Portugal para encaminhar os doentes rapidamente para os hospitais capazes de fornecer os tratamentos adequados.

Como é sabido, dispomos hoje de tratamentos inovadores de fase aguda, como a trombólise farmacológica e a trombectomia mecânica, que aumentam as taxas de sobrevivência e reduzem a incapacidade, e que serão tanto mais eficazes quanto mais cedo forem administrados. Por isso, temos vindo a lembrar que tempo é cérebro, e está nas mãos de cada um agir o mais rapidamente possível. O conhecimento, consciência e literacia em Saúde são a pedra angular para desencadear esta ação.

Sabemos que a eficácia da transmissão destas mensagens numa determinada data é fugaz, pelo que estas informações devem ser repetidas ao longo do tempo, todos os anos e em diferentes ocasiões, conforme já referimos. Conto convosco, colegas, para continuar a reforçar estes alertas em todas as oportunidades de contacto com a população.

Qual o peso do AVC em Portugal e qual tem sido a evolução da incidência de AVC nos adultos jovens? Considera os números preocupantes?

Desde a década de 80 que é reconhecida, em Portugal, a elevada taxa de mortalidade associada ao AVC que, ao nível europeu, e mesmo comparativamente a outros países da Europa ocidental, se destacava pela negativa. A partir de então, fruto de campanhas de sensibilização da população no âmbito desta e de outras efemérides, de uma melhor organização dos cuidados de Saúde no que respeita ao tratamento dos doentes com AVC e também devido à evolução dos próprios tratamentos utilizados nas primeiras horas após o aparecimento dos primeiros sintomas, tem-se verificado uma redução da incidência do AVC. Entre os anos de 1990 e 2000, a incidência de AVC era de 2,8 por 1000 habitantes ao ano. Entre 2000 e 2010, verificou-se uma redução para 2,0/1000/ano, ou seja, por ano, em cada 1000 habitantes, cada dois sofrem um AVC.

Apesar da redução da incidência, verificou-se um aumento da prevalência de doentes que sofreram um AVC, uma vez que a taxa de sobreviventes aumentou substancialmente ao longo da última década. O AVC continua, pois, a ser a principal causa de mortalidade e incapacidade permanente no nosso país. Por hora, três portugueses sofrem um AVC. Destes, um deles não sobreviverá e pelo menos metade ficará com sequelas incapacitantes.

Estes números são preocupantes para a comunidade médica nacional, reforçando a necessidade de formar e informar a população acerca das medidas de

prevenção desta patologia, dos sinais de alerta de um AVC e dos procedimentos corretos em caso de aparecimento de um dos sintomas.

Ao nível científico, Portugal acompanha a mais elevada excelência da prática médica internacional, merecendo inclusive a atribuição de vários prémios e distinções europeias a instituições, serviços hospitalares e profissionais de saúde portugueses. Importa, por isso, insistir na sensibilização da população para conseguirmos melhorar a nossa posição no ranking europeu de mortalidade por acidente vascular cerebral.

O nosso país continua a falhar na prevenção e no tratamento dos fatores de risco, nomeadamente a hipertensão? Quais as estratégias que os médicos devem privilegiar no tratamento dos vários fatores de risco?

Para além da já referida e repetida necessidade de sensibilização da população, de forma a que cada um seja proativo na promoção e controlo da sua Saúde, os profissionais de saúde podem também contribuir para o controlo dos fatores de risco de AVC, apostando na prevenção e deteção precoce.

Particularmente os profissionais dos cuidados de saúde primários, que estão na primeira linha de contacto com os doentes, têm a responsabilidade de monitorizar regulamente os parâmetros de saúde basilares, como sejam os níveis de pressão arterial; o peso corporal; os valores de colesterol e glicemia; o ritmo cardíaco, entre outros. Medidas



corretivas, de eliminação ou controlo dos valores considerados de risco para a ocorrência de AVC (e de outras patologias), devem ser aplicadas de imediato. Ao longo do tempo, deverá existir um esforço de acompanhamento dos doentes, com reforço da adesão terapêutica aos vários tratamentos em curso.

Os profissionais de saúde têm ainda um papel determinante no aconselhamento e motivação da população para a adoção de estilos de vida saudáveis, fornecendo ao público dados e factos científicos que corroborem as mais-valias destas boas práticas: por exemplo, cessação tabágica, hábitos alimentares equilibrados, prática regular de atividade física, higiene do sono, etc. Nesse sentido, e em jeito de conclusão, é também um dever dos médicos procurar ativamente



diagnosticar eventuais fatores de risco cerebrovasculares nos seus doentes, assegurando depois o correto controlo e tratamento das patologias potencialmente desencadeadoras de episódios de AVC.

Considera adequada a capacidade de resposta do SNS ao nível do tratamento e recuperação dos doentes? Qual é a sua apreciação, nomeadamente, da Via Verde do AVC?

Em Portugal, o esforço de melhoria da assistência aos

doentes com AVC tem sido notável, com a aposta em múltiplas vertentes.

Em primeiro lugar, a criação e desenvolvimento das Unidades de AVC (UAVC) em Portugal teve papel determinante na melhoria dos cuidados ao doente com AVC agudo, antecedendo a era da fibrinólise.

Remonta a 1999 o documento “Criação de Unidades de AVC” que, em linhas gerais, definia o AVC como área prioritária de intervenção e sugeria modelos organizativos hospitalares, descritos como áreas físicas bem definidas, com apoio de grupo profissional multidisciplinar. Dois anos mais tarde, a Direção Geral da Saúde reconheceu ganhos em saúde deste modelo organizativo e, nos anos subsequentes, assistiu-se a um aumento exponencial do

número de UAVC em funcionamento no país.

Em 2003, foi criada a Via Verde de AVC para agilizar o transporte de doentes. O transporte extra-hospitalar ficou a cargo do INEM e estabeleceram-se protocolos de atuação entre o CODU, hospitais e tripulantes das ambulâncias. Ao longo do tempo a Via Verde foi aperfeiçoada, reativada e alargada, até à criação da Norma da Direção Geral da Saúde para a Via Verde AVC, em 2017.

Nos últimos quatro anos, tivemos a capacidade de reorganizar todo o cuidado do doente com AVC por oclusão de grande vaso, de forma a proporcionar-lhe o tratamento indicado de forma célere e eficaz (trombectomia mecânica).

No entanto, sabemos que há ainda um caminho a percorrer, resultado de um trabalho que poderia ser melhorado e otimizado.

Por exemplo, nos cuidados agudos é preciso garantirmos que todos os hospitais do SNS partilhem, sem quaisquer limitações, imagens e informação clínica. Além disso, todos os serviços de urgência que recebem doentes com AVC agudo têm que saber como tratar estes doentes e conseguir enviá-los para centros de trombectomia de forma célere; já para não falar de importância de garantir o acesso ao tratamento em unidades de AVC para todos os doentes com AVC agudo.

Uma nota final para a reabilitação, o “calcanhar de Aquiles” da gestão do AVC, onde assistimos ainda a um acesso desigual e insuficiente, algo que devemos combater com todos os esforços possíveis e conjuntos. A SPAVC tem vindo a frisar que a reabilitação não é uma esmola, mas sim um direito! É necessário lutar para garantir aos sobreviventes de AVC esta intervenção até à recuperação das capacidades perdidas devido ao episódio vascular cerebral – durante uma vida inteira, se for preciso.

A SPAVC ajudou a criar a Associação Portuguesa AVC, composta por sobreviventes e familiares/amigos. Considera que a reabilitação é um direito dos doentes. O que falta fazer nesta área?

A SPAVC, tendo como um dos seus objetivos fundadores prevenir e reduzir a mortalidade, morbilidade e incapacidade devidas ao AVC, assume uma natural preocupação e atenção face à reabilitação dos sobreviventes. Reforçando a posição supramencionada, consideramos que há ainda múltiplos aspetos a melhorar nesta área, não só no que diz respeito ao acesso, mas igualmente no que se refere à qualidade dos programas de reabilitação pós-AVC.

Um estudo recente promovido pela SPAVC, intitulado “Caracterização da avaliação e tratamento de reabilitação nas Unidades de AVC em Portugal”, demonstrou que apenas 6 das 28 UAVC do país têm equipas de reabilitação completas, o que significa que há unidades a funcionar muito aquém do que seria o desejável no que se refere às intervenções multidisciplinares comprovadamente eficazes na reabilitação de capacidades limitadas (quer sejam físicas, motoras, cognitivas, comunicacionais, psicológicas ou de outro âmbito).

Quando estão a funcionar, estas equipas não só poupam dinheiro ao Estado e às famílias, como as referenciações para a rede nacional são mais atempadas. Assim, é urgente que o acesso dos doentes aos programas de reabilitação seja assegurado e que estas equipas sejam formadas e estejam a trabalhar no terreno.

O que nos diz a experiência italiana

Considerando que os meios do SNS português não são superiores aos da Lombardia, o Dr. Miguel Rodrigues, neurologista do Hospital Garcia de Orta e membro da direção da Sociedade Portuguesa de AVC, fala sobre a experiência dos médicos italianos e admite que possa servir de perspetiva para o que venha a ocorrer em Portugal.

Quais as implicações das mudanças impostas pela pandemia COVID-19 no tratamento dos doentes com AVC?

O país europeu que está a ser atingido mais intensamente pela COVID-19 é a Itália. É de lá que nos chega a experiência do impacto sobre o tratamento do AVC. O médico Francesco Corea, presidente da comissão para as redes sociais da Sociedade Europeia de AVC (ESO) descreve na página desta sociedade o que se passa no Norte de Itália, em seis áreas fundamentais.

Quais são essas áreas e qual é a experiência de Itália?

Em primeiro lugar, no que diz respeito à rede de cuidados ao AVC agudo, na Lombardia e municípios vizinhos, foram criados novos centros de AVC, sendo as grandes unidades de AVC, com instalações e equipamentos para tal, sacrificadas para prestar assistência a indivíduos com doença respiratória. Hospitais de menores dimensões foram convertidos em centros médicos para pacientes estáveis com COVID-19, resultando na desarticulação das redes de AVC previamente operacionais e eficientes. A emergência pré-hospitalar está asoberbada com os casos respiratórios e o doente com AVC agudo pode demorar mais tempo a chegar ao hospital, com informação de qualidade inferior para a tomada de decisões. Quando chega, geralmente, a família não pode acompanhá-lo, sendo a colheita de história clínica e antecedentes pessoais feita por telefone, um processo mais moroso e incerto.

O transporte inter-hospitalar está menos disponível, por indisponibilidade de veículos e mobilização de pessoal especializado para



Dr. Miguel Rodrigues

acompanhar o doente, e aumenta o risco de contágio, na passagem em dois hospitais diferentes, com diversos profissionais. Deve, por isso, ser ponderada a razão risco/benefício e selecionados os doentes de forma criteriosa, para evitar transportes fúteis.

O que se passa com as atividades de rastreio do AVC?

O sistema de saúde italiano está agora com uma restrição importante dos exames e procedimentos de rastreio médico não urgentes. Uma grande parte dos clínicos gerais em áreas muito afetadas está sobrecarregado com o atendimento a doenças infecciosas e respiratórias. Não há tempo para as medidas habituais de prevenção primária do AVC. Os tratamentos cirúrgicos não urgentes podem ser adiados várias semanas (por exemplo, cirurgia de estenose da artéria carótida, cirurgia cardíaca).

Que medidas estão a ser implementadas em Itália em termos de segurança dos profissionais de saúde?

Muitos profissionais com suspeita de contactos desprotegidos com pacientes com COVID-19 têm que ser isolados em quarentena e o

hospital perde o seu contributo durante semanas. O protocolo para certificar a negatividade do médico é complexo, pois é necessário fazer mais de uma análise e, se possível, recomenda-se duas semanas de isolamento em casa para minimizar o risco de disseminação da doença na equipa da unidade de AVC.

Qual a situação e recomendações relativamente aos exames de imagem, acompanhamento de familiares e reabilitação dos doentes?

O acesso aos exames de imagem de diagnóstico é, de certa forma, facilitado, pois todos os exames não urgentes foram cancelados, no entanto é necessário garantir a desinfeção adequada dos equipamentos que são compartilhadas entre diferentes serviços hospitalares.

Quanto à presença de familiares no apoio a doentes com AVC, nos primeiros dias é muito útil. No momento atual, esta presença é limitada devido à necessidade de restringir fortemente o acesso de visitantes às enfermarias. Alguns familiares estão com receio de se deslocar ao hospital e os médicos têm mais dificuldade em organizar a alta do hospital no momento adequado.

No que diz respeito aos tratamentos de reabilitação nas instalações hospitalares e comunitárias, ficam indisponíveis devido à impossibilidade de fazer fisioterapia com segurança atendendo às medidas de prevenção de contágio em vigor. Os doentes com AVC devem aprender exercícios que possam fazer em casa, mantendo o isolamento social. É possível que, no futuro, os cuidados de reabilitação respiratória aos sobreviventes da COVID-19 desviem profissionais e meios previamente envolvidos na reabilitação do AVC.

Considerando que os meios do SNS português não são superiores aos da Lombardia, admite-se que a experiência dos colegas italianos com doentes de AVC nesta fase de pandemia possa servir de perspetiva para o que venha a ocorrer em Portugal.

Os doentes crónicos, nomeadamente os sobreviventes de AVC, estão em maior risco relativamente à COVID-19?

Ser vítima ou ser sobrevivente de um AVC por si só não coloca o doente em maior risco de ter COVID-19, nem há estudos que permitam dizer que os doentes com COVID-19 estejam em risco de vir a ter um AVC, porque a maior parte dos doentes com COVID-19 tem sintomas pouco graves. Mas muitas pessoas que têm um AVC pertencem a um grupo de risco por serem idosos, estarem mais fragilizados ou terem uma doença crónica como diabetes, hipertensão arterial, doença cardíaca, doença respiratória ou doença renal crónica. É muito importante que estes doentes que pertencem a grupos de risco mantenham distanciamento social e permanência no domicílio durante a pandemia, como recomendado pelas autoridades de saúde.



Prof. Vítor
Tedim Cruz



Cláudia
Queiroga

ANGELS INITIATIVE

50 hospitais portugueses já aderiram

A Organização Europeia do AVC (ESO) tem a visão de que todos os doentes de AVC deverão receber o mesmo nível de tratamento independentemente de onde vivem na Europa. A iniciativa “Angels” é apoiada pela ESO como a ferramenta ideal para atingir esta visão. De acordo com o Dr. Vítor Tedim Cruz, membro da direção da SPAVC, e Cláudia Queiroga, coordenadora da “Angels” no nosso país, 50 hospitais portugueses aderiram à iniciativa.

O que é a “Angels Initiative” e quais são os seus objetivos primordiais?

Vítor Tedim Cruz – Esta é uma iniciativa à escala global, que visa reduzir o impacto de um acidente vascular cerebral na população, tanto na mortalidade como na morbilidade. Para atingir este objetivo o projeto procura melhorar o acesso e a qualidade dos hospitais onde são tratados os doentes com AVC. As intervenções alvo são realizadas sobretudo ao nível do ensino e treino das equipas no terreno, para que todas as condições e recursos disponíveis possam ser mobilizados na hora certa.

A premissa do projeto Angels assenta na visão que a ESO tem de

que todos os doentes de AVC deverão receber o mesmo nível de tratamento independentemente de onde vivem na Europa. A iniciativa “Angels” é oficialmente apoiada pela ESO uma vez que partilha dois objetivos primordiais. Primeiro, aumentar o número de hospitais preparados para o doente com AVC, para garantir a acessibilidade ao cuidado especializado necessário nesses casos ao maior número de doentes. Segundo, otimizar a qualidade de tratamento oferecido pelas equipas de AVC já existentes.

A “Angels Initiative Portugal” teve início em 2016. Que balanço faz destes quatro anos?

Vítor Tedim Cruz - Em Portugal esta

iniciativa tem conseguido formar e treinar um número muito grande de profissionais de saúde e equipas, tanto no sector hospitalar como pré-hospitalar. Tem fomentado um espírito de partilha de boas práticas e experiências bem sucedidas entre diferentes regiões e equipas.

Quantos hospitais portugueses aderiram à iniciativa? E na Europa?

Cláudia Queiroga - O balanço é muito positivo. Atualmente existem mais de 50 hospitais e 800 profissionais de saúde registados na Iniciativa, podendo usufruir de todos os materiais de forma didática, gratuitamente.

As atividades realizadas desde 2016 incluem as várias fases da

cadeia de tratamento ao doente com AVC, envolvendo a formação de equipas multidisciplinares dentro e fora do hospital. Até ao momento, mais de 2600 pessoas tiveram algum momento de formação relacionado com o projeto. Nas atividades desenvolvidas é de realçar as simulações Via Verde AVC como momento crucial de diagnóstico da situação de cada equipa AVC, mas também como ponto de partida para um plano de ação focado na implementação de melhorias adaptadas ao contexto local.

Adicionalmente, o impacto da Iniciativa Angels em Portugal traduz-se no aumento de hospitais que oferecem tratamentos na fase hiperaguda; na redução da quantidade de tempo até que os doentes com AVC iniciem um tratamento nesta fase e, por último, hospitais que aumentaram a quantidade de doentes tratados com terapias de fase hiperaguda. A Iniciativa Angels é internacional, contando com quase 3800 hospitais por todo o mundo, dos quais cerca de 1500 são europeus.

O que são os Prémios ESO Angels?

Cláudia Queiroga - Os ESO Angels Awards são uma forma de reconhecimento e motivação para as equipas. Os critérios para a atribuição dos prémios foram definidos pela ESO e incluem aquilo que é considerado como medidas de qualidade básicas no cuidado ao doente com AVC. Por exemplo, a percentagem de doentes submetidos a TC ou a um rastreio de disfagia.

Para ser elegível é necessário registar um mínimo de 30 doentes consecutivos na base de dados RES-Q (uma base de dados da ESO) e estar registado na plataforma Angels.

No final de cada trimestre, e com base nos dados inseridos, o RES-Q calcula automaticamente o resumo dos dados de cada equipa, fornecendo não só o sumário dos doentes registados mas também a informação de se estão habilitadas a alguma categoria dos ESO Angels Awards.

REABILITAÇÃO

Equipas multidisciplinares obtêm melhores resultados

As equipas de reabilitação não se devem cingir à fase aguda mas estender a sua ação a todas as fases do AVC, defende a Dra. Ana Alves, fisiatra do Hospital Senhora da Oliveira, em Guimarães, e membro da SPAVC.



Dra. Ana Alves

Na sua opinião, a reabilitação dos doentes de AVC está a ser negligenciada?

Em Portugal verificamos uma melhoria substancial dos cuidados na fase aguda do AVC com o advento dos tratamentos de reperfusão - fibrinólise EV e trombectomias - bem como uma tentativa de melhoria dos cuidados de reabilitação na fase aguda do AVC. Existem recomendações a nível europeu para que todas as unidades de AVC tenham equipas de reabilitação coordenadas e multidisciplinares, formadas por médico fisiatra, enfermeiro de reabilitação, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, terapeuta da fala, nutricionista, psicólogo e assistente social.

A questão é que essa mesma equipa de reabilitação não se deve cingir à fase aguda do AVC, mas estender a sua ação a todas as fases do AVC - aguda, subaguda e crónica.

Por isso não diria que está a ser negligenciada, mas sim debatida, verificando-se a necessidade de um caminho que tem que ser percorrido para que Portugal se orgulhe dos cuidados na área da reabilitação do AVC aos nossos

sobreviventes AVC / cuidadores e família.

Dos sobreviventes de AVC , que percentagem fica com sequelas permanentes?

As sequelas permanentes podem ser de várias ordens, desde os défices motores ou sensitivos, dificuldades de coordenação, disfasia , alterações de linguagem/fala, fadiga, défices cognitivos, alterações vesicoesfinterianas, entre outras. Será tão importante a avaliação das sequelas como das incapacidades ou restrições na participação na vida familiar e na sociedade, que vão condicionar a qualidade de vida do sobrevivente e da sua família.

Assim, diria que as percentagens de sequelas/incapacidades será mais alta do que os estudos demonstram (aproximadamente 1/3) pois maioritariamente se referem aos défices motores/sensitivos, alterações da linguagem/fala; coordenação, marcha ou funcionalidade do membro superior. A avaliação das limitações que o AVC condiciona na vida de um sobrevivente é muito mais do que défices neurológicos, incluindo ansiedade/depressão, integração na família e amigos, ou o retorno

ao trabalho. Deste modo, relevamos a importância das equipas de reabilitação especializadas em reabilitação de AVC de efetuar uma avaliação holística.

Existem estatísticas sobre o tipo e gravidade dessas incapacidades?

Existem estatísticas parcelares que avaliam as incapacidades dos sobreviventes de AVC, que extrapolamos para a realidade nacional. Estamos a caminhar na criação de um registo nacional, uniformizado, na área da reabilitação.

Como se pode melhorar a resposta dos serviços de saúde às necessidades dos sobreviventes de AVC ?

Implementando no terreno as guidelines internacionais e Normas de Orientação Clínica emanadas pela Direção-Geral da Saúde. Sabemos hoje que a existência de equipas de reabilitação coordenadas e multidisciplinares obtêm melhores resultados clínico-funcionais e maior reintegração sócio-profissional, e, portanto, o caminho deve ser potenciar essas equipas e não projetos individuais das diferentes valências em trabalho

monoprofissional, cuja capacidade de responder a todas as necessidades dos sobreviventes será necessariamente menor, regredindo no nosso sistema de saúde.

Quais são os pontos-chave na avaliação do sobrevivente de AVC no âmbito das equipas de reabilitação multidisciplinares hospitalares e as dificuldades que se fazem sentir nos hospitais ?

A nossa função é fazer a avaliação clínico-funcional e sócio-familiar/profissional, programar e iniciar o programa de reabilitação e orientar segundo critérios clínico-funcionais para que o sobrevivente de AVC seja integrado no local ideal para a sua reabilitação, que poderá ser desde o centro de reabilitação, internamento de Medicina Física e Reabilitação (MFR), Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCC) ou ambulatório (hospitalar ou clínica convencionada).

A nível hospitalar, a pressão para libertar camas pelas equipas de gestão de altas hospitalares, associada à ausência de disponibilidade da rede de cuidados de reabilitação extra-hospitalar, conduz ao atropelo constante das



Normas de Orientação Clínica da Direção-Geral da Saúde, existentes desde 2011. Verificamos uma gritante disparidade de critérios de referenciação entre as administrações regionais de saúde e mesmo entre os hospitais.

Uma medida fundamental seria a criação nos hospitais de camas destinadas especificamente à fase subaguda do AVC e internamentos de MFR, reduzindo a pressão sobre a RNCC ou centros de reabilitação, e aumentando a probabilidade do sobrevivente regressar ao seu domicílio.

Quais são as principais lacunas no acompanhamento/reabilitação destes doentes após a alta hospitalar?

Essencialmente, a incapacidade de os sobreviventes de AVC serem acompanhados em programa de reabilitação hospitalar pós alta nos primeiros seis meses, por falta de elementos das equipas de reabilitação hospitalares. A prioridade para a melhoria dos cuidados deveria ser o reforço destas mesmas equipas especializadas em AVC.

Este esforço deveria ser complementado com o aumento do número de camas dos centros de

reabilitação ou UCC de curta duração específicas para AVC e, por exemplo o desenvolvimento complementar de estratégias como equipas de ESD (Early Support Discharge) no domicílio. Segundo as guidelines, deveriam ser formadas pela equipa multidisciplinar que já seguia o sobrevivente no hospital, para manter a eficácia e eficiência do programa de reabilitação.

Qual a intervenção que se espera dos profissionais de saúde que, na comunidade, contactam com este doente, nomeadamente os médicos e enfermeiros de família?

A proximidade dos médicos e dos enfermeiros de família ao sobrevivente/cuidador é fundamental e deve ser reforçado.

A avaliação regular dos sobreviventes pelo médico de Medicina Geral e Familiar (MGF) pode, designadamente em situações de agravamento funcional, ditar a necessidade de avaliação mais precoce pelo médico fisiatra hospitalar, devendo assim ser promovida a proximidade entre os dois sistemas, por forma a manter o acesso a uma equipa de reabilitação adequada e especializada. A proximidade entre o médico fisiatra e o médico de MGF, deveria ser igual à relação existente entre o fisiatra e o neurologista/internista a nível hospitalar, exatamente para se manter uma avaliação interdisciplinar para a melhor resposta à nossa população.

Consultas deslocalizadas de MFR nos centros de saúde reforçariam a colaboração - equipa de reabilitação/sobrevivente e família/médico de MGF/enfermeiros de família - o que contribuiria para equidade de acesso aos cuidados de saúde após o AVC.

Assim conseguiríamos que, na fase crónica do AVC, o sobrevivente mantivesse o acesso a uma equipa de reabilitação coordenada e multidisciplinar, aumentando a probabilidade de atingir e/ou manter o seu máximo potencial, e sentindo-se apoiado em todo o seu percurso de vida.

TRATAMENTO DO AVC AGUDO

Prof. Dra.
Elsa Azevedo



Evolução na tomada de decisão permite salvar mais vidas

A evolução na tomada de decisão no tratamento do AVC isquémico agudo «tem sido muito dinâmica, e, assente na evidência científica, tem permitido incluir um maior número de doentes no acesso a tratamento de revascularização arterial cerebral», afirma a Prof. Dra. Elsa Azevedo, diretora do Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar e Universitário de São João e atual coordenadora para a área cerebrovascular do Programa Nacional de Doenças Cérebrovasculares da Direção-Geral da Saúde.

Uma vez que esta revascularização se associa a uma maior probabilidade de recuperação dos défices e de autonomia nas atividades de vida diária, «isto significa que conseguimos agora salvar mais doentes de uma incapacidade permanente, ou mesmo de um desfecho fatal a curto prazo». De acordo com a especialista, a evolução do conhecimento «leva-nos a ser mais inclusivos relativamente a pessoas com problemas de saúde prévios, permite-nos selecionar os doentes de forma mais inteligente, com apoio

tecnológico, para o tratamento mais adequado, mas diz-nos também que devemos evitar demorar na supra-seleção, para não correremos o risco de tratar-mos tarde demais, futilmente». No entanto, «para podermos ser úteis à nossa população, numa doença muito grave mas com resultados de tratamento extremamente sensíveis ao tempo decorrido desde os sintomas, é imprescindível que as pessoas saibam reconhecer o AVC logo desde a sua instalação e telefonem para o 112, pois o INEM proporcionará o melhor encaminhamento do doente para centros de tratamento ativo».

No Dia Nacional do Doente com AVC, «mas também nos restantes 364 dias do ano, é crucial divulgar que a instalação súbita de um dos 3Fs - dificuldade em Falar, desvio da Face ou falta de Força de um lado do corpo, como num braço - é motivo para se acionar de imediato a Via Verde do AVC, ligando para 112. É também importante divulgar-mos, nesta fase de infeção por COVID-19, que a Via Verde de AVC se mantém ativa, assim como os tratamentos de revascularização na fase aguda».

Métodos avançados de imagem permitem medicina personalizada no tratamento do AVC

Tratamentos inovadores, como a trombólise farmacológica e a trombectomia mecânica, aumentam as taxas de sobrevivência e reduzem a incapacidade. A par destas inovações, a neurologista Catarina Fonseca, membro da direção da Sociedade Portuguesa de AVC, assinala que os métodos avançados de imagem abrem caminho a uma medicina cada vez mais personalizada.

No atual contexto de pandemia, a Direção-Geral da Saúde recomenda que todos os doentes que chegam aos hospitais sejam considerados suspeitos de COVID-19. «O médico, quando aborda o doente, deve estar com equipamento de proteção», lembra a Prof.^a Catarina Fonseca, membro da direção da SPAVC. «Depois de asseguradas as condições de segurança, o doente com suspeita de acidente vascular cerebral deve ser avaliado para determinar se existem alterações ou défices neurológicos, seguindo-se a realização de exames de imagem que comprovem e suportem, ou não, o diagnóstico».

A especialista realça que, neste momento, «apesar de ser essencial identificar corretamente e proporcionar os melhores cuidados de saúde aos doentes com COVID-19, também é importante não esquecer outro tipo de patologias que têm uma elevada morbidade e mortalidade». Nesse sentido, e apesar de ser uma altura difícil, « não podemos descuidar o tratamento do acidente vascular cerebral, que não só é possível de ser prevenido como tratado».

Hoje em dia «não existe qualquer evidência de que os doentes com acidente vascular cerebral, por terem a COVID-19, não beneficiem dos tratamentos preconizados, como a trombólise endovenosa ou a trombectomia mecânica».

Hipertensão arterial é o principal fator de risco

Ao nível da prevenção, existem limites, estabelecidos nas Normas



Prof. Catarina Fonseca

de Orientação Clínica, a partir dos quais se deve começar a tratar a hipertensão arterial, principal fator de risco para o acidente vascular cerebral. «Num indivíduo que já sofreu um AVC, esses valores são geralmente mais baixos».

A Prof.^a Catarina Fonseca assinala que, «dependendo do escalão em que a pessoa se encontra, poderá haver indicação para utilizar uma combinação fixa de anti-hipertensores mas, geralmente, começa-se com apenas um fármaco, seguido de monitorização para verificar se, de facto, o doente mantém os valores de pressão arterial controlados».

Neste âmbito, «é fundamental

assegurar a adesão terapêutica». Antes de adicionar outro anti-hipertensor, «temos de ter a certeza que o doente toma o medicamento como nós o prescrevemos».

Técnicas não invasivas revolucionaram o tratamento do AVC

Em 2015 «verificou-se a introdução da trombectomia mecânica em doentes com oclusão aguda de grande vaso intracraniano e, hoje em dia, apesar de não ser uma indicação formal, também nas trombozes da artéria basilar». Até então «fazíamos trombólise endovenosa, com janelas fixas, ou seja, até às 4 horas e meia de

evolução». Na atualidade, «considera-se que não existem janelas estanques no tempo, uniformes para todas os doentes, o que fez com que avançássemos muito no caminho da medicina personalizada».

Quando um indivíduo chega ao hospital com sintomas de acidente vascular cerebral, «mesmo que já esteja um pouco fora das janelas temporais estabelecidas nos ensaios clínicos, com a utilização de métodos de imagem cerebrais avançados, tais como a ressonância de difusão ou TAC de perfusão, é possível saber se ainda existe tecido que pode ser salvo e se os doentes podem beneficiar de trombólise endovenosa (até às nove horas) ou de trombectomia mecânica».

No que diz respeito aos sobreviventes, as preocupações major são «evitar a recorrência do acidente vascular cerebral» e «a reabilitação do doente».

Além de fármacos anti-trombóticos, destinados a impedir a recorrência de AVC, a especialista assinala a importância da adoção de estilos de vida saudáveis, bem como o controlo da hipertensão arterial, da glicémia e dos lípidos, através da utilização, sempre que necessário, de fármacos anti-hipertensores, anti-diabéticos e estatinas, respetivamente.

Em contrapartida, no domínio da reabilitação, e apesar do elevado número de ensaios clínicos, «não existem fármacos que tenham mostrado melhorar, de facto, a plasticidade neuronal ou a reabilitação motora».



edarclor

azilsartan medoxomilo/clorotalidona
40/12,5mg • 40/25mg comprimidos



edarbi®

azilsartan medoxomilo

PARA GRANDES MALES, GRANDES REMÉDIOS



Imagem gentilmente cedida pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão.

▼ Estes medicamentos estão sujeitos a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas.



TECNIMEDE
GROUP



tecnimede



Zona Industrial da Abrunheira;
Rua da Tapada Grande n.º 2 — Abrunheira • 2710-089 Sintra
NIF: 500 626 413



edarclor

azilsartan medoxomilo/clorotalidona
40/12,5mg • 40/25mg comprimidos

edarclor: ▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. **NOME DO MEDICAMENTO** Edarclor 40 mg + 12,5 mg comprimidos revestidos por película. Edarclor 40 mg + 25 mg comprimidos revestidos por película. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Edarclor 40 mg + 12,5 mg comprimidos revestidos por película, e Edarclor 40 mg + 25 mg comprimidos revestidos por película. Cada comprimido contém 40 mg de azilsartan medoxomilo (sob a forma de potássio) e 12,5 mg ou 25 mg de clorotalidona. **FORMA FARMACÉUTICA** Edarclor 40 mg + 12,5 mg comprimidos revestidos por película: Comprimido revestido por película de cor vermelho pálido, redondo (aproximadamente 9,7 mm de diâmetro), biconvexo, com A/G 40/12,5 gravado numa das faces. Edarclor 40 mg + 25 mg comprimidos revestidos por película: Comprimido revestido por película de cor vermelho claro, redondo (aproximadamente 9,7 mm de diâmetro), biconvexo, com A/C 40/25 gravado numa das faces. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS** Tratamento da hipertensão em adultos. Edarclor é uma associação de dose fixa indicada em adultos cuja pressão arterial não é adequadamente controlada por monoterapia com azilsartan medoxomilo. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** Posologia - Adultos: A dose inicial recomendada é de 40 mg + 12,5 mg uma vez por dia em doentes cuja pressão arterial não é adequadamente controlada com monoterapia anti-hipertensiva corrente como Edarbi 40 mg ou Edarbi 80 mg. Se necessário a dose pode ser aumentada para um máximo de 40 mg + 25 mg uma vez por dia. O efeito anti-hipertensor perto do máximo torna-se normalmente evidente ao fim de 1-2 semanas, com os efeitos máximos atingidos às 4 semanas. **Populações especiais: Idosos (idade igual ou superior a 65 anos).** Não é necessário um ajuste inicial da dose nos doentes idosos; nos doentes muito idosos (≥ 75 anos), o tratamento deve ser efetuado com precaução e recomenda-se uma monitorização médica apertada. **Compromisso renal e Afecção hepática.** A clorotalidona, um dos componentes ativos do Edarclor, não deve ser usada em doentes com compromisso renal grave, anúria e afecção hepática grave. Não há experiência da administração de Edarclor em doentes com transplante renal recente. Não é necessário um ajuste da dose nos doentes com compromisso renal ligeiro ou moderado. É limitada a experiência de utilização em doentes com afecção hepática ligeira a moderada; no entanto não é necessário um ajuste inicial da dose de Edarclor em doentes com afecção hepática ligeira a moderada. Alterações menores do equilíbrio hidro eletrolítico devidas a diuréticos tiazídicos podem precipitar um coma hepático. Recomenda-se monitorização estreita. **Depleção do volume intravascular.** Edarclor deve ser iniciado sob supervisão médica estreita, apenas após ter sido alcançado um volume correto. Uma resposta hipotensiva temporária devida a depleção de volume não impede que os doentes continuem o tratamento, o qual pode normalmente ser continuado sem dificuldade uma vez estabelecidos a pressão arterial e o estado do volume. **Insuficiência cardíaca:** Recomenda-se precaução em doentes hipertensos com insuficiência cardíaca congestiva dado que não existe experiência de utilização nestes doentes. **População de raça negra:** Não é necessário um ajuste da dose na população de raça negra. **População pediátrica:** A segurança e eficácia em crianças e adolescentes dos 0 aos <18 anos de idade não foram ainda estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Modo de administração:** Via oral e pode ser tomado com ou sem alimentos. **CONTRAINDICAÇÕES** - Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. - Gravidez. - Afecção hepática grave. - Compromisso renal grave (TFG <30 mL/min/1,73m²). - Anúria. - Hiponatremia refratária. - Hipercalemia. - Hiperuricemia sintomática. - O uso concomitante de Edarclor com medicamentos contendo alisclereno é contraindicado em doentes com diabetes mellitus ou compromisso renal. **EFETOS INDESEJÁVEIS** Lista tabelada de reações adversas As reações adversas baseadas nos dados agregados de todos ensaios clínicos de fase 3 são apresentadas em baixo,

de acordo com as classes de sistemas de órgãos e termos preferenciais. Estão classificadas por frequência, utilizando a seguinte convenção: muito frequentes ($\geq 1/10$); frequentes ($\geq 1/100$; < 1/10); pouco frequentes ($\geq 1/1.000$; < 1/100); raras ($\geq 1/10.000$; < 1/1.000); muito raras (< 1/10.000), incluindo notificações isoladas. Dentro de cada classe de frequência, as reações adversas são apresentadas por ordem decrescente de gravidade. Doenças do metabolismo e da nutrição - Reações adversas frequentes: Aumento do ácido úrico no sangue, hiperuricemia. Doenças do sistema nervoso - Reações adversas frequentes: Tonturas, lombalgias posturais. Vasculopatias - Reações adversas frequentes: Hipotensão. Doenças gastrointestinais - Reações adversas frequentes: Diarreia, indúseas. Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos - Reações adversas frequentes: Espasmos musculares. Perturbações gerais e alterações no local de administração - Reações adversas frequentes: Fadiga. Exames complementares de diagnóstico - Reações adversas: muito frequentes: Aumento da creatinina no sangue; Reações adversas frequentes: Aumento da ureia no sangue. **Informação adicional sobre os componentes individuais:** As reações adversas que se sabe ocorrerem com cada componente administrado isoladamente mas que não foram observadas nos estudos clínicos podem ocorrer durante o tratamento com Edarclor. **Clorotalidona:** Adicionalmente às reações adversas listadas para o Edarclor, foram notificadas as seguintes reações adversas para a clorotalidona: Doenças do metabolismo e da nutrição - Reações adversas: muito frequentes: Aumento dos lípidos no sangue; Reações adversas frequentes: Hipomagnesemia. Cardiopatias - Reações adversas frequentes: Hipotensão postural. Doenças gastrointestinais - Reações adversas frequentes: Perda de apetite, desconforto gastrointestinal menor. Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos - Reações adversas frequentes: Urticaria; Doenças dos órgãos genitais e da mama - Reações adversas frequentes: Impotência. Exames complementares de diagnóstico. **Creatinina sérica:** O tratamento com Edarclor resultou numa maior incidência de aumentos da creatinina sérica, comparativamente com o azilsartan medoxomilo e a clorotalidona. Estes aumentos foram temporários ou não progressivos e reversíveis, e associados com acentuadas reduções da pressão arterial. **Ácido úrico:** O Edarclor esteve associado a aumentos do ácido úrico sérico. Os aumentos de ácido úrico são dependentes da dose, aumentando com a dose de clorotalidona, embora tenham sido pouco frequentes as notificações de gota nos grupos de tratamento, mesmo nos estudos de longo prazo. **Hemoglobina e hematócrito:** O Edarclor esteve associado com reduções ligeiras nos níveis de hemoglobina, hematócrito, e na contagem de células vermelhas, consistentes com os efeitos farmacológicos conhecidos dos inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona. **Experiência pós-comercialização** - Foi notificada uma rara incidência de angioedema associado ao uso de Edarclor. Não foram identificadas outras reações adversas nas notificações espontâneas pós-comercialização. **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas através do sistema de notificação mencionado abaixo: INFARMED, I.P. Direção de Gestão do Risco de Medicamentos, Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53, 1749-004 Lisboa; Tel: +351 21 798 73 73; Linha do Medicamento; 800222444 (gratuita); Fax: +351 21 798 73 97; Sítio da internet: <http://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramhomepage>; E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** janeiro 2018. Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos <http://www.ema.europa.eu>. Para mais informações deverá contactar o representante do titular da autorização de introdução no mercado. MSRM. Medicamento compartilhado no escalão B.



edarbi

azilsartan medoxomilo

edarbi: ▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas.

NOME DO MEDICAMENTO: Edarbi 20 mg comprimidos. Edarbi 40 mg comprimidos. Edarbi 80 mg comprimidos. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada comprimido contém 20 mg, 40mg ou 80 mg de azilsartan medoxomilo (sob a forma de potássio). **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido branco a esbranquiçado redondo, com 6,0 mm, 7,6 mm ou 9,6 mm de diâmetro; com "ASL" gravado numa das faces e "20", "40" ou "80" gravado na outra face, para os comprimidos de 20 mg, 40 mg ou 80 mg respetivamente. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Edarbi é indicado para o tratamento da hipertensão essencial em adultos. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Posologia: A dose inicial recomendada é de 40 mg uma vez ao dia. A dose pode ser aumentada até um máximo de 80 mg uma vez ao dia nos doentes cuja pressão arterial não é adequadamente controlada com a dose mais baixa. O efeito anti-hipertensor perto do máximo torna-se visível ao fim de 2 semanas, com os efeitos máximos atingidos às 4 semanas. Se a pressão arterial não for adequadamente controlada com o Edarbi isoladamente, pode obter-se uma redução adicional da pressão arterial quando o Edarbi é administrado concomitantemente com outros medicamentos anti-hipertensores, incluindo diuréticos e bloqueadores dos canais do cálcio. **CONTRAINDICAÇÕES:** - Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. - No segundo e terceiro trimestres da gravidez. - O uso concomitante de Edarbi com medicamentos contendo alisclereno é contraindicado em doentes com diabetes mellitus ou compromisso renal (TFG < 60 mL/min/1,73 m²). **EFETOS INDESEJÁVEIS:** **Resumo do perfil de segurança:** Edarbi nas doses de 20, 40 ou 80 mg foi avaliado em termos de segurança em estudos clínicos com doentes tratados durante até 56 semanas. Nestes estudos clínicos, as reações adversas associadas ao tratamento com o Edarbi foram, na sua maioria, ligeiras ou moderadas, com uma incidência global semelhante ao placebo. As tonturas constituíram a reação adversa mais frequente. A incidência das reações adversas com o Edarbi não foi afetada pelo sexo, idade ou raça. **Lista tabelada de reações adversas:** As reações adversas (doses de 40 e 80 mg) classificadas por frequência são: tonturas, diarreia e aumento da creatina fosfoquinase plasmática (frequentes (> 1/100; < 1/10)); hipotensão, náuseas, erupção cutânea e prurido, espasmos musculares, fadiga e edema periférico, aumento da creatinina plasmática e aumento do ácido úrico plasmático (pouco frequentes (> 1/1000; < 1/100)); angioedemas (raros (> 1/10.000; < 1/1000)). As reações adversas foram notificadas para a dose de Edarbi 20 mg com uma frequência semelhante às doses de 40 e 80 mg num estudo controlado por placebo. **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas através do sistema nacional de notificação mencionado abaixo: INFARMED, I.P. Direção de Gestão do Risco de Medicamentos - Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53 1749-004 Lisboa. Tel: +351217987140 Fax: +351217987397 - Sítio da internet: <http://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramhomepage> - E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt. **Data da revisão do texto:** outubro 2014. Para mais informações deverá contactar o representante do titular da autorização de introdução no mercado. MSRM. Medicamento compartilhado escalão B. Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos; <http://www.ema.europa.eu>.



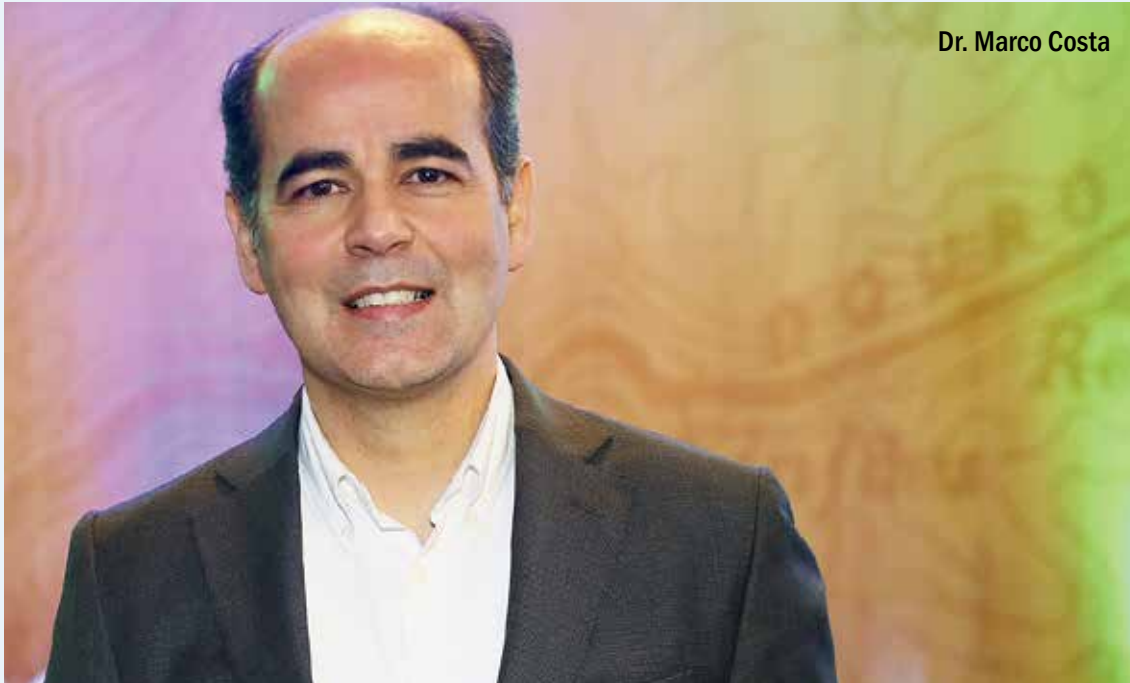
TECNIMEDE
GROUP



tecnimede



Zona Industrial da Abrunheira;
Rua da Tapada Grande n.º 2 — Abrunheira • 2710-089 Sintra
NIF: 500.626.413



Dr. Marco Costa

Hospital de Coimbra implanta válvula aórtica a doente de 92 anos

CHUC realizou a primeira implantação de uma válvula aórtica através da técnica minimamente invasiva a um doente de 92 anos, com estenose aórtica.

A técnica minimamente invasiva para implante de uma válvula aórtica foi introduzida em Portugal há mais de dez anos e constitui, para alguns doentes, a única opção.

A estenose aórtica é uma doença que afeta cerca de 32 mil portugueses, sobretudo acima dos 70 anos, limitando as suas capacidades e qualidade de vida.

Se não for detetada a tempo, esta doença pode ter um desfecho fatal, uma vez que a válvula aórtica vai tornar-se cada vez mais estreita, impedido o fluxo sanguíneo para fora do coração, explica a Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular. Os sintomas são cansaço, dor no peito e desmaios.

“Finalmente, foram aqui [CHUC] reunidas as condições para tratar os doentes com estenose aórtica

na região Centro”, refere Marco Costa, cardiologista que liderou a equipa multidisciplinar que operou o doente de 92 anos.

O médico, que é também coordenador do laboratório de hemodinâmica do CHUC, acrescenta que espera, daqui para a frente, “dar resposta aos vários doentes que aguardam este tratamento e que, doravante, terão um acesso em proximidade a esta equipa que realizou mais um procedimento altamente diferenciado por cateterismo, o que possibilita uma rápida recuperação dos doentes”.

Rui Campante Teles, coordenador do Registo Nacional de Cardiologia de Intervenção (RNCI) da APIC (Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular) explica que o implante da válvula aórtica percutânea é um

procedimento minimamente invasivo, por cateter.

“Em diversos doentes tem vantagens em relação à cirurgia de peito aberto, constituindo nalguns a única opção uma vez que diminui os riscos relacionados com o tratamento. Esta técnica é considerada o grande avanço da cardiologia da última década”, refere Campante Teles.

Segundo os dados do RNCI, em 2019 foram realizados 746 VAP, o correspondente a uma média de 72 procedimentos por milhão de habitante, ainda inferior à maioria dos países europeus.

Em Portugal, estes procedimentos minimamente invasivos da válvula aórtica estão disponíveis nos sete centros cardiológicos médico-cirúrgicos do Serviço Nacional de Saúde: Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/

Espinho, Hospital de São João, CHUC, Hospital de Santa Marta, Hospital de Santa Cruz, Hospital de Santa Maria e Hospital do Funchal.

Os procedimentos estão ainda disponíveis em vários centros privados, de acordo com uma nota da APIC divulgada hoje.

A associação está a promover a campanha Corações de Amanhã, para aumentar a “consciencialização” dos cidadãos para a estenose aórtica.

“Acreditamos que, com esta iniciativa, que conta com o Alto Patrocínio do Presidente da República, temos a oportunidade de unir esforços entre todos, que possam contribuir para melhorar a qualidade de vida das pessoas acima dos 70 anos”, afirma João Brum Silveira, presidente da APIC. **SO/LUSA**

Insuficiência renal: Diabetes é responsável por metade dos doentes em diálise

O presidente da Sociedade Portuguesa de Nefrologia diz que Portugal é um bom aluno no tratamento dos doentes em estados mais avançados de insuficiência renal, mas que é preciso começar mais cedo a prevenir.

Aníbal Ferreira lembra que “Portugal é um excelente exemplo em relação ao tratamento dos doentes nos estadios mais avançados” e que é reconhecido por isso a nível internacional, “A seguir a Espanha, somos o país que mais transplanta rins por milhão de habitantes”, afirma o responsável, recordando que a hemodiálise tem cobertura em todo o país.

“Do que diz respeito aos estadios mais avançados, devemos estar todos muito orgulhosos pelo trabalho que tem vindo a ser feito nos hospitais pelo SNS, pelas faculdades e também com a colaboração das associações, quer médicas, quer associações de doentes”, acrescentou.

O responsável sublinha, contudo, que é preciso começar mais cedo a prevenir, sobretudo porque as causas da insuficiência renal nos países desenvolvidos podem ser evitadas com alguns cuidados extra.

Diabetes é a responsável por quase metade dos doentes em diálise

“É claro que precisamos de começar mais cedo a prevenir a insuficiência renal visto que as principais causas nos países desenvolvidos, onde felizmente Portugal se encontra, são a diabetes e a hipertensão”, afirmou.

A diabetes é responsável por quase metade dos doentes em diálise e “um diagnóstico mais precoce e um acompanhamento mais sequencial, quer pelos



médicos de família, quer pelos especialistas, poderá reduzir significativamente a necessidade de estes doentes virem a fazer diálise”, defende.

Aníbal Ferreira chamou ainda a atenção para os novos medicamentos no mercado, há dois a três anos, que podem, simultaneamente, “tratar a diabetes, proteger o rim e tratar a insuficiência cardíaca”. “Provavelmente, nos próximos anos, vamos colher frutos desta intervenção terapêutica, que é extremamente promissora”, disse.

O presidente da SPN disse ainda que o facto de Portugal ser dos países que tem mais doentes em diálise por milhão de habitantes, tendo em conta o envelhecimento

da população, significa que “os doentes são tratados até muito tarde, têm uma esperança de vida maior” e que “há um investimento das populações, das famílias e das coletividades em acompanhar estes doentes”.

Há doentes a fazer diálise há mais de 15 anos

“Temos doentes com 85 e 90 anos a fazer diálise. Alguns há mais de 10 ou 15 anos”, exemplificou, sublinhando que esta situação também reflete o envelhecimento da população.

“Na Europa a 28, Portugal é quem tem a população mais idosa e isso reflete-se nos doentes com patologias crónicas, seja demências, seja insuficiências de outros

órgãos, como a insuficiência renal”, afirmou.

Portugal tem cerca de 12.500 doentes em diálise e 7.000 doentes transplantados. “É um número que, para o nosso país, é grande, mas também tem este aspeto positivo de significar que o SNS (uma vez que tudo isto é feito através dos hospitais públicos) está a funcionar no acompanhamento destes doentes e está a tratá-los corretamente”, considerou.

Aníbal Ferreira defende que Portugal, em termos de prevenção, “claramente podia fazer mais e melhor, sobretudo nos estadios mais iniciais de desenvolvimento das patologias que vão levar à diabetes”. Este ano, o Dia Mundial do Rim volta ao apelo à prevenção dos grandes fatores de risco, como a diabetes e a hipertensão, como da automedicação com os analgésicos ou anti-inflamatórios, o controlo, pelo menos uma vez por ano, dos valores das análises ao sangue e à urina.

Além do bom controlo destas patologias, Aníbal Ferreira chama a atenção ainda para a necessidade de controlar igualmente os hábitos alimentares para evitar a obesidade, não fumar e praticar exercício físico. “Só assim é possível evitar a diabetes e melhorar a função renal”, concluiu.

Estima-se que 850 milhões de pessoas em todo o mundo tenham doenças renais de várias causas. Até um em cada dez adultos em todo o mundo tem doença renal crónica. **SO/LUSA**



Fiasp®

Uma insulina prandial de resposta mais rápida**

Desde a primeira dentada*

* Administração subcutânea até 2 minutos antes do início da refeição.
** Comparado com NovoRapid®

Para pessoas adultas com diabetes, Fiasp® é:

➤ Mais rápido

2 vezes mais rápido a entrar na corrente sanguínea vs NovoRapid®^{1,4†}

➤ Eficaz

Reduções comprovadas de HbA_{1c} e GPP com taxas de hipoglicemia semelhantes, comparativamente a NovoRapid®^{1,2}

➤ Flexível

Horário flexível, quando necessário, com controlo^{1-3‡§} eficaz da HbA_{1c}

2X MAIS RÁPIDA A ENTRAR NA CORRENTE SANGUÍNEA^{1,2†}

Não hesite

Escolha uma insulina prandial flexível e de resposta mais rápida^{*1,2†}

GPP: glicemia pós-prandial; †Tempo até ao início de ação demonstrado em doentes com diabetes tipo 1; ‡ Fiasp® pode ser administrado até 2 minutos antes do início da refeição, com a opção de administrar até 20 minutos após o início da refeição; § vs NovoRapid® (ambos administrados à hora da refeição); baseado nos dados do ensaio clínico onset 1 em adultos com diabetes tipo 1.

Referências: 1. Resumo das Características do Medicamento Fiasp®, 2. Heise T et al. Clinical Pharmacokinetics. 2016; 3. Russell-Jones D et al. Diabetes Care. 2017; doi: 10.2337/dci16-1771. 3. Buse JB, Carbon AL, Komatsu M, et al. Diabetes Obes Metab. 2018; 20(12):2885-2893. 4. Heise T et al. Clin Pharmacokinet (2017) 56:551-559

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RCM - FIASP®

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem qualquer suspeita de reações adversas. NOME DO MEDICAMENTO: Fiasp® 100 unidades/ml solução injetável em caneta pré-chave (FlexTouch®) Fiasp® 100 unidades/ml solução injetável em cartucho (PenFill®) Fiasp® 100 unidades/ml solução injetável em frasco para injetáveis COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: 1 ml de solução contém 100 unidades de insulina aspártica* (equivalentes a 3,5 mg). Fiasp® 100 unidades/ml solução injetável em caneta pré-chave Uma caneta pré-chave contém 300 unidades de insulina aspártica em 3 ml de solução. Fiasp® 100 unidades/ml solução injetável em cartucho Um cartucho contém 300 unidades de insulina aspártica em 3 ml de solução. Fiasp® 100 unidades/ml solução injetável em frasco para injetáveis Um frasco para injetáveis contém 1.000 unidades de insulina aspártica em 10 ml de solução. FORMA FARMACÉUTICA: Solução injetável. INFORMAÇÕES CLÍNICAS: Indicações terapêuticas: Tratamento da diabetes mellitus em adultos, adolescentes e crianças com 1 ano de idade ou mais. Posologia e Modo de administração: Fiasp® é uma insulina para administração às refeições, por via subcutânea, nos 2 minutos antes do início da refeição, podendo opcionalmente ser administrada até 20 minutos depois do início da refeição. Na população pediátrica, recomenda-se uma monitorização cuidadosa dos níveis de açúcar no sangue caso este medicamento seja administrado depois do início da última refeição do dia, de forma a evitar hipoglicemia noturna. A administração da dose de Fiasp® é individual e determinada de acordo com as necessidades do doente. Fiasp® administrado por injeção subcutânea deve ser utilizado em associação com insulina de ação intermédia ou de ação prolongada administrada pelo menos uma vez por dia. As necessidades individuais diárias totais de insulina nos adultos, adolescentes e crianças podem variar e são normalmente entre 0,5 e 1,0 unidade/kg/dia. A monitorização da glicemia e o ajuste das doses de insulina são recomendados para a obtenção de um ótimo controlo glicémico. Fiasp® pode ser utilizado em adolescentes e crianças com mais de 1 ano de idade. Não existe experiência clínica com a utilização de Fiasp® em crianças com idade inferior a 2 anos. A conversão a partir de outra insulina para administração às refeições pode ser feita unidade a unidade. É recomendada a monitorização cuidadosa da glicose durante a transferência de outras insulinas para administração às refeições e nas primeiras semanas após a mesma. Fiasp® pode ser utilizado para CSII em bombas adequadas para a perfusão de insulina. Se necessário, Fiasp® pode ser administrado por via intravenosa, o que deverá ser feito por profissionais de saúde. Se for necessária a administração por seringa, injeção intravenosa ou bomba de perfusão deve ser utilizado um frasco para injetáveis. Contraindicações: Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Advertências e precauções especiais de utilização: A omissão de uma refeição ou a realização de exercício físico enérgico não planeado pode conduzir a uma hipoglicemia. Em comparação com outras insulinas para administração às refeições, a hipoglicemia poderá ocorrer mais cedo depois de uma injeção/perfusão, devido ao início precoce de ação de Fiasp®, Fiasp® tem um início de ação precoce em comparação com NovoRapid®, o que origina um aumento subsequente no efeito de diminuição da glicose, isto tem de ser considerado aquando da prescrição de Fiasp®, Uma vez que Fiasp® deve ser administrado nos 2 minutos antes do início da refeição, podendo opcionalmente ser administrado até 20 minutos após o início da refeição, o tempo até ao início da ação deverá ser considerado quando prescrito a doentes com doenças ou tratamento concomitantes, em que se deve esperar uma absorção tardia dos alimentos. Os doentes que registam uma melhoria significativa no controlo da glicemia, por exemplo, pela terapêutica intensiva de insulina, podem sentir uma mudança nos sintomas habituais de aviso de hipoglicemia, pelo que têm de ser devidamente prevenidos. Os sintomas de aviso habituais poderão desaparecer em doentes com diabetes de longa duração. A administração de doses inadequadas ou a descontinuação do tratamento, especialmente em doentes que necessitam de insulina, pode conduzir a hiperglicemia e cetoacidose diabética. Foram comunicados casos de insuficiência cardíaca congestiva quando foram utilizadas tiazolidinonas em associação com insulina, especialmente em doentes com fatores de risco do desenvolvimento de insuficiência cardíaca congestiva. Se esta associação for utilizada, os doentes devem ser vigiados relativamente a sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva, aumento de peso e edema. As tiazolidinonas devem ser descontinuadas caso ocorra qualquer deterioração dos sintomas cardíacos. Os doentes devem receber instruções no sentido de verificar sempre o rótulo da insulina antes de cada injeção, de modo a evitar trocas acidentais entre este medicamento e outras insulinas. As doenças concomitantes, especialmente infeções e estados febris, normalmente aumentam as necessidades de insulina do doente. A administração de insulina pode causar a formação de anticorpos. Em casos raros, a presença destes anticorpos pode requerer um ajuste da dose de insulina, de forma a corrigir a tendência para hiper ou hipoglicemia. Antes de efetuar viagens que impliquem mudanças de fuso horário, o doente deve consultar o médico. Interações medicamentosas e outras formas de interação: As seguintes substâncias podem reduzir as necessidades de insulina: Antidiabéticos orais, inibidores da monoamina oxidase (IMAO), bloqueadores beta, inibidores do enzima de conversão da angiotensina (IECA), salicilatos, esteróides anabólicos, sulfonamidas e agonistas dos receptores GLP-1. Gravidez e aleitamento: Fiasp® pode ser utilizado durante a gravidez. Não há restrições para o tratamento com Fiasp® durante a amamentação. Efeitos indesejáveis: Muito frequentes (> 1/10): Hipoglicemia. Frequentes (> 1/100 < 1/10): Reações alérgicas cutâneas. Reações no local de injeção/perfusão. Pouco frequentes (> 1/1.000 to < 1/100): Hipersensibilidade, Lipodistrofia. Desconhecidas: Reações anafiláticas. Sobredosagem: Episódios ligeiros de hipoglicemia podem ser tratados por administração oral de glicose ou outros produtos que contenham açúcar. Episódios graves de hipoglicemia, em que o doente não consegue tratar de si próprio, podem ser tratados com glicazon (0,5 a 1 mg) administrado por via intramuscular ou subcutânea, ou com glicose administrada por via intravenosa por um profissional de saúde. Prazo de validade: 30 meses. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO: Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsvaerd, Dinamarca. Representante local: Novo Nordisk, Lda., Rua Quinta da Quintã Nº1 -1º, Quinta da Fonte, 2770-203 Paço De Arcos. NÚMEROS DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO: N's Registo U.E.: EU/1/15/1160/005/Código Nacional: 5704851 (Fiasp® FlexTouch®) EU/1/15/1160/007/Código Nacional: 5704879 (Fiasp® frascos para injetáveis) e EU/1/15/1160/010/Código Nacional: 5704903 (Fiasp® PenFill®). DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO: 09 de janeiro de 2017. DATA DA ÚLTIMA RENOVAÇÃO: NA DATA DA REVISÃO DO TEXTO: 09/2019. Classificação quanto à dispensa ao público: Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento coparticipado pelo Escalão A - 100%. Para mais informações deverá contactar o representante local do titular da A.I.M.



© Novo Nordisk, Lda, Rua Quinta da Quintã Nº1 -1º, Quinta da Fonte, 2770-203 Paço De Arcos www.novonordisk.pt
Contribuinte nº 501485210 Capital Social € 250.000 C.R.C. Cascais 13.683 - Oeiras

© Novo Nordisk A/S, Novo Allé 1, 2880 Bagsvaerd, Dinamarca. PT19FSP00013

Fiasp®
insulina aspártica

Cateterismo cardíaco: São João pioneiro na implementação de técnica inovadora

Técnica de intervenção cardíaca representa “um enorme avanço na abordagem da doença cerebrovascular”.



Dr João Carlos Silva (à direita)

Pela primeira vez em Portugal utilizou-se uma técnica revolucionária para encerramento de foramen ovale patente com pontos de sutura por cateterismo cardíaco, sem necessidade de cirurgia cardíaca. Este tratamento ocorreu no Serviço de Cardiologia, Unidade de Hemodinâmica do Centro Hospitalar Universitário São João, que integra o Centro de Referência em Cardiologia de Intervenção Estrutural.

“Em termos concretos, esta técnica representa uma forma inovadora de se encerrar uma comunicação intracardíaca auricular, sem deixar vestígios”, afirma João Carlos Silva, responsável do Centro de Referência em Cardiologia de Intervenção Estrutural do CHUSJ.

De acordo com o clínico, o foramen ovale patente é um orifício existente entre duas das cavidades do coração (as aurículas), que ocorre em 25% da população. Habitualmente é uma situação sem qualquer impacto na saúde, mas pode facilitar a ocorrência de acidentes vasculares cerebrais (AVCs) e Acidentes Isquémicos Transitórios (AITs), uma vez que é uma potencial passagem de pequenos coágulos sanguíneos diretamente para a circulação arterial.

O encerramento percutâneo do foramen ovale patente com pontos é possível graças à solução Noblestitch, que surgiu nos EUA. Para a realização do procedimento a equipa local contou com a presença de Gerard Marti, médico especialista em Cardiologia

de Intervenção Estrutural, no Hospital Vall Hebron, em Barcelona, pioneiro nesta área em Espanha.

“O primeiro passo deste procedimento consiste em introduzir um cateter através da veia femoral alcançando o coração e, mais especificamente, o foramen ovale patente. Uma vez lá, este cateter que incorpora uma agulha, vai libertar um fio e dar um ponto numa das extremidades do defeito. Um segundo cateter é então colocado, fazendo-se o mesmo processo na outra membrana do defeito. Finalmente os dois fios são unidos e as extremidades do defeito aproximadas, encerrando-se assim o túnel entre as duas aurículas”, explica João Carlos Silva. “Esta nova técnica constitui inúmeras vantagens em relação ao

tratamento convencional com dispositivos metálicos, quer para os utentes atingidos por esta situação, quer para os profissionais de saúde.”

A técnica clássica de encerramento do foramen ovale patente implica a utilização de dispositivos médicos de malhas metálicas que ocasionalmente podem associar-se a algumas complicações, que apesar de raras são potencialmente graves, como a embolização, a trombose, a erosão de estruturas vasculares ou arritmias. Esta nova técnica para além de evitar essas eventuais complicações tem a vantagem de ser realizada com o doente acordado apenas com anestesia local e sem recorrer à realização de ecocardiograma transesofágico durante o procedimento. **RV/SO**

Novartis Portugal
Pharmaceuticals



Reimaginamos a Medicina

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



www.novartis.pt

Identificados novos genes que podem ser responsáveis por cancros hereditários

Investigadores do IPO descobriram novas alterações genéticas que poderão ser responsáveis por cancros hereditários em famílias com propensão para as formas mais agressivas da doença.

A diretora da unidade de investigação em Patobiologia Molecular do IPO, Branca Cavaco, explica que “cinco a dez por cento dos cancros têm uma componente hereditária”, e estão identificados mais de 50 síndromas identificados como cancro hereditário, como o melanoma familiar.

Os laboratórios da unidade usaram sequenciadores genéticos para decifrar amostras de DNA recolhidas entre as mais de dez mil famílias com registo na clínica de cancro familiar do IPO de Lisboa.

A partir da análise genética de cada pessoa é possível perceber se os genes têm alguma alteração passada hereditariamente, identificada como problemática.

“Quando uma pessoa é portadora de uma mutação, sabe que tem um risco aumentado de desenvolver cancro. Isso vai permitir que seja realizado aconselhamento genético, o que vai acabar por beneficiar o doente e os seus familiares porque permite estabelecer protocolos de vigilância, de prevenção e de deteção precoce”, afirmou Branca Cavaco.

Quando o diagnóstico genético dá negativo, a pessoa “fica a saber que não herdou aquela alteração, tem um risco idêntico ao do resto da população para desenvolver cancro”, acrescentou.

Entre 2013 e 2019, os cientistas no IPO foram à descoberta de novos genes responsáveis por cancros hereditários que ainda não estejam identificados e os resultados vão ser apresentados esta



sexta-feira numa conferência no instituto.

A investigação procura resolver “uma das questões que se colocam neste projeto: Em algumas famílias onde existe elevada prevalência de cancro não foi identificada a causa genética

subjacente, não se sabe qual é o gene que está a aumentar o risco naquela família”.

“Os genes e as alterações genéticas que identificámos são promissoras, mas são só genes candidatos. Quando se identifica uma alteração, temos que demonstrar

do ponto de vista funcional que ela leva ao desenvolvimento do cancro. Fizemos estudos laboratoriais a comparar células que tinham uma mutação com células que não tinham para tentar perceber se a mutação que tínhamos encontrado alterava algumas características comuns em cancro, como a proliferação, adesão e morte celular”, indicou.

Estes genes precisam de ser “validados por outros estudos, grupos e séries de famílias”, para ajudarem mais famílias a saber que precisam de estar vigilantes. Com esta investigação, surgem novas perguntas e caminhos para os cientistas do IPO, que querem debruçar-se sobre os casos em que há mais do que um gene que pode contribuir para o cancro hereditário.

Outra vertente do projeto foi estudar as alterações em alguns tipos de tumores que não são hereditários, “levam ao desenvolvimento de cancro esporádico”, e também nesses a análise genética “permite identificar novos alvos terapêuticos e também pode contribuir para identificar biomarcadores importantes para o diagnóstico, prognóstico e predição de resposta à terapêutica”.

O melanoma, o cancro colorrectal, o cancro da próstata, o cancro da mama e ovários e o cancro da tiroide são os principais tipos de cancro estudados no projeto de patobiologia molecular do IPO, onde também funciona uma unidade de investigação clínica, mais virada para a análise de terapias e medicamentos. **SO/LUSA**

Spedra[®]

avanafil

O IPDE5 DE 2ª GERAÇÃO¹

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

CONSIGO TER
SATISFAÇÃO⁹

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

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



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

Informações Essenciais Compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento. Nome do medicamento: Spedra 50 mg comprimidos, Spedra 100 mg comprimidos, Spedra 200 mg comprimidos. **Composição qualitativa e quantitativa:** Cada comprimido contém 50 mg, 100 mg ou 200 mg de avanafil. **Forma Farmacéutica:** Comprimido, Comprimidos ovais em tom amarelo pálido, com «50» gravado num dos lados. Comprimidos ovais em tom amarelo pálido, com «100» gravado num dos lados. Comprimidos ovais em tom amarelo pálido, com «200» gravado num dos lados. **Indicações terapêuticas:** Tratamento da disfunção erétil em homens adultos. Para que o Spedra seja eficaz, é necessária estimulação sexual. **Posologia e modo de administração:** Posologia: Utilização em homens adultos. A dose recomendada é de 100 mg, tomada conforme necessário, cerca de 15 a 30 minutos antes da atividade sexual. Com base na eficácia e tolerabilidade individuais, a dose pode ser aumentada até uma dose máxima de 200 mg ou diminuída até 50 mg. A frequência máxima de administração recomendada é uma vez por dia. É necessária estimulação sexual para se obter uma resposta ao tratamento. Populações especiais: Idosos (≥ 65 anos de idade): Não são necessários ajustes de dose em 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 ou 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 eritromicina, claritromicina, itraconazol, nefazodona, neflavir, 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. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. Doentes que estão a utilizar qualquer forma de compostos doadores de nitrato orgânico ou óxido nítrico (como nitrato de amilo). A administração concomitante de inibidores da fosfo-diesterase de tipo 5 (IPDE5), 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 instável, angina de peito durante as relações sexuais ou insuficiência cardíaca congestiva definida pela New York Heart Association como pertencendo à Classe 2 ou superior. Doentes com compromisso hepático grave (Child-Pugh C). Doentes com compromisso renal grave (depuração da creatinina < 30 ml/min). Doentes que tenham perda de visão num dos olhos devido a neuropatia ótica isquémica anterior não arterítica (NAION), independentemente de esse episódio estar ou não relacionado com a exposição a inibidores da PDE5. Doentes com perturbações degenerativas hereditárias da retina conhecidas. Doentes que utilizam inibidores potentes da CYP3A4 (incluindo eritromicina, itraconazol, claritromicina, itraconazol, nefazodona, neflavir, saquinavir e telitromicina). **Efeitos indesejáveis:** Resumido o perfil de segurança: O perfil de segurança da 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, zumbido, congestão nasal e sinusite e dor de garganta. Globalmente, os acontecimentos adversos e as reações adversas nos participantes tratados com o avanafil foram mais frequentes nos que apresentavam um índice de massa corporal (IMC) < 25 (participantes com IMC normal). No estudo clínico a longo prazo, a percentagem de doentes com reações adversas diminuiu com o aumento da duração da exposição. Lista de reações adversas: São enumeradas as reações adversas observadas em ensaios clínicos controlados por placebo de acordo com a convenção MedDRA sobre frequência: muito frequentes (≥ 1/10), frequentes (≥ 1/100 a < 1/10), pouco frequentes (≥ 1/1000 a < 1/100), raras (≥ 1/10 000 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. **Infecções e infestações:** gripe, nasofaringite (raras). **Doenças do sistema imunitário:** alergia sazonal (raras). **Doenças do metabolismo e da nutrição:** gástrica (raras). **Perturbações do foro psicológico:** insónia, ejaculação precoce, emoção inadequada (raras). **Doenças do sistema nervoso:** dor de cabeça (frequentes); tonturas, sonolência; dor de cabeça sinusal (pouco frequentes); hiperatividade psicomotora (raras). **Afecções oculares:** visão turva (pouco frequentes). **Cardiopalmiais:** palpitações (pouco frequentes); angina de peito; taquicardia (raras). **Vasculopalmiais:** ruborização (frequentes); arroumamentos (pouco frequentes); hipertensão (raras). **Doenças respiratórias:** torácicas e do mediastino; congestão nasal (frequentes); congestão sinusal, dispneia de esforço (pouco frequentes); rinite; congestão do trato respiratório superior (raras). **Doenças gastrointestinais:** dispepsia, náuseas, vômitos, desconforto estomacal (pouco frequentes); boca seca, gastrite, dor abdominal inferior, diarreia (raras). **Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** erupção cutânea (raras). **Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos:** dor de cabeça; contração muscular (pouco frequentes); dores no flanco; mialgia; espasmos musculares (raras). **Doenças renales e urinárias:** polaquímia (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 notificadas casos durante os ensaios clínicos do avanafil. O prurido foi notificado num pequeno número de casos de ensaios clínicos e pós-comercialização no mercado com outros inibidores da PDE5. Não foram notificadas casos durante os ensaios clínicos do avanafil. Hemátima, hematospérmia 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 tonturas, um sintoma habitualmente causado por tensão arterial baixa, foram notificadas em ensaios clínicos com o avanafil. Pode-se aos profissionais de saúde que notifiem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao Informed, L.P. (Tel: +351 21 798 73 73; Linha do Medicamento: 800 222 444 (gratuita); Fax: +351 21 798 73 97; E-mail: farmacosvigilancia@informed.pt; internet: <http://extranet.informed.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-1011 Luxembourg - Luxembourg. **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 revisadas 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):495-92. 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. Bellorff 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



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 - Bº 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
do 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/17-03/1N/1242