

ENTREVISTA | DR. RUI COSTA

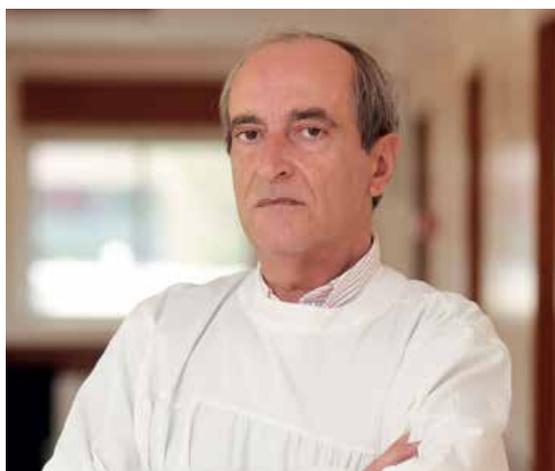
# DPOC: A prática clínica em tempos de Covid-19



PÁG. 11

PROF. FERNANDO MALTEZ

# Covid-19. Curry Cabral monitoriza doentes a recuperar em casa



PÁG. 13

ESPECIAL | DIA MUNDIAL DA ASMA



- Asma não controlada
- Impacto da Covid-19
- Guidelines para lidar com pandemia
- Novas terapêuticas
- Asma na gravidez e em idade pediátrica

PÁG. 20

ENTREVISTA | DRª. ISABEL SARAIVA



# Vacina antipneumocócica reduz em 73% risco de internamento por pneumonia

PÁG. 17



OPINIÃO | ACÁCIO GOUVEIA

# Marta Temido: o elogio

PÁG. 4

INVESTIGAÇÃO

# Remdesivir, a grande esperança para derrotar a Covid-19?



PÁG. 34 e 35

# Guia para centros de saúde retomarem normalidade

PUB

ACEDA À INFORMAÇÃO EXCLUSIVA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

INSCREVA-SE JÁ GRATUITAMENTE em [www.saudeonline.pt](http://www.saudeonline.pt)

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

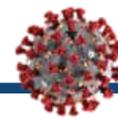
## VIGANTOL®

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 trigêmeo e tratamento de suporte da parestesia do nervo facial e herpes zoster. **Posologia e modo de administração:** Comprimidos: 1 comprimido, 1 a 3 x/dia no tratamento de casos moderados, ou para administração intercalada e de seguimento do tratamento com a forma injetável. Engolir sem mastigar com um pouco de líquido durante ou após as refeições. Injetável: Administrado por via intramuscular. Casos graves, 1 ampola/dia enquanto os sintomas agudos persistirem. Na terapêutica de seguimento, 2 a 3 ampolas/semana. Quando não são administradas as ampolas ou como continuação da terapêutica pode utilizar-se Neurobion comprimidos revestidos. A duração do tratamento é determinada pelo médico. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer dos excipientes. Os comprimidos não são adequados para o tratamento de crianças. **Advertências e precauções especiais de utilização:** As neuropatias necessitam de tratamento de longa duração com uma dose média diária de vitamina B6 > 50 mg. Recomenda-se monitorização regular do doente sob tratamento de longa duração. A solução injetável contém menos de 39 mg de potássio e 41,97 mg de sódio/ampola. Ter em consideração em doentes com ingestão controlada de sódio. **Interações medicamentosas e outras formas de interação:** L-Dopa: os efeitos poderão ser reduzidos com a administração concomitante de vitamina B6. Antagonistas da piridoxina (ex., isoniazida, cicloserina, penicilamina e hidralazina); a eficácia da vitamina B6 pode estar reduzida. Com diuréticos da ansa (ex., furosemida) os níveis sanguíneos de tiamina podem ser reduzidos. **Efeitos indesejáveis:** Muito raros (<1/10.000). Doenças do sistema imunitário - choque anafilático. Desconhecidos (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis): reações de hipersensibilidade, como sudorese, taquicardia e reações cutâneas como prurido e urticária; doenças gastrointestinais - náuseas, vômitos, diarreia e dor abdominal; afeções 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.



# SUMÁRIO

ENTREVISTA | Dr. Rui Costa

## DPOC: A prática clínica em tempos de Covid-19



4 Opinião | Acácio Gouveia  
Marta Temido: o elogio

6 COVID-19 | USF-AN: Guia para centros de saúde retomarem a normalidade

7 COVID-19 | Cancro: Falta de diagnósticos durante a pandemia vai aumentar número de mortes

8 COVID-19 | DGS alertada para “pandemia de partos” agendados

9 COVID-19 | BCG pode facilitar “a montagem da resposta imunitária” contra a Covid-19

10 COVID-19 | Excesso de mortalidade desde início da pandemia pode chegar aos 4 mil óbitos

12 COVID-19 | Projeto MOVIDA acompanha à distância utentes em reabilitação cardíaca

16 Especial | Vacinação “Se não vacinarmos, as doenças infecciosas vão reemergir”

20 Especial | Dia mundial da Asma “Coronavírus pode aumentar risco de agudização da asma”

30 investigação | Covid-19: Diabéticos com maior risco de pneumonia grave e “tempestade inflamatória”

32 investigação | Covid-19: Taxa de mortalidade entre doentes transplantados e em diálise supera os 20%

33 investigação | Remdesivir, a grande esperança para derrotar a Covid-19?

35 investigação | Tocilizumab eficaz na prevenção de “tempestade inflamatória”

36 investigação | ISPUP vai avaliar potencial do Montelukast em doentes internados com Covid-19

37 investigação | ISPUP vai avaliar o desempenho cognitivo de doentes com Covid-19

38 investigação | Equipa do i3S descobre mecanismo que permite às células detetar e corrigir erros

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 Comercial  
Ricardo Anaia  
aanaia@saudeonline.pt

Diretor de informação  
Tiago Caeiro  
tcaeiro@saudeonline.pt

Jornalistas  
Adelaide Oliveira  
Rita Vassal

Colaboradores  
Alexandra Ribeiro

Artigos de Opinião  
Ana Catarina Pinheiro  
Acácio Gouveia  
Luís Gouveia Andrade

Edição e Redação – Sede  
Saúde Online - Comunicação, MMLA, Lda.  
Rua Vieira da Silva 45º 1350-342 Lisboa  
E-mail: redacao@saudeonline.pt

Design e Produção - Alexandra Leitão

Proprietária  
Joana Correia de Freitas Santos Coração  
de Figueiredo Araújo  
Rua António Quadros 1º 1A 1600-875 Lisboa  
jcoracao@saudeonline.pt

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

Periodicidade  
Informação permanente

Ano de fundação: 2016

# Marta Temido: o elogio



**Acácio Gouveia**  
Médico de Família

contexto de então, acho que a presente conjuntura veio mudar muita coisa. Por exemplo, a minha opinião sobre a nossa ministra Marta Temido, que julgo merecer ser enaltecida. Em democracia, somos bem mais avessos em elogios que em críticas. Mesmos os criticantes terão de fazer-lhe a justiça de reconhecer que tem dado uma imagem pública de serenidade, clareza suficiente e assertividade. O mesmo considero poder dizer da Diretora Geral da Saúde e dos outros dirigentes que têm dado a face diariamente.

A atual situação caracteriza-se por (i) ser totalmente nova e, conseqüentemente, por exigir medidas inovadoras, nunca testadas, (ii) a serem implementadas a curto prazo e (iii) afetando áreas muito amplas da atividade usual de todas as instituições. Para conseguir lidar com este cenário é necessária uma liderança forte e focada nas soluções, liberta do ruído de polémicas públicas dispensáveis.

Postas estas duas premissas, não será lícito manter o grau de exigência face ao poder político idêntico ao de tempos normais, nem extravasar para o domínio público reparos, discordâncias ou sugestões que se queiram fazer chegar ao poder central. Se os partidos políticos têm sido sensatamente parcios na sua visibilidade, já o mesmo se não poderá dizer doutros setores da sociedade.

Relembro o apelo do nosso Bastonário de 8 de março: “É o momento de colocar as divergências de lado e centrar os nossos esforços em servir a verdadeira causa pública que são as pessoas e o país, e ajudar a Autoridade de Saúde Nacional (DGS) e o Governo a garantir uma resposta adequada ao evoluir da situação epidémica.”

Não me parece que a adesão a este chamamento esteja a ser expressiva.

O tema do uso de máscaras, por exemplo, atingiu níveis de polémica, perfeitamente escusados nas atuais circunstâncias. Trazer para a arena dos *media* assuntos em que haja divergências técnicas com a política seguida desgasta a autoridade do estado e não é certo que a autoridade científica dos técnicos que vieram a terreiro contrariar o *status quo* fique incólume. Menos certo é que a população tenha ficado esclarecida. Sujeitar a ciência ao plebiscito popular ou à pressão da opinião pública é arriscado, mormente em tempos de natural exaltação e dada a iliteracia científica, que se estende aos próprios profissionais da comunicação social. O mutismo é indefensável, mas a discussão deveria, neste período, ser feita internamente.

Mas, mais grave tem sido a atuação de vários presidentes de município que viram nesta pandemia uma oportunidade para acirrar hostilidades crónicas contra o poder central. Em abono da verdade deve realçar-se o louvável esforço a que muitos autarcas se têm entregue na defesa dos seus municípios, o que, todavia, não legitima o tom das censuras ao poder central. Tanto mais lamentáveis quanto, na qualidade de políticos, sabem bem que a política é a arte do possível e o governo central enfrenta tarefas de dimensão gigantesca. Queixas de atrasos na realização de testes, por exemplo, são bem injustas. Portugal está no 16º lugar de realização de testes por população a nível mundial. Mas, se excluirmos países e territórios com menos de meio milhão de habitantes, ou/e áreas muito reduzidas, logisticamente

muito favorecidos, como São Marino, Islândia ou as Ilhas Faeroe, apenas somos batidos pela Noruega, Suíça, Bahrein, Estónia, Luxemburgo, Emiratos Árabes Unidos e Chipre. (Isto no momento em que escrevo: 19 de abril). Para o poder local a pandemia não é o inimigo principal, mas sim um meio mais para denegrir o governo da nação.

De enaltecer, de um modo geral, o papel dos *pivots* das cadeias televisivas e da prestação dos meios de comunicação sociais. Já entre a plêiade de comentadores o direito a aplauso é desigual. As críticas à Direção Geral da Saúde, enquanto profissional com mais de três décadas de experiência, pareceram-me despropositadas e reveladoras de ignorância, secundária à ousadia de quem se habituou a debitar opiniões sobre tudo e mais alguma coisa. O que lhes falta em conhecimento para avaliar os méritos de Marta Temido e de Graça Freitas, sobra-lhes em acanhamento para elogiar o poder quando o merece.

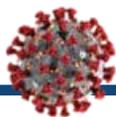
Quanto aos profissionais que trabalham nos cuidados de saúde secundários (e sobretudo estes, entre os quais não me situo) o qualificativo de heróis deixou de ser metafórico. De Itália chegamos exemplos de bravura, espírito de sacrifício e galhardia, só comparáveis a militares ou bombeiros debaixo dos respetivos fogos e a uma ou outra profissão de alto risco expostas a situações limite.

Pouco se tem falado dos colegas de saúde pública. São poucos, mas muito bons. Autênticos guarda-costas dos que estão nas linhas da frente, têm feito um trabalho notável, mas pouco reconhecido. Permita-se-me um obrigado em nome pessoal, para quem sinto proteger-me na retaguarda.

*“A constância nas nossas opiniões seria geralmente embaraço e oposição ao progresso e melhoramento da nossa inteligência.” – Marquês de Maricá*

**C**omo declaração de conflito de interesses peço ao leitor, caso lhe interesse, que se dê ao trabalho de ler os penúltimo e antepenúltimo artigos por mim assinados no Saúde Online. Não renegando o que escrevi no





# USF-AN: Guia para centros de saúde retomarem a normalidade

A USF-AN elaborou um guia com recomendações, “de modo a facilitar o desejável regresso à atividade normal das USF”, ainda que esse regresso se queira “progressivo, ponderado, consciente e seguro”.

**A** USF-AN recorda que as recomendações deverão ser adaptadas às realidades e até necessidades locais e regionais.

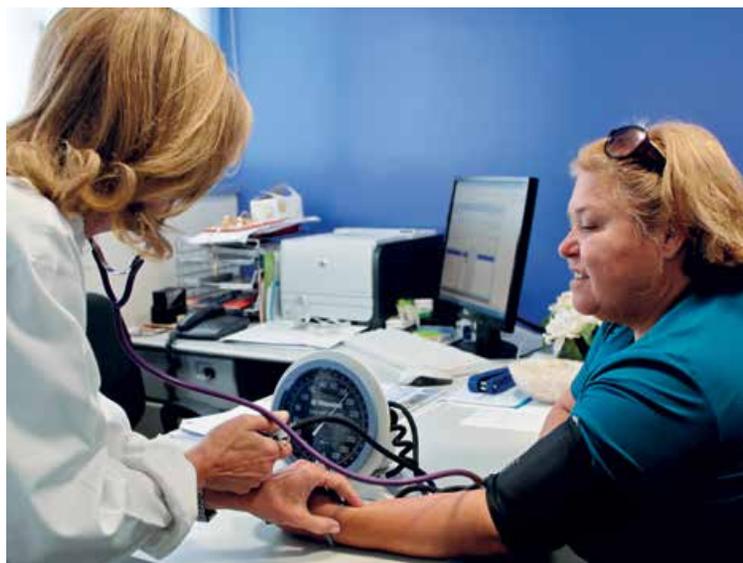
## COMUNICADO

### Otimizar circuitos dos utentes

- Manter circuitos distintos dos utentes e definir espaços próprios para encaminhamento e observação dos utentes, de forma a minimizar o contágio;
- Utes com sintomatologia respiratória suspeita de COVID-19, com encaminhamento e observação, exclusivamente, nas ADC;
- Sempre que possível, salas de espera divididas ou autónomas para resposta a agendamentos de Consulta aguda (CA), Consulta Programada e Saúde Infantil;
- Remover todo o material desnecessário dos consultórios, para evitar a contaminação e facilitar a higienização;
- Enviar email a todos(as) os(as) utentes explicitando todas as mudanças e alterações, tornando-os assim parte integrante da nova organização;
- Utes em contexto de Consulta Aguda (CA), sem sintomas respiratórios, devem ser observados na Unidade Funcional. O profissional, perante suspeita de COVID-19, que só tenha sido identificado no decorrer da consulta, por ex. pelo relato de contacto próximo com doentes COVID-19 ou presença de algum sintoma sugestivo, que não tenha sido valorizado pelo utente, deve solicitar a higienização da sala e trocar de EPI, cumprindo todos os procedimentos de remoção e triagem de resíduos.

### Horários

- As equipas devem reestruturar



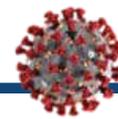
- os horários, com a devida flexibilidade, de modo a otimizar a gestão do espaço físico. Por exemplo: um esquema de 6h/dia na UF, dividindo as equipas por “turnos fixos” diminuindo a aglomeração, para minimizar risco de contágio e que pode ser complementado por “x” tempo dia em teletrabalho, para reduzir a afluência dos utentes no mesmo período;
- Programação das consultas no mínimo de 30 em 30 minutos, de modo a garantir o atendimento seguro e evitar atrasos e aumento do tempo dos utentes na sala de espera;
- Na troca de equipas, as Assistentes Operacionais/Equipas Limpeza devem higienizar toda a UF. Ao longo do dia, deve-se aumentar a frequência de limpeza, nas áreas de toque, como balcões, corrimãos das escadas, manípulos das portas, botões dos elevadores, quiosque eletrónico, mediante orientações e planos elaborados pelas equipas do PPCIRA e/ou USP;

### Reuniões/Sessões

- As equipas devem privilegiar videoconferência, quando estritamente necessário reunir em modo presencial, salvaguardando a distância de 2 metros entre os presentes e recorrer ao uso de máscara;
- Manter a distância social entre profissionais no espaço da UF (corredores, estacionamento, sala de “refeições”, etc.). Sugestões para o regresso da atividade programada (quando existir segurança);
- No regresso à atividade programada, devem os profissionais continuar a privilegiar a articulação/contacto com os utentes por via telefónica e/ou e-mail, promovendo ativamente os contactos indiretos;
- As equipas devem identificar estratégias que garantam o respeito rigoroso do horário da marcação, sem atrasos no atendimento presencial, recorrendo, como por exemplo à semelhança das ARS do Norte e Algarve, ao envio de SMS ou, caso não seja

possível, ao envio de e-mail ou contacto telefónico, recordando a hora de marcação, evitando aglomerados de pessoas nas salas de espera;

- As equipas devem iniciar um plano de vigilância em domicílio dos mais idosos, que continuarão a ter critérios mais restritivos de deslocações. Nesta atividade é recomendado o uso correto de EPI por parte dos profissionais para evitar a contaminação dos mais vulneráveis, bem como o uso de máscara pelos(as) utente(s);
- Todas as solicitações de marcação de consulta de Saúde de Adulto, não agudo, deverão ter contacto telefónico prévio por parte do MF (médico(a) de família) de modo a aferir a necessidade de consulta presencial;
- A equipas devem, nos grupos vulneráveis e de risco, definir prioridades, tais como descontrolo da patologia e/ou ausência de consulta no ano corrente, passando, proativamente, a convocar para consulta. Note-se que, apesar da situação de exceção, a condição de vulnerabilidade da criança não permite adiamento das consultas de vigilância e do PNV, priorizando as seguintes consultas: 1º ano de vida da criança, entre os 18 meses e os 24 meses e 5 anos. Na gravidez a vacinação contra a tosse convulsa não deve ser adiada para além das 28 a 32 semanas de gestação e no que toca à vigilância presencial não deverá faltar a primeira consulta de gravidez, na transição de trimestre da gravidez, na referência para a consulta hospitalar e na avaliação de intercorrências na gravidez em qualquer idade gestacional.



Dr. Luís Costa



## Cancro: Falta de diagnósticos durante a pandemia vai aumentar número de mortes

A mortalidade na área da oncologia vai aumentar nos próximos anos devido ao adiamento de diagnósticos, que resultou da luta contra a covid-19, alerta o oncologista Luís Costa.

Com o tema “SNS para além da covid-19”, a conferência juntou a presidente da Sociedade Portuguesa de Oncologia (SPO), Ana Raimundo, o presidente da secção regional do norte da Ordem dos Médicos (OM), António Araújo, e o presidente do Colégio de Oncologia Médica da OM, Luís Costa. Os três coincidiram nos avisos de que a atual pandemia de covid-19 levou ao cancelamento e adiamento de diagnósticos de cancro, que é mais facilmente tratável quando descoberto mais cedo. “Temos de retomar a

realização de exames auxiliares de diagnóstico, porque o diagnóstico em fases mais avançadas da doença é mais prejudicial”, disse Ana Raimundo, afirmando que houve serviços em que o diagnóstico foi reduzido em 80%.

Luís Costa salientou também que “no cancro é fundamental o tempo de diagnóstico e o tomar e cumprir decisões terapêuticas”, e avisou que não pode ser esquecido que “o cancro é mais letal que a covid-19”, concluindo que “a mortalidade por cancro vai aumentar devido à covid-19”,

porque os doentes vão aparecer em situações “mais avançadas”.

### “Cirurgias e consultas diminuíram para o mínimo”

E António Araújo acrescentou: “Houve uma travagem abrupta em todos os passos que dávamos. Consultas e cirurgias diminuíram para o mínimo, houve serviços que praticamente desapareceram, e isto tem um impacto muito grande no diagnóstico e tratamento”. Além de que, disse, os “diagnósticos (de cancro) tardios vão ter implicações no futuro” e ter “um impacto

muito grande na sobrevivência dos doentes”.

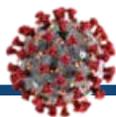
No final do debate o presidente da Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares (APAH), Alexandre Lourenço, lembrou que devido à covid-19 foi cancelada ou adiada 75% da atividade cirúrgica entre 15 de março e 15 de abril, o mesmo acontecendo com 60% a 70% das consultas externas. Agora, acrescentou, é preciso “estabilizar a rede covid-19” para que seja possível, gradualmente, aumentar a prestação de cuidados gerais.

Os participantes na iniciativa da OM e da APAH também concordaram que há sempre algo de positivo que se pode tirar de crises como a provocada pela pandemia de covid-19, como o uso mais intensivo da digitalização e das teleconsultas, que depois de passar a crise devem “ser mantidas sempre que possível”, disse Ana Raimundo.

E Luís Costa acrescentou a este respeito: “A covid-19 obrigou-nos a digitalizar” e na verdade um doente não tem de se deslocar ao hospital para saber o resultado de um exame. “Tem que se aproveitar o momento para se fazer esse salto”. E o momento, defenderam, deve ser também para se reorganizar serviços, de preferência em termos regionais, com os serviços de saúde a terem uma coordenação a nível regional porque não faz sentido “cada hospital por si”, como disse António Araújo.

Fazer percursos nos hospitais só para doentes oncológicos, criar espaços próprios para determinados exames complementares, para evitar aglomerações, investir no setor da anestesia ou haver lideranças clínicas fortes foram outras sugestões deixadas na conferência.

Mas foi a questão da falta de diagnósticos de cancro, provocada pela pandemia de covid-19, que mais preocupou os participantes. O impacto, disseram, ainda pode ser minimizado, mas a presidente da SPO falou já do desgosto que será daqui a alguns anos aumentar a mortalidade de doentes oncológicos. **SO/LUSA**



## DGS alertada para “pandemia de partos” agendados

A Associação pelos Direitos da Mulher na Gravidez alertou a DGS de que há grávidas a ser sujeitas a indução do trabalho de parto e a cesarianas sem indicação clínica devido à pandemia.

**N**uma carta enviada à DGS, a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP) refere que tem recebido relatos cada vez mais frequentes destas situações e pede que a DGS tome uma posição sobre este assunto. “Sabemos, concretamente, que há inúmeras instituições de saúde em que está a ser imposto às grávidas a realização do teste do novo coronavírus às 39 semanas de gestação e, caso seja positivo, estas são encaminhadas para outro hospital”, refere a associação. No caso de o teste ser negativo, “é proposta a indução do parto para o dia seguinte, mesmo sem outras razões médicas que justifiquem a antecipação do parto”. “Esta prática não é recomendada pela Organização Mundial de Saúde e não está isenta de riscos para a mãe e para o bebé, não se compreendendo, por isso, que esteja a ser aplicada de forma indiscriminada em tantas instituições de saúde”, adianta a APDMGP.

### Prática ocorre na Guarda, Vila Franca de Xira e Évora

Para a associação, existem “claros indícios” de que a cultura de agendamento de partos, que já se verificava em muitos contextos, se agravou agora, o mesmo se passando com as cesarianas, que “estão a ser agendadas de forma rotineira para as grávidas que testam positivo, nomeadamente nos hospitais da Guarda, de Vila Franca de Xira e de Évora”.

“Enquanto Associação, defendemos, claro, que a proteção adequada de profissionais de saúde não seja descurada”, mas “é ‘inaceitável’ que sob este pretexto sejam tomadas medidas que ‘desrespeitam os direitos da mulher na gravidez e no parto, contribuem para o recurso abusivo a intervenções obstétricas e ignorem as recomendações das autoridades de saúde internacionais’”. Para a APDMGP, é “um dever das autoridades de saúde dotar as mulheres, as famílias e os

profissionais de informação adequada e contextualizada, reduzindo os quadros de incerteza e desigualdade, e travar esta outra pandemia de partos agendados, seja por indução ou por cesariana, que atualmente se verifica”, lembrando que “a escolha é sempre da mulher, no pleno exercício dos seus direitos”.

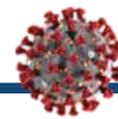
Sandra Oliveira, autora do livro “Nascer Saudável”, também alertou para o facto de haver hospitais a dizerem às grávidas que têm de fazer indução após o resultado do teste para garantir a não contaminação.

“Uma indução no momento errado pode levar dias e o mais provável é que termine em cesariana”, disse à Lusa Sandra Oliveira, defendendo que “se os profissionais de saúde estão protegidos com equipamentos de proteção individual e as grávidas nem têm uma incidência maior de infeção que a restante população, é um atentado à saúde das mulheres e bebés”.

Contactado pela Lusa, o secretário-geral da Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia, Diogo Ayres de Campos, afirmou que, “do ponto de vista científico não há justificação nenhuma para se estar a provocar o parto mais cedo por causa da infeção” pelo novo coronavírus, que provoca a doença covid-19.

Ao induzir o parto mesmo às 39 semanas corre-se “algum risco adicional”, disse o obstetra, explicando que “são partos mais prolongados, mais dolorosos e têm um risco acrescido em relação ao bebé”, nomeadamente baixa oxigenação.

“Nós tentamos sempre evitar induzir o trabalho de parto se não houver um motivo e aqui claramente não é um motivo que o justifique”, disse Diogo Ayres de Campos, adiantando que a covid-19 parece não afetar muito a gravidez nem o recém-nascido, “o que dá alguma tranquilidade”. **SO/LUSA**



# BCG pode facilitar “a montagem da resposta imunitária” contra a Covid-19

A vacina contra a tuberculose, administrada em Portugal apenas a crianças, pode dar alguma proteção contra o coronavírus.

**A** imunologista Ana Espada de Sousa, do Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, da Universidade de Lisboa, sustentou que a BCG, não sendo a solução, uma vez que “não é uma vacina contra o coronavírus”, pode vir a ser um possível tratamento para a covid-19 se for comprovado nos testes clínicos que ajuda a “eliminar mais rapidamente o vírus” ou a evitar as manifestações mais graves da doença.

Ana Espada de Sousa, que dirige o Laboratório de Imunodeficiências Humanas e Reconstituição Imunitária, salienta que a BCG “é uma das vacinas mais potentes a ativar” as células dendríticas.

Estas células constituem parte do sistema imunitário inato e processam os antígenos – substâncias introduzidas no organismo por vírus, bactérias, parasitas, fungos ou toxinas – que vão estimular a formação de anticorpos específicos capazes de neutralizar esses antígenos, travando a infeção.

São as células dendríticas que vão apresentar os antígenos às células especializadas do sistema imunitário: os linfócitos T, que “serão capazes de eliminar as células infetadas”, e os linfócitos B, que “produzem anticorpos contra o microrganismo infeccioso”.

Os anticorpos (glicoproteínas) são produzidos e expelidos pelas células plasmáticas – células que existem no soro sanguíneo e que foram geradas a partir dos linfócitos B – para responder a uma substância estranha ao organismo.

Neste sentido, de acordo com a investigadora Ana Espada de Sousa, a vacina BCG pode facilitar “a montagem da maquinaria

Prof.ª Ana Espada de Sousa



**BCG tem, por exemplo, um efeito protetor contra o vírus da febre-amarela, realça a imunologista Helena Soares**

Para a cientista, que lidera o grupo de investigação de Biologia Celular da Infeção Viral, “surge assim uma janela de oportunidade, ainda que pequena, de que a vacina BCG possa estar a proteger contra a infeção de SARS-CoV-2”.

“Pode conferir uma certa proteção, alguma proteção, não uma proteção total”, defendeu a imunologista Helena Soares, do Centro de Estudos de Doenças Crónicas (Cedoc) da Universidade Nova de Lisboa, assinalando que só uma vacina, que ainda não existe, poderá dar essa proteção total contra o SARS-CoV-2, muito embora não se saiba por quanto tempo.

Contudo, o que a vacina contra a tuberculose, vulgarmente conhecida como BCG, pode fazer é, segundo Helena Soares, “tornar a infeção” pelo novo coronavírus “menos severa”, ao “ativar o sistema imunitário inato”, aquele que responde de forma imediata a uma infeção causada por um vírus, uma bactéria ou um parasita sem saber de que vírus, bactéria ou parasita se trata, uma vez que é novo.

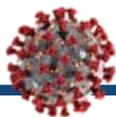
Ou seja, a vacina BCG tem um duplo efeito no sistema imunitário: além de induzir a produção de anticorpos contra a bactéria da tuberculose, a ‘Mycobacterium tuberculosis’ ou bacilo de Koch, gerando uma resposta imunitária mais rápida e específica contra a infeção, combatendo-a, também ajuda o sistema imunitário, numa resposta inicial, a agir contra um invasor, que reconhece, genericamente, como sendo uma bactéria ou um vírus, mas que desconhece qual é, porque, sendo novo, não tem memória dele.

No fundo, explicou Helena Soares, a BCG, apesar de ter

da resposta imunitária” contra uma infeção que aparece pela primeira vez, como a causada pelo novo coronavírus.

**“Pode conferir uma certa proteção, alguma proteção, não uma proteção total”**

Segundo a virologista Maria João Amorim, do Instituto Gulbenkian de Ciência, “há a correlação de que países sem implementação universal da vacina BCG, tal como a Itália, a Holanda e os Estados Unidos, estão a ser mais severamente afetados pela pandemia comparativamente a outros países em que a vacinação com a BCG está implementada”.



sido concebida especificamente para prevenir uma infeção bacteriana como a tuberculose, confere “uma proteção viral geral, embora limitada”.

A imunologista realça, a este propósito, citando estudos científicos, que a vacina BCG tem, por exemplo, um efeito protetor contra o vírus da febre-amarela.

Apoiando-se nas amplas potencialidades da BCG, cientistas na Holanda, Grécia, Alemanha, Reino Unido, França e Austrália vão testar a vacina em médicos, enfermeiros e idosos para verificar até que ponto pode prevenir ou mitigar os efeitos da infeção provocada pelo coronavírus da covid-19.

Os médicos e enfermeiros, por cuidarem de doentes, estão em risco acrescido de ser infetados pelo SARS-CoV-2, que se propaga facilmente.

Os idosos são mais vulneráveis à doença, nas suas manifestações mais graves, devido à fragilidade do seu sistema imunitário. A letalidade da covid-19 é prevalente nos idosos, sobretudo com doenças crónicas (cardiovasculares, respiratórias ou cancro) associadas.

Caso os ensaios clínicos sejam conclusivos e confirmem a proteção da BCG contra o novo coronavírus, ainda que parcial, ressalva a imunologista Helena Soares, o reforço da administração da vacina poderá ser uma opção profilática (depois de feito o teste à tuberculina) até ao aparecimento de uma vacina específica para o SARS-CoV-2, que, de acordo com as previsões mais otimistas, só deverá estar disponível dentro de ano e meio.

Em Portugal, a BCG deixou de ser dada, de forma universal, à nascença em 2017, passando a ser administrada a crianças de famílias com risco acrescido para a tuberculose ou que vivem numa comunidade com uma elevada incidência da doença.

Desde 2017 que a BCG não consta no Programa Nacional de Vacinação, em vigor desde 1965 e onde a vacina tinha sido incluída em passos sucessivos. **SO/LUSA**

# Excesso de mortalidade desde início da pandemia pode chegar aos 4 mil óbitos

São dados de um estudo publicado na Acta Médica. Autores comparam mortalidade de março e abril com os meses de férias.

**D**e acordo com o estudo, que analisou o período entre os dias 01 de março e 22 de abril, o número de mortes registado em Portugal pode chegar a um valor que representa quase cinco vezes mais do que os atribuídos à covid-19, que se fixavam em 928 [a 27 de abril], segundo os dados oficiais.

Os autores do trabalho, especialistas do Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública e do Instituto de Saúde Baseada na Evidência, da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, lembram que o excesso de mortalidade de março e de abril “não pode ser comparado com fevereiro, nem sequer com os anos homólogos, mas deve antes ter como referência os meses de férias”, em que há uma redução de atividade e circulação de pessoas e, logo, uma queda da mortalidade por acidentes de viação.

“O estado de emergência em que Portugal tem estado levou a várias medidas restritivas com impacto, por exemplo, na redução da mortalidade por acidentes de viação ou de trabalho e também a uma quebra no número de outras infeções características desta época do ano ou de alturas de menor isolamento social, que devem ser descontadas dos resultados analisados”, considera António Vaz Carneiro, um dos autores.

## “Mortes a mais identificadas é ainda maior do que se pensava”

Para Vaz Carneiro, “o número de mortes a mais identificadas é ainda maior do que se pensava, ao não se considerar esta quebra nos



Prof. António Vaz Carneiro

óbitos na estrada ou de trabalho”. Os dados agora divulgados são superiores aos estimados na semana passada no Barómetro Covid-19, da Escola Nacional de Saúde Pública, que apontou um excesso de mortalidade de 1.255 óbitos, mas apenas para o período entre 16 de março e 14 de abril.

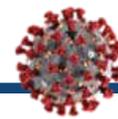
Para o trabalho agora publicado na Acta Médica, a revista científica da Ordem dos Médicos, os autores utilizaram bases de dados públicas para estimar o excesso de mortalidade por idade e região, entre os dias 01 de março e 22 de abril, propondo níveis ajustados ao período de estado de emergência em vigor. As conclusões apontam para um excesso de mortalidade entre 2.400 e 4.000 mortes.

Tal como no estudo da ENSP, este trabalho indica que o excesso de mortalidade se encontra sobretudo associado aos grupos etários mais idosos (idade superior a 65 anos). Os números absolutos indicam mais mortes nos distritos de Aveiro, Porto e Lisboa, o que está

em linha com as áreas com mais doentes diagnosticados com covid-19 e também com maior densidade populacional.

“Se a análise dos números for feita em termos relativos não há diferenças regionais significativas, ainda que se verifique uma tendência para maior excesso de mortalidade nos distritos mais envelhecidos”, sublinham. O estudo avança ainda alguns números preocupantes e que podem justificar estes óbitos em excesso: entre 01 de março e 22 de abril houve menos 191.666 doentes com pulseira vermelha nos hospitais, menos 30.159 com pulseira laranja e menos 160.736 com pulseira amarela.

Tendo como referência a mortalidade nas 24 a 48 horas após a admissão nos hospitais antes da pandemia, “estas quebras correspondem a um potencial de pelo menos 1.291 mortes, sendo 79 em doentes triados com pulseira vermelha, 1.206 com pulseira laranja e 6 com pulseira amarela”, indica.



SAÚDE ONLINE.TV



DR. RUI COSTA

## DPOC: A prática clínica em tempos de Covid-19

### Que recomendações considera decisivas os seus colegas passarem a doentes com DPOC?

Para os médicos, aquilo que poderei dizer é que o objetivo principal do tratamento da DPOC é obter e manter o controlo sintomático, assim como evitar o aparecimento de agudizações. São os dois aspetos fundamentais. Por isso, as pessoas com a doença obstrutiva crónica devem manter a sua medicação no controlo habitual, ou seja, manter a sua terapêutica broncodilatadora (imunoterapia ou dupla dupla broncodilatação).

Não devem, também, interromper a sua medicação inalada e os restantes medicamentos prescritos pelo seu médico, porque muitas vezes os doentes têm

comorbilidades associadas, e é importante estas doenças estejam igualmente controladas. **(continua no vídeo)**

### Sendo a técnica inalatória fundamental para o controlo da DPOC, como podem os médicos de MGF controlar esse processo à distância?

Uma vez que não há consulta presencial, a consulta não-presencial, ou seja a teleconsulta, é uma das opções. Temos cada vez mais de fazer uso das novas tecnologias, e uma vez que os pacientes tenham acesso a estas tecnologias podemos, no fundo, visualizar, ou pedir ao doente que nos exemplifique a utilização correta do seu dispositivo inalatório.

Essa é uma das formas que podemos usar para garantir que o doente não só faça o tratamento inalatório, mas que o faça corretamente, pois só assim é que consegue tirar proveito da medicação nesse dispositivo inalatório.

### Um estudo recente publicado no *European Respiratory Journal* sugere que os doentes com DPOC estão em maior risco devido ao elevado nível de ECA-II. Como comenta?

O que nós sabemos, e que é conhecido pela classe médica, é que o SARS CoV-2 usa a enzima conversora da angiotensina II como um recetor de entrada celular. Embora o vírus possa afetar indivíduos de qualquer idade, até ao momento, a maioria dos casos

graves foram descritos em doentes acima dos 55 anos e com comorbilidades significativas, tais como os doentes que têm DPOC. Este estudo transversal, no fundo, determinou se nestes doentes com DPOC há um aumento da expressão da enzima conversora da angiotensina II em células epiteliais brônquicas. **(continua no vídeo)**

Veja as respostas completas através do QR code ou no nosso site em [saudeonline.pt](http://saudeonline.pt)



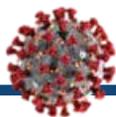
PUB

**Brimica**<sup>®</sup>  
**Genuair**<sup>®</sup>  
brometo de aclidínio + formoterol



A. MENARINI PORTUGAL

A MENARINI PORTUGAL-FARMACÉUTICA, S.A.  
Quinta da Fonte Edifício D.Manuel I, Piso 2-A  
Rua dos Malhados, n.º 2770-071 PAÇO DE ARCOS  
NIPC: 501 572 570  
T: 210 935 500 • F: 210 935 501  
[menparfarm@menarini.pt](mailto:menparfarm@menarini.pt)  
[www.menarini.pt](http://www.menarini.pt)



# Projeto MOVIDA acompanha à distância utentes em reabilitação cardíaca

Politécnico de Leiria manteve o programa MOVIDA.eros, uma parceria com o Centro Hospitalar de Leiria que permite a reabilitação dos utentes em recuperação de enfarte ou de cirurgia cardíaca.



**Dr. Alexandre Antunes**

Face ao atual cenário de pandemia, os utentes podem assim continuar o programa de reabilitação cardíaca em suas casas, sendo monitorizados através da Plataforma/App MOVIDA – MOnitorização da atIVIDADE física pelo médico, que vai interagindo e alterando a prescrição consoante o desempenho. O MOVIDA.eros foi desenvolvido

para ser utilizado por profissionais de saúde no âmbito dos programas de Reabilitação Cardíaca (RC). Trata-se de uma plataforma de prescrição e monitorização do exercício físico prescrito em programas de RC quando estão a ser realizados em ambulatório, e que é constituída por uma plataforma *web* de prescrição e por uma aplicação móvel. A comunicação entre estas componentes é bidirecional, permite reportar sintomas adversos, registar a frequência cardíaca e a perceção de esforço.

Alexandre Antunes, cardiologista do Centro Hospitalar de Leiria responsável pelo projeto de Reabilitação Cardíaca, destaca que «a prescrição MOVIDA é uma mais-valia preciosa nestas circunstâncias de isolamento social devido à pandemia da COVID-19, pois permite apoiar à

distância os doentes e mantê-los motivados para a prática regular de exercício físico, crucial na patologia cardíaca estável».

«De facto, a atividade hospitalar de Reabilitação Cardíaca fase II presencial está no momento suspensa, mas, quer os doentes atualmente nessa fase, quer os doentes já em fase III que foi possível incluir no projeto MOVIDA Eros, continuam com prescrições ativas, e grande parte deles bastante cumpridores», revela.

A plataforma MOVIDA – MOnitorização da atIVIDADE física – implementa um programa de *eHealth* na comunidade que prescreve atividade física e faz a monitorização do progresso do utilizador. A atividade física prescrita é individualizada, como se de uma receita se tratasse, e é recebida na *app* do utilizador, para que a possa realizar

de uma forma acompanhada. A RC é uma intervenção multifatorial e abrangente na prevenção secundária, projetada para limitar os efeitos fisiológicos e psicológicos da doença cardiovascular, controlar os sintomas e reduzir o risco de eventos cardiovasculares futuros.

A plataforma é constituída por uma interface *web* de prescrição – dinamizada por profissionais de saúde – e por quatro aplicações móveis (vacionadas para a reabilitação cardíaca, doenças crónicas, hábitos de vida saudáveis e monitorização de rotinas), sendo que a comunicação entre as *app* e a interface é completamente autónoma: a realização ou não cumprimento do exercício proposto é registada na plataforma do prescriptor, assim como este pode fazer alterações à prescrição, que ficam imediatamente disponíveis na *app* do utilizador. **SO/LUSA**

## Hospital de São João implementa sistema de telerreabilitação para doentes com AVC

Sistema de telerreabilitação destina-se aos doentes que tiveram um AVC e que, devido à covid-19, ficaram impossibilitados de ter fisioterapia e reabilitação.

“Em relação ao doente com AVC, o hospital continua a ter todo o tratamento da fase aguda, mas depois da alta hospitalar, a maior dificuldade é que o doente com AVC seja capaz de ter o apoio de fisioterapia e reabilitação”, afirmou Elsa Azevedo, diretora do serviço de neurologia do Hospital de São João. Em declarações à Lusa, a especialista explicou que o projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa Gulbenkian Soluções Digitais Covid-19, visa por isso implementar um sistema de “telerreabilitação

por videoconsulta personalizado de acordo com as necessidades de cada doente”.

Nesse sentido, o serviço de neurologia e de medicina física e reabilitação do hospital estão já a selecionar os doentes que estão ou estiveram internados e que podem vir a beneficiar com este programa, sendo que o doente, para aderir ao mesmo, tem de “ter um computador ou ‘tablet’ que permita a visualização no domicílio”. Paralelamente, o hospital vai também desenvolver um ‘site’, onde serão disponibilizados conteúdos

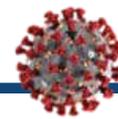


**Prof.ª Elsa Azevedo**

que permitam ao doente fazer alguns exercícios e práticas “fora do contacto por videoconsulta”.

“Vamos ter conteúdos não só informativos, mas também de incentivo a alguma reabilitação autónoma ou até mesmo com a ajuda de um familiar ou cuidador”, explicou Elsa Azevedo.

Durante os três meses, a equipa de especialistas, que integra, entre outros profissionais, fisioterapeutas e terapeutas da fala, vão também fazer “escaladas neurológicas” por forma a avaliar o estado evolutivo de cada doente.



# Covid-19. Curry Cabral monitoriza doentes a recuperar em casa

Hospital vai usar telemóveis e sensores especiais que transmitem informação em tempo real sobre o estado de saúde dos doentes, diz o diretor do Serviço de Infeciologia.

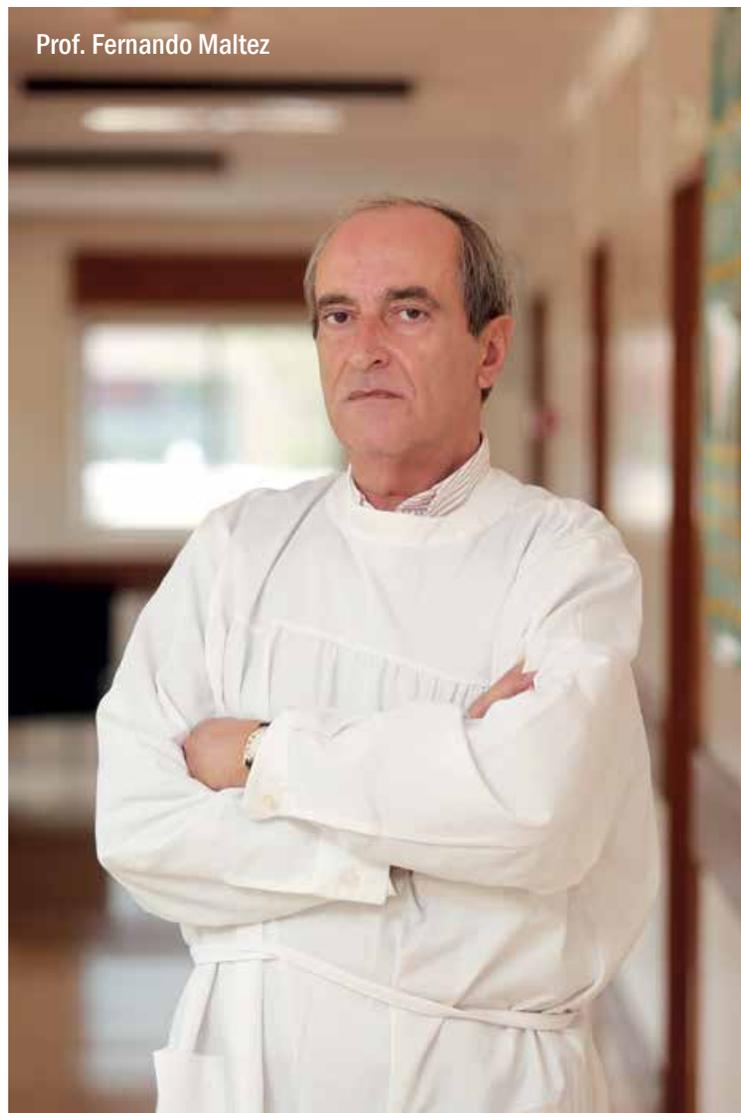
O projeto arrancou a 20 de abril com 10 doentes que estiveram internados e que “têm critérios clínicos para alta, mas que ainda não têm os critérios de cura, o que implica um acompanhamento ainda por alguns dias no domicílio”, revelou à agência Lusa o diretor do Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Curry Cabral, Fernando Maltez.

Para cada doente, é necessário um ‘kit’ que engloba sensores com alguns parâmetros, um telemóvel que está em ‘bluetooth’ com esses sensores, sendo a informação enviada para uma central que está no Serviço de Doenças Infecciosas, explicou o infeciologista.

“É um projeto relativamente novo em Portugal que já estava a ser seguido pelo Serviço de Cardiologia do Hospital Santa Marta, do Centro Hospitalar de Lisboa Central, e que agora vai ser adaptado ao Serviço de Doenças Infecciosas no sentido de monitorizar à distância doentes infetados por esta nova doença e que estão em hospitalização domiciliária”, sublinhou.

## Santa Marta já usa sistema há dois anos

O diretor do Serviço de Cardiologia do Hospital de Santa Marta, Rui Cruz Ferreira, disse por seu turno à Lusa que este sistema é utilizado há dois anos no seu serviço para acompanhar a evolução dos doentes com insuficiência cardíaca, que exigem cuidados constantes. “Nós pensámos que podíamos, atendendo à atual situação,



Prof. Fernando Maltez

extrapolar um bocadinho e utilizar [o sistema] noutras situações”, nomeadamente na Infeciologia, uma vez que “grande parte” das situações dos doentes infetados com o novo coronavírus (SARS-CoV-2) seguem a sua evolução e a sua recuperação no domicílio”, afirmou Cruz Ferreira. Para isso, explicou, foram feitas

“umas ligeiras alterações” nos sensores utilizados para incluir a componente saturação periférica de oxigénio, que “vai dar o indicador preciso de forma a detetar as situações de falta de ar”.

Além da saturação periférica de oxigénio, é também acompanhada a frequência cardíaca e a temperatura do doente,

possibilitando desta forma detetar precocemente qualquer agravamento clínico, disse o cardiologista, explicando que, para cada doente, são definidos alarmes específicos.

O infeciologista Fernando Maltez acrescentou que o sistema permite de “uma forma fácil, acessível, ter uma avaliação da situação clínica dos doentes”, perceber se têm necessidade de voltar para o hospital, se estão bem no domicílio ou se requerem algum cuidado extra ou algum medicamento.

Segundo Fernando Maltez, “é um sistema inovador” na área da Covid-19, que só estará a ser aplicado na Austrália, nos Estados Unidos e na Irlanda.

“Em Portugal, nós seremos o primeiro serviço a recorrer a este sistema de vigilância”, salientou.

Com este sistema será “mais fidedigno” o acompanhamento dos doentes, porque os médicos não ficam limitados a uma informação telefónica e, por outro lado, os doentes têm uma “sensação de maior segurança” e de “maior qualidade no acompanhamento clínico que lhe está a ser prestado”.

Questionado sobre se o Curry Cabral tem conseguido dar resposta a todos os casos de Covid-19, Fernando Maltez afirmou que, até ao momento, sim.

“Até ao momento, felizmente, ainda não há sobrelotação dos serviços, temos conseguido gerir com alguma folga todos os doentes, toda a procura de internamento e toda a procura de internamento em cuidados intensivos”, disse, rematando: “eu diria que neste momento estamos confortáveis”. **SO/LUSA**

# SKUDEXA<sup>®</sup>

Cloridrato de Tramadol + Dexcetoprofeno



Associação  
de Dose Fixa  
para dor  
aguda moderada  
a grave<sup>1</sup>

**Analgesia multimodal eficaz e alívio rápido  
da dor aguda num único comprimido<sup>2-4</sup>**



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 participado. IECRCM inclusas. RCM disponível a pedido. Para mais informações contactar o Titular da Autorização de Introdução no Mercado.  
INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS: Tratamento sintomático de curta duração da dor aguda moderada a grave em adultos cuja dor requeira uma associação de tramadol e dexcetoprofeno<sup>1</sup>  
POSOLÓGIA: A dose recomendada é de um comprimido por dia. Se necessário, podem ser administradas doses adicionais com um intervalo mínimo de 8 horas.<sup>1</sup>

#### 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 requeira 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





PROF. LUÍS VARANDAS

## “Se não vacinarmos, as doenças infecciosas vão reemergir”

“Os serviços de saúde estão organizados para garantirem uma separação entre os doentes Covid e os não-Covid. O risco é muito baixo e os benefícios da vacinação são muito altos”, diz o Prof. Luís Varandas, pediatra e membro da Comissão de Vacinas da SPP.

### Qual a importância da vacinação em idade infantil?

É fundamental. Esta pandemia já está a ter consequências, nomeadamente, soube-se hoje [terça-feira] com o aumento dos casos de sarampo. As doenças infecciosas contra as quais vacinamos em Portugal (de entre as quais, o sarampo é a mais mediática) não desapareceram, não estão eliminadas. Se não vacinarmos, vão reemergir.

Para além do sarampo, falamos de doenças como a tosse convulsa, a meningite meningocócica ou pneumocócica. Os agentes que as causam (bactérias ou vírus) continuam a existir na comunidade. Isto significa que, se a taxa de imunização baixar, vamos ter muito mais pessoas suscetíveis à infeção e daí ser mais provável ocorrerem surtos.

O sarampo, que é uma doença altamente contagiosa, tem vindo a reemergir na Europa, a tosse convulsa nunca desapareceu totalmente.

Começámos a vacinar grávidas há uns anos para proteger os casos mais graves de tosse convulsa em bebés.

Agora, se deixarmos de vacinar grávidas e recém-nascidos, vamos ter uma janela muito longa para o surgimento de tosse convulsa, sarampo, etc.

### Quais são as recomendações relativas à vacinação neste quadro de pandemia?

A recomendação geral é a de manter o esquema de vacinação proposto pelo Plano Nacional de Vacinação, nas datas que o PNV propõe. Portanto, são para manter as vacinações dos 2, 4, 6 e 12 meses. É fundamental. A doses dos 18 meses e dos 5 anos são doses de reforço e essas podem atrasar-se um pouco. Quem tem vacina para fazer aos 18 meses, se fizer aos 19 não traz grandes problemas. Obviamente que não é benéfico que se atrase muito essa dose de reforço.

### No que diz respeito às doses no primeiro ano de vida, se estas não forem administradas, perde-se a oportunidade?

Se não se fizer a vacina aos 6 meses e se fizer aos 8, não há que repetir todas as doses anteriores. O que acontece é que, quando a criança não faz as doses no *timing* adequado, não fica protegida.

### Em relação às vacinas que não se incluem no PNV, como a do rotavírus, estas devem continuar a ser feitas também?

Sem dúvida, nenhuma vacina é dispensável. Ao contrário, por exemplo, da vacina contra a meningite B, a vacina do rotavírus não pode ser atrasada. A primeira dose tem de ser dada até aos 3 meses e a última até aos 6 meses. Se a primeira dose não for feita antes dos 3 meses, já não se poderá fazer mais tarde. É essa a recomendação internacional.

### O risco de não vacinar é sempre superior mesmo perante a atual pandemia?

Claramente. Os serviços de saúde estão organizados para garantirem uma separação entre os doentes Covid e os não-Covid. As crianças que vão ser vacinadas vão para um circuito não-Covid, em que a vacinação é feita por marcação, há um número limitado de pessoas na sala de espera. O risco é muito baixo e os benefícios são muito altos. Sem dúvida que se justifica que as crianças continuem a ser vacinadas.

### Que papel podem ter os médicos no apelo à vacinação?

Têm de ter um discurso positivo de apelo à vacinação, explicando às pessoas que temos muitas vantagens em vacinar. O risco é mínimo. Há coisas que não podemos deixar de fazer.

### Tem sido levantada a hipótese de poder existir uma relação entre a vacina BCG e a Covid-19? Parece-lhe que se pode fazer essa associação?

Quando há algo que não percebemos tentamos inventar muitas teorias para o explicar. Esta é mais uma teoria mas, nesta altura, é pura especulação. Não quer dizer que daqui a uns meses, eu não possa estar a dizer o contrário se algum estudo surgir a mostrar uma relação. Mas, nesta fase, é especulativo.

Há muitos fatores que influenciam a infeção por Covid-19. Alguém acha que Portugal teve melhores resultados do que Espanha [no combate à pandemia] por causa da BCG? A verdade é que nós tomámos medidas que os espanhóis tomaram mais tardiamente ou não tomaram.

A própria OMS não aceita essa relação e não há uma recomendação formal para usar a BCG no combate a outras doenças. **TC/SO**

DR<sup>a</sup>. ISABEL SARAIVA

# Vacina antipneumocócica reduz em 73% risco de internamento por pneumonia

A Dr<sup>a</sup>. Isabel Saraiva, fundadora do Movimento Doentes pela Vacinação, defende a gratuitidade da vacina contra a pneumonia para os maiores de 65 anos. Apenas metade dos médicos recomenda a vacina, lamenta.

**Qual a importância da vacinação antipneumocócica, até tendo em conta o cenário de pandemia que atravessamos?**

A vacinação antipneumocócica protege-nos de formas graves e potencialmente fatais de doença pneumocócica como é o caso da Pneumonia, da Meningite ou da Septicémia. A pandemia que vivemos atualmente veio reforçar ainda mais a nossa fragilidade perante este tipo de acontecimentos.

E se é um facto que a vacina antipneumocócica não tem ligação ao coronavírus, a realidade também nos mostra que, se contrairmos uma Pneumonia, uma Meningite ou uma Septicémia nesta altura, a recuperação estará dificultada. Não nos esqueçamos de que existe uma elevada sobrecarga dos serviços de saúde e de que os equipamentos disponíveis poderão não ser suficientes. Para o coronavírus ainda não temos, vacina, mas felizmente ela é uma realidade no caso de outras doenças como a Pneumonia. Apostemos na sua prevenção.

**Que grupos devem fazer a vacina?**

Entre os mais vulneráveis à Pneumonia, temos os que se encontram mais fragilizados pelo seu sistema imunitário: extremos das idades (crianças e pessoas a partir dos 65 anos), e adultos com doenças crónicas como diabetes, asma, DPOC e outras doenças respiratórias crónicas, doença cardíaca, doença hepática crónica, doentes oncológicos, portadores de VIH e doentes renais. São considerados grupos de risco e devem estar particularmente protegidos. Existe, inclusivamente, desde junho de 2015, uma Norma da Direção Geral da Saúde que recomenda a vacinação antipneumocócica a todos os adultos pertencentes aos grupos de risco.

**Em que moldes a vacina deve ser administrada, por exemplo em que período do ano?**

Tal como a Pneumonia não é sazonal – existem casos ao longo de todo o ano – também a vacinação antipneumocócica pode ser realizada em qualquer altura. E se no caso das crianças e de alguns grupos de risco está



em PNV, obedecendo naturalmente a um esquema vacinal, no caso dos adultos tem a vantagem de ser toma única. Ou seja, basta uma dose para ficar protegido contra as principais formas de doença pneumocócica, ao longo da vida.

**A vacina é gratuita para os grupos de risco? Onde pode ser administrada?**

A vacina é gratuita e está em PNV para crianças e para alguns grupos de risco, segundo a Norma 011/2015 da Direção Geral da Saúde. Para a restante população tem uma participação de 37%. A sua eficácia está

comprovada em todas as faixas etárias, incluindo na prevenção das formas mais graves da doença. Uma das nossas “batalhas” é conseguir estender a sua gratuitidade a partir dos 65 anos, medida que beneficiaria cerca de 21% da população e que reduziria os custos fixos com a doença: só em internamentos por Pneumonia gastamos uma média de 80 milhões de euros por ano.

**Qual é a taxa de eficácia conhecida desta vacina? Existem estimativas sobre o número de, por exemplo, infeções respiratórias graves ou internamentos**

**que evita em Portugal a cada ano?**

Segundo um estudo recente que avaliou a eficácia da vacina antipneumocócica conjugada 13 valente na população adulta, o simples ato de imunização pode reduzir o risco de hospitalização por pneumonia em 73%. Esta redução nos internamentos leva-nos a crer que a imunização pode prevenir milhares de hospitalizações, absentismo e, no limite, as irreversíveis mortes.

**Qual a adesão dos doentes de risco à vacinação?**

No ano passado o MOVA avaliou as percepções da comunidade sobre vacinação, através de um inquérito aos nossos seguidores e seus contactos. Os resultados falaram por si: começamos, como comunidade, a ter uma boa consciência da importância da vacinação, não só nos mais novos, mas em todas as faixas etárias. Continua a haver, no entanto, algum desconhecimento entre quem devia estar mais informado, no caso, os grupos em maior risco. Entre os inquiridos mais vulneráveis à Pneumonia (quem sofre de doenças crónicas como diabetes, asma, DPOC, doença respiratória crónica, doença cardíaca, doença hepática crónica, é doente renal ou portador de VIH ou tem mais de 65 anos), apenas 44,62% tinha sido aconselhado pelo seu médico a vacinar-se contra a doença. 55,38%, apesar de ter maior probabilidade de a contrair, não tinha sido aconselhado.

**Os médicos têm um papel importante no aconselhamento para a toma da vacina. Ainda existe alguma desvalorização/não aconselhamento da parte dos médicos?**

Os profissionais de saúde são fundamentais na divulgação da informação e no aconselhamento da vacinação. Mais do que os constrangimentos económicos, que existem naturalmente, diferentes estudos como o PneuVUE® mostram que a falta de informação é a principal causa apontada para a baixa taxa de imunização contra a pneumonia. Segundo o PneuVUE®, em Portugal, 84% dos vacinados contra a pneumonia afirmaram tê-lo feito no seguimento de aconselhamento médico, o que reforça a importância da educação pelos profissionais de saúde na proteção dos grupos de risco. O mecanismo que mais frequentemente conduz à vacinação contra a pneumonia é a recomendação pelo médico. Dos inquiridos vacinados contra a pneumonia, 71% indicaram recomendação pelo médico de Medicina Geral e Familiar, e 20% foram aconselhados por outro médico especialista. Por outro lado, 55% das pessoas que ainda não tinham feito a vacina indicaram a falta de indicação pelo médico como o principal motivo.



# Vacinação está em queda. Risco de um surto de sarampo é real

Portugal já regista tantos casos como em quase todo o ano passado e na Europa o surto começa a formar-se. Médico Rui Nogueira reforça que existem circuitos separados nos centros de saúde.

**É** uma das consequências do novo coronavírus: a vacinação regular está em queda, o que pode aumentar o risco de surtos de outras doenças, a juntar à pandemia de Covid-19 que já grassa pela Europa. O Centro Europeu de Prevenção e Controlo de Doenças (CDC) deixa o aviso e alerta para o risco de surgir um surto de sarampo a nível europeu. Portugal registou 7 casos de sarampo entre o início do ano e final de fevereiro, quase tantos quantos os que foram diagnosticados em todo o ano passado, avança o Jornal de Notícias. Com receio de contraírem a infeção por Covid-19, os pais vão adiando a deslocação aos centros de saúde, onde os filhos deveriam ser vacinados. Este comportamento levou a uma diminuição drástica da administração da VASPR (vacina contra o sarampo), que é dada em duas doses: uma aos 12 meses e outra aos 5 anos. Só entre 15 de março e 15 de abril, foram administradas em Portugal menos 13277 doses desta vacina. “O combate à Covid-19 está a afetar a vacinação das crianças conduzindo ao atraso e à interrupção do cumprimento dos planos de vacinação”, refere o CDC, num relatório publicado

a 18 de abril. Há países europeus que já têm centenas de casos registados em 2020. A Roménia conta com 793 casos até abril; a Bulgária regista outros 233 e a França já ultrapassou as 160 infeções (só até fevereiro). Ao todo, a Europa já tem quase 1500 casos mas as consequências da falta de vacinação ainda não refletem nos dados disponibilizados pela maioria dos países, pelo que se espera que as infeções já estejam numa trajetória galopante. “É maior o risco de não tomar a vacina do que o risco de contágio porque os doentes com sintomas respiratórios estão separados dos restantes doentes. Têm circuitos separados” explica Rui Nogueira, presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. Quando a pandemia de Covid-19 amenizar e os centros de saúde retomarem a atividade sem constrangimentos, estará tudo preparado para vacinar em segurança as pessoas que agora não se deslocam ao centro de saúde. “Os serviços estão a listar todas as pessoas com as vacinas em atraso e vão convocá-las, de forma organizada, para não haver aglomeração nas salas de espera”, garante Teresa Fernandes, coordenadora do Plano Nacional de Vacinação. **TC/SO**

# 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



Apesar da pandemia de Covid-19, que levou o GINA a suspender, este ano, as comemorações do Dia Mundial da Asma, o SaúdeOnline traz-lhe um dossier especial com entrevistas e artigos de opinião de médicos especialistas sobre o panorama atual de combate à doença, terapêuticas, *guidelines* e impacto da Covid-19.

Dr. José Alberto Ferreira:

## “Coronavírus pode aumentar risco de agudização da asma”

No atual contexto de pandemia, “os asmáticos precisam ter mais cuidado, pois qualquer infeção respiratória pode desestabilizar a sua asma”. O vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) e co-coordenador da Rede de Especialistas em Asma Grave (REAG) alerta ainda para que “se evitem os nebulizadores sempre que possível, pelo risco de disseminação de vírus para outros doentes e profissionais de saúde”.

**D**e que forma a pandemia alterou a celebração do Dia Mundial da Asma?

Dr. José Alberto Ferreira - O Dia Mundial da Asma é um evento anual comemorado desde 1998, organizado pelo “*Global Initiative for Asthma*” (GINA) e ao qual a Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) se associa, que tem por objetivo chamar a atenção para esta doença, em todo o mundo.

O objetivo destas campanhas é sensibilizar a população para a necessidade de conhecer a asma e as suas complicações, procurando melhorar a adesão ao tratamento e parar a evolução da doença.

Celebra-se anualmente na primeira terça-feira do mês de maio, que este ano seria no dia 5 de maio. Digo “seria”, porque este ano, dada a pandemia em que vivemos, o *board* do GINA decidiu adiar a iniciativa para data a definir.



Dr. José Alberto Ferreira

O tema proposto pelo *Global Initiative for Asthma* para 2020 é “*Enough Asthma Deaths*”. Qual é a situação em Portugal?

A asma é uma doença crónica frequente e potencialmente grave, que afeta crianças e adultos. Não tendo cura, pode ser controlada. É uma doença subdiagnosticada e subtratada que afeta mais de 300 milhões de pessoas em todo o mundo. Estima-se que em Portugal a asma afete cerca de 700 mil residentes (6,8% da população), e que existam cerca de 175 mil crianças/adolescentes asmáticos em Portugal (8,4% das crianças tem asma).

De acordo com os dados nacionais, cerca de metade das pessoas com asma não tem a sua doença controlada. Um dos maiores obstáculos para alcançar o controlo resulta do facto da grande maioria dos doentes não controlados (9 em cada 10) achar que está bem. A não adesão ao tratamento e a utilização incorreta dos dispositivos inalatórios, conduzem à ausência de controlo.

Os dados relativos à mortalidade por asma

em Portugal mostram que, desde 1980, a taxa de mortalidade diminuiu ao longo dos anos para cerca de 1/6. Esta redução estará associada a alterações significativas em termos de tratamento, com maior recurso ao uso de corticoides inalados na terapêutica de controlo. Em Portugal, o número de óbitos por asma é baixo, sendo a taxa de mortalidade semelhante à dos países com os melhores indicadores de saúde.

Apesar de baixo, é preciso salientar que a maioria destas mortes poderia ter sido evitada com o reconhecimento atempado da gravidade da situação e com o tratamento controlador adequado que impedisse a perda de controlo da asma.

### Qual o impacto de uma eventual infeção pelo SARS-CoV-2 num doente com asma e quais os fatores a que os profissionais de saúde devem estar especialmente atentos?

Os dados atuais sobre a doença não parecem indicar que ser alérgico ou asmático acarrete um risco aumentado de contrair infeção por coronavírus. O sistema imunológico de uma pessoa alérgica funciona como o de uma pessoa não alérgica no que diz respeito à sua função de defesa contra microrganismos.

Os asmáticos precisam de ter mais cuidado, pois qualquer infeção respiratória pode desestabilizar a sua asma. O coronavírus pode induzir um maior grau de inflamação nas vias aéreas e, por consequência, aumentar o risco de agudização da asma.

No doente asmático, a minha primeira chamada de atenção irá para a necessidade do cumprimento escrupuloso do tratamento prescrito pelo médico para manter a asma sob controlo. Fazer o tratamento de forma irregular ou interrompê-lo porque está assintomático poderá fazer aumentar a inflamação brônquica, levando à perda de controlo da asma. O asmático deve ser mais vigilante e disciplinado com as medidas gerais de prevenção do contágio por coronavírus: lavagem frequente das mãos, evitar tocar no nariz e nos olhos, manter o distanciamento social, em especial com pessoas que apresentem sintomas de infeção respiratória (por menor que seja) e o

uso de uma máscara se precisar frequentar áreas de maior risco.

### O controlo da asma, evitando as exacerbações, é uma das principais preocupações dos profissionais de saúde. Qual a melhor estratégia para lidar com este problema? O que dizem as *guidelines*?

As *guidelines* do GINA dão ênfase a duas vertentes: a necessidade de se atingir um bom controlo dos sintomas que possibilite manter uma vida normal e, de igual forma, minimizar o risco futuro de mortalidade, de exacerbações, da limitação persistente do fluxo da via aérea e dos efeitos laterais do tratamento. Para atingir esses objetivos, é preciso que haja uma parceria entre o doente e os

### O *board* do GINA publicou um *update* das *guidelines* aconselhando os asmáticos a continuarem a tomar os medicamentos prescritos para asma, particularmente corticoides inalados (ICS) e corticoides orais (OCS)

profissionais de saúde, estabelecer com este quais são seus próprios objetivos em relação à asma, através de estratégias de comunicação adequadas, considerando o sistema de assistência médica, a disponibilidade de medicação, as preferências culturais e pessoais e conhecimentos de saúde.

Atendendo à pandemia em que vivemos, no início deste mês o *board* do GINA publicou um *update* das *guidelines* aconselhando os asmáticos a continuarem a tomar os medicamentos prescritos para a asma, particularmente corticoides inalados (ICS) e corticoides orais (OCS) prescritos pelo seu médico, pois a interrupção dos ICS pode levar a um agravamento potencialmente perigoso da asma. Os doentes com asma grave devem continuar a terapêutica com agentes biológicos.

É ainda importante que os asmáticos tenham um plano de ação escrito com instruções sobre como fazer:

- o aumento da medicação de controle e alívio quando a asma piora;
- um curso curto de OCS nas exacerbações graves de asma;
- quando procurar ajuda médica.

Alerta, ainda, para que se evitem os nebulizadores sempre que possível pelo risco de disseminação de vírus para outros doentes e profissionais de saúde. O inalador pressurizado através de uma câmara expansora deve ser preferido durante exacerbações graves, com bocal ou máscara facial, se necessário. Também exames respiratórios com a espirometria ou mesmo o uso do *peak-flow* estão desaconselhados pelo risco de disseminação de partículas víricas, expondo profissionais e outros doentes a riscos desnecessários.

### Que mensagem gostaria de deixar, na qualidade de vice-presidente da SPAIC, nesta data tão significativa?

Nesta etapa tão conturbada da nossa vida, quero deixar uma mensagem de tranquilidade e de esperança aos doentes com asma.

O cumprimento da medicação prescrita para a asma é essencial para que possam manter o controlo da doença. E não há necessidade de haver receios, uma vez que os tratamentos disponíveis são muito seguros.

**GIBITER®**  
**Easyhaler®**  
Budesonida / Formoterol



A. MENARINI PORTUGAL

A. MENARINI PORTUGAL-FARMACÉUTICA, S.A.  
Quinta da Fonte, Edifício 2, Manuel I, Piso 2.º  
Rua dos Malhões, nº1, 2770-071 PACO DE ARCOS  
NIPC: 501 972 570  
T: 210 935 500 • F: 210 935 501  
menport@menarini.pt  
www.menarini.pt

Dra. Rita Gerardo

# Cerca de 40% dos doentes não têm a asma controlada

“Obter o controlo da asma é um dos grandes, senão o maior, desafio do tratamento da asma desde há muitos anos”. Na perspetiva da coordenadora da Comissão de Alergologia Respiratória da Sociedade Portuguesa de Pneumologia “a educação do doente é essencial para melhorar a adesão à terapêutica”.

**Q**uais são as principais preocupações da Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP) relativamente aos doentes com asma no atual contexto de pandemia?

Dra. Rita Gerardo - Não divergem muito das que existiam antes da pandemia: manter a asma controlada. Não existe, até ao momento, evidência de os doentes com asma apresentarem maior risco de contrair a doença. Ressalva-se, no entanto, que a infeção por SARS-CoV-2 num doente com asma não controlada poderá apresentar uma evolução clínica mais grave ou de mais difícil resolução. Para manter a asma controlada, o doente deverá cumprir a medicação prescrita pelo seu médico assistente e estar atento ao surgimento de sintomas (dispneia, pieira, tosse, sensação de opressão torácica) não controlados pela medicação habitual. Nessa situação, a medicação deverá ser otimizada: quer pelas indicações do plano de ação escrito da asma quer, na ausência deste, pelo contacto com o seu médico.

Apesar de alguns receios iniciais, não está demonstrado maior risco de contrair a Covid-19 em doentes sob corticoterapia inalada ou sistémica, pelo que esta terapêutica deverá ser mantida. Não obstante a necessidade de corticoterapia sistémica denotar a presença de asma grave ou de difícil controlo, logo, doentes com necessidade de contacto mais próximo e mais frequente.

Os doentes com asma, à semelhança da restante população, deverão adotar as medidas indicadas pela Direção-Geral da Saúde no que concerne à prevenção da infeção: permanecer em casa, usar máscara de proteção nas saídas até locais com maior aglomeração de pessoas, lavar/desinfetar frequentemente as mãos, não tocar na boca, nariz ou olhos, nem na máscara, adotar medidas de etiqueta respiratória.



**Que mensagens-chave gostaria de deixar aos seus colegas, nomeadamente aos médicos de família, num momento em que os doentes crónicos podem correr o risco de ficar em segundo plano pela premência de lutar contra a pandemia?**

O doente com asma deverá manter o seguimento habitual e regular com o objetivo de manter a sua doença controlada.

Se, neste momento, não são possíveis as consultas presenciais, a teleconsulta é uma boa alternativa. Os cuidados de saúde primários (CSP) têm vindo a organizar-se, desde o início da pandemia, pelo que atualmente é possível manter a consulta dos doentes crónicos, mesmo que não presencialmente. Até ao momento, devem evitar-se idas aos hospitais/CSP. No entanto, perante casos agudos ou de agudização, os doentes deverão poder aceder facilmente aos cuidados médicos.

**Estima-se que cerca de 40% dos doentes não estão controlados. Isso implica maior risco para estes**

**doentes num contexto dito “normal”? E no contexto atual?**

A presença de asma não controlada aumenta o risco futuro de desenvolver agudizações, obstrução fixa da via aérea e de efeitos adversos da medicação. Um dos fatores desencadeantes de agudizações são as infeções, nomeadamente as provocadas por vírus.

O nível de controlo dos sintomas deve ser avaliado em todas as oportunidades. Dadas as características clínicas da asma, com sintomas que variam em intensidade e ao longo do tempo, o nível de controlo avaliado pelo doente, de forma subjetiva, poderá ser interpretado de forma errada. Dentro dos cerca de 40% de doentes com asma não controlada, até aproximadamente 88% consideravam ter a sua doença controlada, de acordo com o Inquérito Nacional de Controlo da Asma. Estes números são preocupantes, uma vez que mostram desconhecimento e/ou deficiente perceção dos objetivos em relação ao tratamento da asma.

No contexto atual de pandemia e dado o maior risco de agudizações, nomeadamente desencadeadas por infeções virais, o nível de controlo da asma deverá ser sempre avaliado, quer pelo doente quer pelo seu médico assistente.

**O que é preciso fazer para diminuir o número de doentes não controlados e as exacerbações?**

A percentagem de doentes não controlados e de agudizações da asma é elevada no nosso país, como no resto do mundo. Os valores nacionais e internacionais são relativamente sobreponíveis.

Obter o controlo da asma é um dos grandes, senão o maior, desafio do tratamento da asma desde há muitos anos. Existem inúmeras causas para o baixo nível de controlo da doença, nomeadamente, o incumprimento terapêutico, tratamento prescrito subótimo, má técnica inalatória, má função respiratória e exposição a fatores ambientais nocivos como o tabagismo. Também a presença de comorbilidades pode dificultar a obtenção do controlo. Assim, a educação do doente é essencial para melhorar a adesão à terapêutica.

A má adesão pode ter várias causas, intencionais e não intencionais. A dificuldade em utilizar o dispositivo inalatório, quer por desconhecimento quer por dificuldade motora, a utilização de vários dispositivos diferentes e várias tomas diárias, o esquecimento e a ausência de rotina diária são algumas das causas não intencionais. Nas causas intencionais incluem-se a ideia de que o tratamento não é necessário, a negação da doença, expectativas inapropriadas, preocupações relativas aos efeitos

adversos (existentes ou temidas), questões culturais, ideias preconcebidas e o custo.

### Quais são os objetivos e o envolvimento da SPP no Projeto CAPA – Cuidados Adequados à Pessoa com Asma?

Um dos grandes objetivos do projeto CAPA é a obtenção do controlo da asma diminuindo, em grande escala, a necessidade de medicação de alívio. Para além disso, pretende diminuir a utilização de medicação broncodilatadora de curta duração de ação (*short acting beta2 agonists* – SABA), substituindo-a por associações com broncodilatador de longa duração de ação e corticoide inalado (LABA+ICS) para uso no alívio.

A SPP pretende, assim, contribuir educando e informando os doentes e as diferentes classes de profissionais de saúde que contactam com estes doentes para a problemática de sobreutilização de SABA. O uso excessivo de SABA está associado a aumento da mortalidade por asma. O tratamento dos sintomas responde à medicação broncodilatadora; no entanto, fica por tratar a inflamação da via aérea, a qual é a base da doença.

### Relativamente ao tratamento da asma, quais têm sido os avanços mais significativos registados neste domínio?

Nos últimos anos, o tratamento da asma sofreu algumas alterações e inovações. Um dos mais significativos foi a alteração nas linhas de orientação, nacionais e internacionais, da medicação de alívio. Atualmente defende-se o recurso à associação broncodilatador de longa duração de ação com corticoide inalado (LABA+ICS). Vários estudos demonstraram não inferioridade ou até benefício em termos de *outcomes* no tratamento da asma quando é utilizada a associação LABA+ICS em comparação com SABA.

Também o tratamento de controlo dos graus 1 e 2 das linhas de orientação GINA – *Global Initiative for Asthma* – sofreu alterações. Atualmente, recomenda-se o uso, quando necessário, da associação LABA+ICS no grau 1 ao invés das recomendações anteriores que sugeriam o recurso apenas a SABA. No grau 2, também pode ser usada, quando necessária, a associação LABA+ICS ou então baixa dose de ICS diária.

Relativamente ao tratamento da asma grave, têm surgido novos fármacos biológicos que utilizam anticorpos monoclonais dirigidos contra alguns dos elementos essenciais na inflamação da asma. Estes novos tratamentos apresentam elevada eficácia, nomeadamente, na redução do número de exacerbações nos doentes com asma grave e, em alguns, na redução da dose de corticoterapia.

# As recomendações do GINA sobre asma e Covid-19



**Dra. Maria João Vasconcelos**

**Assistente de Imunoalergologia - Serviço de Imunoalergologia, Centro Hospitalar Universitário de São João, Porto**  
**JIP Ligação Grupo de Interesse Asma da SPAIC**

**N**o atual período, sempre que possível, deve ser preferida a orientação dos doentes com asma por telemedicina. Nos casos de agudizações graves, o risco de infeção por Covid-19 deve ser avaliado de forma a que os doentes sejam observados presencialmente em local adequado e com o equipamento de proteção individual apropriado.

Desta forma, e pela hipótese de doença mais grave, foi dada prioridade para a realização do teste laboratorial para a SARS-CoV-2 aos doentes com comorbilidades como a asma.

Têm sido divulgadas recomendações, sobre a evicção de corticosteróides durante a epidemia Covid-19. Estas recomendações aplicam-se ao uso de corticosteróides orais, com a exceção de indicações absolutas para o seu uso. Nesse sentido, várias sociedades científicas têm-se pronunciado sobre a abordagem dos doentes com asma durante a pandemia Covid-19, nomeadamente o GINA 2020, apresentando as seguintes recomendações, que devem ser respeitadas por toda a comunidade médica:

- A interrupção dos corticosteróides inalados pode levar a um agravamento potencialmente grave da asma e, por esse motivo, os asmáticos devem continuar toda a sua terapêutica inalatória de controlo, incluindo os corticosteróides inalados, conforme prescrição médica. Deve ser estimulada a adesão aos planos terapêuticos, e revistos o plano de ação em caso

de exacerbação (informação por escrito), a técnica inalatória e a validade das prescrições, de forma a garantir um bom controlo da asma.

- Durante as agudizações, os doentes devem seguir as instruções no seu plano de tratamento e reconhecer os sinais de alarme que devam justificar avaliação clínica. Nestas situações pode ser necessário tratamento com corticosteróides orais; evitar corticosteróides orais durante exacerbações de asma pode ter consequências mais graves do que o potencial risco de interferência desta terapêutica com o novo vírus.

- Menos frequentemente, os doentes com asma grave podem necessitar de tratamento a longo prazo com corticosteróides orais, para além da medicação inalada. Este tratamento deve ser continuado na dose mais baixa possível, para proteger os doentes com risco de exacerbações graves.

- Os tratamentos com biológicos devem ser continuados em doentes com asma grave de forma a prevenir exacerbações e necessidade de corticoterapia sistémica. Se possível, e nos casos em que o doente foi previamente treinado, deve ser preferida a autoadministração destes fármacos em ambulatório ou a assistência domiciliar nas doses subsequentes, para reduzir a necessidade de os doentes permanecerem no hospital. De acordo com as recomendações do Nice (*National Institute for Health and Care Excellence*) o tratamento com biológicos pode ser iniciado excecionalmente e após avaliação benefício-risco.

- Sempre que possível, as nebulizações devem ser evitadas para tratamento das agudizações, devido ao aumento do risco de disseminação da Covid-19 através de aerossóis para outros doentes e/ou profissionais de saúde.

- Os inaladores pressurizados de dose calibrada (pMDI) com câmara expansora e, se necessário, máscara facial, são a melhor opção para o tratamento de agudizações (as câmaras expansoras não devem ser compartilhadas, nomeadamente entre membros da mesma família).

- Os doentes com rinite alérgica devem continuar a usar os corticosteróides nasais, de acordo com a prescrição médica, para garantir um bom controlo dos sintomas nasais.

- As espirometrias de rotina devem ser suspensas, para reduzir o risco de transmissão e, se absolutamente necessárias, devem ser tomadas medidas adequadas de controlo de infeção.

## O que dizem as guidelines?



**Dra. Ana Margarida Pereira**

Unidade de Imunoalergologia, CUF- Porto  
Instituto e Hospital

Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços  
de Saúde (CINTESIS), Faculdade de Medicina  
da Universidade do Porto

Departamento Medicina da Comunidade,  
Informação e Decisão em Saúde (MEDCIDS),  
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto  
Secretária do Grupo de Interesse da Asma da SPAIC

**A**s guidelines internacionais do *Global Initiative for Asthma (GINA)* são consideradas as de referência para a prevenção, diagnóstico e abordagem da asma. Atualizadas anualmente, as mais recentes datam de 2020.

Resumidamente, referem que a **asma é uma doença com múltiplas variações (fenótipos), que geralmente se caracteriza pela presença de inflamação crónica das vias aéreas**. Tem duas características que a definem: a história de sintomas respiratórios (como pieira, dispneia, pressão torácica e tosse), que variam ao longo do tempo, incluindo em intensidade; e uma limitação variável do fluxo expiratório.

**O diagnóstico de asma baseia-se na história clínica e deve ser confirmado objetivamente com a realização de provas de função respiratória**. Sempre que possível a confirmação deve ser feita antes do início do tratamento. Está recomendada a realização de espirometria com prova de broncodilatação, considerando-se demonstrada a presença de reversibilidade significativa ao broncodilatador

quando o FEV1 aumenta >200mL e >12% em relação ao basal após inalação do broncodilatador (recomendado 400mcg de salbutamol em câmara expansora). Caso não seja demonstrada uma limitação variável do fluxo expiratório na avaliação inicial, pode haver necessidade de repetir a espirometria em fase de agravamento ou após parar transitoriamente o tratamento. Em algumas situações há necessidade de realizar outros testes de diagnóstico, nomeadamente provas de provocação brônquica e/ou avaliação da presença de inflamação brônquica (por exemplo a fração exalada de óxido nítrico, FeNO).

Num doente com diagnóstico de asma, **é fundamental avaliar o controlo da doença**. É sugerido que o controlo dos sintomas seja avaliado relativamente às quatro semanas anteriores, incluindo a presença de sintomas diurnos, acordares noturnos, necessidade de uso de SABA e limitação das atividades devido à asma. Em alternativa, poderá ser usado um questionário validado, como o CARAT – Teste de Controlo da Asma e Rinite Alérgica, que avalia concomitantemente o controlo da asma e da rinite alérgica, implementando as recomendações do Allergic Rhinitis and its Impact

## Novas terapêuticas na asma



**Dra. Ana Mendes**

Assistente Graduada de Imunoalergologia  
-Serviço de Imunoalergologia  
Hospital de Santa Maria  
Coordenadora Grupo Interesse  
da Asma da SPAIC  
Co-coordenadora da REAG (Rede  
de Especialistas em Asma Grave)

**A**tualmente, temos disponíveis cinco anticorpos monoclonais para o tratamento da asma grave, todos eles dirigidos à asma com perfil de inflamação TH2 high: o anticorpo anti-IgE (omalizumab), os anticorpos anti-IL5 (mepolizumab, reslizumab e benralizumab) e o anticorpo anti-IL4/13 (dupilumab).

Não há ainda terapêutica monoclonal dirigida aos doentes com inflamação não TH2.

Em 2003, o omalizumab foi o primeiro anticorpo monoclonal aprovado no tratamento da asma. Em Portugal está disponível desde 2007. O omalizumab liga-se selectivamente à IgE, impedindo a sua ligação aos seus recetores de alta afinidade existentes nos mastócitos e basófilos e, conseqüentemente, a sua desgranulação e a libertação dos mediadores inflamatórios. Está indicado no tratamento dos doentes acima dos seis anos de idade com asma de etiologia alérgica, com ou sem eosinofilia. A administração é subcutânea, em meio hospitalar ou em ambulatório (doentes seleccionados) com intervalos de 2/2 ou 4/4 semanas e dose de acordo com o peso e valor de IgE total. Por estar no mercado há vários anos, tem um perfil de segurança a longo prazo já documentado, assim como de segurança de utilização na gravidez.

A eficácia avalia-se através dos questionários de controlo da asma (ACT e CARAT) e pela diminuição da terapêutica de socorro e da necessidade de corticoterapia sistémica. Se o doente atingir os objetivos de controlo da doença, o tratamento deve ser mantido durante, pelo menos, 4 a 6 anos. Depois deste período, pode-se tentar suspender. Da literatura e da experiência clínica partilhada a nível nacional, a resposta à suspensão é variável de doente para doente, mas >70% têm de voltar ao tratamento ao fim de alguns meses, o que leva à conclusão de que não há modificação da doença, mas apenas controlo dos sintomas.

Quase 10 anos depois do omalizumab, os anticorpos anti-IL5 foram aprovados no tratamento da asma. A IL5 é a principal interleucina implicada na maturação, diferenciação e sobrevivência dos eosinófilos. A asma grave eosinofílica é caracterizada por inflamação eosinofílica das vias aéreas e inclui doença desencadeada por estímulos alérgicos ou não alérgicos. Se bloquearmos o seu principal mediador então bloqueamos também a resposta inflamatória. Existem três anticorpos que bloqueiam a IL5: mepolizumab, reslizumab e benralizumab. Os dois primeiros são anticorpos dirigidos diretamente contra a IL5 e o último contra o recetor da IL5.

O mepolizumab liga-se seletivamente à IL5, impedindo a sua ligação ao eosinófilo. Está aprovado no tratamento da asma grave eosinofílica para doentes acima dos seis anos de idade. É

on Asthma (ARIA). Todas as oportunidades devem ser aproveitadas para fazer uma reavaliação do controlo!

**O risco futuro é parte integrante da avaliação do controlo.** Os fatores de risco aumentam o risco de exacerbações, perda de função respiratória ou efeitos secundários do tratamento. Os mais relevantes são a ausência ou má adesão ao tratamento com ICS, uso frequente de corticosteroide sistémico, uso exagerado de SABA, FEV1 baixo (especialmente se <60% do previsto), presença de comorbilidades (p. ex: obesidade, rinosinusite crónica, refluxo gastroesofágico, ansiedade, depressão), exposições ambientais (p. ex: tabagismo, alérgenos, poluição), problemas socioeconómicos e antecedentes de exacerbação com necessidade de cuidados intensivos ou ventilação invasiva. Estes fatores devem ser avaliados na altura do diagnóstico e periodicamente, pelo menos uma vez por ano. A função respiratória é uma parte fundamental da avaliação do risco e deve ser efetuada regularmente, pelo menos, no início do tratamento, após 3 a 6 meses e depois periodicamente, a cada um ou dois anos.

**Os objetivos do tratamento da asma são a**

**redução do risco futuro e o controlo dos sintomas, prevenindo exacerbações e mortes relacionadas com a doença.** A abordagem da asma envolve um ciclo de: avaliação (confirmação do diagnóstico, avaliação do controlo, fatores de risco modificáveis, comorbilidades, técnica inalatória, adesão, preferências), ajuste do tratamento (incluindo fatores de risco, comorbilidades, tratamento farmacológico, não farmacológico e educação / treino) e reavaliação da resposta (controlo, exacerbações, efeitos secundários, função respiratória e satisfação).

**Os corticosteroides inalados são a base do tratamento, incluindo na asma ligeira ou intermitente.** Todos os doentes, mesmo os que têm sintomas raros, devem ter um ICS como parte da sua medicação de controlo para a asma. Estes medicamentos reduzem o risco de exacerbações graves e são fundamentais na estratégia de tratamento; por razões de segurança, a utilização isolada de SABA não está recomendada. Todos os doentes devem ter também um inalador de alívio, que pode ser uma associação de formoterol com ICS em baixa dose (alternativa preferencial, podendo ser usado como tratamento de manutenção

e alívio) ou um SABA. Podem ser associadas outras classes de fármacos (por exemplo: agonista  $\beta_2$  de longa ação, antagonistas dos receptores dos leucotrienos, antimuscarínicos de longa duração de ação, anticorpos monoclonais), a selecionar de acordo com as características da doença e do doente.

**O tratamento deve ser personalizado.** As decisões relativas à escolha do tratamento de um doente específico devem ter em conta as suas características individuais, os seus fatores de risco e/ou comorbilidades, o seu fenótipo clínico, as suas preferências pessoais, bem como aspetos práticos relacionados com a técnica inalatória, adesão ao tratamento e custo associado. É fundamental a tomada de decisões partilhadas entre o médico e o doente, bem como promover a capacidade de o doente participar ativamente e de forma informada no tratamento da sua asma.

**Todos os doentes devem ser treinados.** Deve ser fornecida informação sobre a asma, treino na técnica inalatória, técnicas de promoção da adesão, treino na automonitorização de sintomas e um plano de ação escrito que ajude a reconhecer e a responder adequadamente a um agravamento da asma.

administrado em dose única mensal em meio hospitalar ou em ambulatório (também doentes selecionados). As reações adversas são semelhantes às reportadas com o omalizumab, mas não há referência a reações anafiláticas graves. O reslizumab, aprovado em Portugal em 2018, tem a particularidade de ser uma IgG4, enquanto todos os outros são IgG1, o que, à partida lhe poderia conferir maior tolerabilidade. Liga-se à IL5 circulante impedindo a sua ligação ao recetor nos eosinófilos, num mecanismo semelhante ao do mepolizumab. Está indicado para doentes > 18 anos com asma grave e fenótipo eosinofílico, requerendo um doseamento sérico de EOS>400 cels/mL. A administração é feita por via endovenosa e com periodicidade mensal, sendo a dose adaptada ao peso do doente. A reação adversa mais frequentemente notificada durante o tratamento foi o aumento da creatina fosfoquinase, que ocorre em aproximadamente 2% dos doentes. A reação anafilática, não grave, ocorreu em menos de 1% dos doentes.

O benralizumab tem um mecanismo de ação ligeiramente diferente dos precedentes, uma vez que vai inibir indiretamente a IL5 por ser um anticorpo dirigido ao seu recetor no eosinófilo e, para além disso, possui uma região afucosilada que medeia um mecanismo direto de citotoxicidade chamando células NK que vão neutralizar os eosinófilos. A dose recomendada de benralizumab é 30 mg administrados por injeção subcutânea a cada 4 semanas para as primeiras 3

doses, e depois a cada 8 semanas. A frequência e a natureza de eventos adversos são semelhantes entre benralizumab e o placebo nos estudos efetuados.

Nos anti-IL5, a avaliação de eficácia e decisão de suspender tratamento deve ser feita preferencialmente ao fim de um ano de tratamento, uma vez que a diminuição do número de exacerbações anual é um dos critérios. Tal como no caso do omalizumab, também com os anti-IL5 se verifica que quando tratamento é suspenso, os sintomas recorrem. Pelo que não está definido nenhum tempo para o término do tratamento.

O dupilumab é um anticorpo monoclonal, que se liga à subunidade alfa do recetor da IL4. Esta subunidade é também comum ao recetor da IL13, bloqueando assim as ações das duas interleucinas. A IL4 e a IL13 estão implicadas na transmigração de eosinófilos e na síntese de IgE. A sua eficácia está demonstrada nos doentes com perfil Th2, independentemente da existência de alergia e do número de eosinófilos e está aprovado, desde 2019, para >12 anos no tratamento da asma grave. A administração é subcutânea e pode ser feita no domicílio. A dose inicial é de 400 mg (duas injeções de 200 mg), seguida de 200 mg administradas em semanas alternadas. As reações adversas mais frequentes foram reações no local de injeção, conjuntivite, blefarite e herpes oral. O dupilumab destina-se a tratamento de longo prazo. Deve ser

considerada a necessidade de manutenção de tratamento numa base anual, conforme determinado pela avaliação médica do nível de controlo da asma do doente.

Ainda em fase de desenvolvimento está o anticorpo anti TSLP. A TSLP é um mediador na fase inicial da inflamação, que potencializa a resposta imune TH2 através de múltiplos mecanismos. O tezepelumab é um anticorpo monoclonal IgG2 humano que se liga à TSLP impedindo sua ligação ao recetor. O bloqueio a este nível tão precoce poderá também abranger a inflamação não TH2, com alguns estudos a demonstrar resultados positivos para este grupo de doentes. Dois estudos de fase 3 estão a avaliar a eficácia do tezepelumab na taxa anual de exacerbações da asma (NAVIGATOR) e a redução percentual da dose inicial de corticóides orais (SOURCE).

Embora continue a não haver cura para a asma, muitos doentes com asma grave que também não tinham tratamento eficaz, apresentam uma resposta robusta e sustentada com esta nova classe de medicamentos. Apesar dos grandes avanços proporcionados pelos anticorpos monoclonais, temos de ter em atenção que os biológicos atualmente disponíveis, estão limitados a fenótipos resultantes de inflamação TH2 e que nenhum biológico é capaz de modificar a progressão da doença. Existem poucas opções de tratamento para pacientes com asma tipo 2 baixa e o desenvolvimento de novos medicamentos para esse subgrupo de pacientes é essencial.

## Asma brônquica em idade pediátrica



**Dra. Anna Sokolova**

Assistente de Imunoalergologia - Serviço Imunoalergologia do Hospital Fernando Fonseca  
Membro do Grupo de Interesse Asma da SPAIC

**A**s crianças não são pequenos adultos. Este ditado, frequentemente utilizado em Pediatria, é aplicável à doença alérgica respiratória. Neste grupo etário existem importantes particularidades no diagnóstico, terapêutica, evolução e prognóstico.

O diagnóstico é sempre clínico, sendo importante considerar os episódios recorrentes de dispneia, tosse e sibilância, habitualmente com limitação da atividade diária e com sintomas noturnos; presença de fatores de risco, tais como antecedentes familiares de atopia, sensibilização aos aeroalergénios ou antecedentes pessoais de alergia alimentar ou eczema atópico; melhoria clínica com terapêutica de controlo (2-3 meses de terapêutica com corticosteroide inalado em dose baixa) e exclusão de diagnósticos alternativos.

Os exames complementares ajudam a estabelecer o diagnóstico correto. A sensibilização aos aeroalergénios constitui o principal fator preditivo de evolução para asma persistente e pode ser avaliada por testes de sensibilidade cutânea ou por doseamento das IgE específicas. No entanto, a ausência da sensibilização não exclui o diagnóstico de asma.

A realização da radiografia de tórax é importante sobretudo para exclusão do diagnóstico diferencial.

A avaliação da função pulmonar é importante no diagnóstico e seguimento das crianças com asma brônquica. A espirometria pode ser um exame difícil para crianças na idade pré-escolar, mas com adequados ensino e treino, a maioria das crianças de 3-4 anos consegue completá-la.

O doseamento do óxido nítrico exalado não está disponível na prática clínica na maioria dos centros, mas constitui uma importante arma diagnóstica. Conforme referido na última revisão do GINA, nas crianças de idade pré-escolar com sibilância recorrente e

## Podemos e devemos continuar a controlar a asma



**Dra. Helena Pité**

Imunoalergologista - Hospital CUF Infante Santo e Hospital CUF Descobertas  
CEDOC, NOVA Medical School,  
Universidade NOVA de Lisboa  
Membro do Grupo de Interesse Asma da SPAIC

**O** Dia Mundial da Asma assinala-se anualmente na primeira terça-feira do mês de maio. Hoje, as notícias são dominadas pelo coronavírus e também por isso a asma não deve ficar esquecida.

Os tratamentos preventivos para o controlo da asma podem e devem ser mantidos ou otimizados. Sabemos que os corticosteróides inalados são o tratamento de 1ª linha para o controlo preventivo diário da asma, em todas as faixas etárias. Mas dúvidas surgem quando algumas fontes sugerem que os corticosteróides (sistémicos) devem ser evitados durante a epidemia Covid-19, exceto se houver uma indicação clara para o seu uso.

É importante esclarecer as pessoas com asma que devem manter os seus tratamentos preventivos, incluindo os corticosteróides. A maioria dos doentes estão tratados com corticosteróides inalados e a suspensão deste tratamento conduz frequentemente a consequências graves, com aumento da inflamação nas vias aéreas e perda do controlo da asma. Também é essencial que os corticosteróides orais usados de forma preventiva (um tratamento que é de exceção, em doentes com asma grave) não sejam parados de

forma brusca, devendo os doentes manter o acompanhamento regular pelo especialista em asma grave.

### Hoje (e sempre!) é importante ter a asma bem controlada

Mais de um milhão de pessoas em Portugal têm asma, mas são cerca de 700 mil os que têm asma ativa, tendo queixas no último ano ou fazendo tratamento preventivo. Existe ainda um elevado número de pessoas com asma não controlada (quase metade dos doentes com asma em Portugal) e esta falta de controlo é um problema transversal, tanto nas pessoas com asma ligeira até às asma moderadas ou graves.

Se os doentes suspenderem os tratamentos, estas percentagens vão aumentar perigosamente, com maior risco para todos de deslocação aos Serviços de Urgência, internamentos hospitalares e até desfechos fatais.

Infelizmente, nos últimos anos, estes indicadores não têm melhorado. A taxa de mortalidade por asma, em Portugal, é semelhante à dos países com os melhores indicadores de saúde, mas nos últimos anos registou-se um aumento, ligeiro, mas preocupante. A maioria das mortes é prevenível, podendo denotar uma falência em termos do reconhecimento da gravidade da situação e da possibilidade do seu controlo. Qualquer morte por asma é inaceitável... Abraçamos, por isso, o tema definido pelo grupo internacional GINA (*Global INitiative for Asthma*) para 2020: "Chega de mortes por Asma".

FeNO elevada quatro semanas após infecção respiratória alta, é um fator preditivo de evolução para asma na idade escolar.

Os principais pilares do tratamento da asma brônquica são a educação do doente, a identificação e evicção dos fatores desencadeantes da crise, identificação e controlo das comorbilidades, a terapêutica farmacológica, a imunoterapia e a monitorização permanente. A terapêutica é feita de acordo com guidelines internacionais (GINA) atualizadas anualmente.

Apesar de existência de terapêutica eficaz, a adesão é inferior a 50%. Este facto constitui o principal problema no controlo da asma.

### “Janelas de oportunidade” na prevenção

O desenvolvimento da asma brônquica e a persistência dos seus sintomas dependem de vários fatores genéticos e ambientais. Alguns destes fatores são modificáveis. No período pré-natal e na primeira infância existe uma certa “janela de oportunidade” na prevenção desta doença.

A exposição passiva ao fumo de tabaco coloca a criança em risco aumentado. Existem estudos de aumento do risco da asma em crianças com mãe e até avó fumadoras. A diminuição da exposição da criança ao fumo de tabaco no período pré e pós-natal é importante para a diminuição do risco e para a melhoria da função pulmonar.

Nas crianças, a sensibilização aos alérgenos de interior é mais frequente em comparação com alérgenos de exterior. A sensibilização aos aeroalérgenos do interior, nomeadamente ácaros e fungos, está relacionada com maior risco de asma brônquica.

Curiosamente, o papel da exposição aos animais de estimação pode inclusive ser positivo. As crianças nascidas em casas com um animal de estimação parecem ter menor risco de asma. A hipótese da higiene sugere o papel protetor da exposição microbiana precoce. A presença dos cães e gatos em casa e a permanência em ambiente rural estão associados ao risco mais baixo de asma brônquica.

O parto por via vaginal com exposição à flora

materna está associado a menor prevalência da asma, em comparação com crianças nascidas por cesariana.

A alimentação materna durante a gravidez, nomeadamente a evicção dos alimentos considerados de elevado risco, não demonstrou ter um papel preventivo no desenvolvimento da asma. Por outro lado, a obesidade materna aumenta o risco. O aleitamento materno, embora não tenha demonstrado correlação direta com a prevenção da asma na criança, é de grande importância por outros benefícios indiscutíveis.

A introdução precoce dos alimentos sólidos, não só não aumenta o risco da asma brônquica como parece ter o seu papel preventivo no desenvolvimento das alergias alimentares e respiratórias, sendo importante desencorajar o atraso na introdução destes alimentos nas crianças.

A obesidade representa o fator de risco independente para asma e está associada com pior controlo da doença, aumento da frequência e gravidade das exacerbações, e pior resposta à terapêutica.

As infeções respiratórias, em conjunto com os alérgenos ou irritantes, podem conduzir a desfechos mais graves. Sabemos que, quer as infeções respiratórias (sobretudo víricas), quer as substâncias irritantes para as vias aéreas ou os alérgenos, são importantes fatores de agudização de asma. Se estiverem presentes em simultâneo, o risco será muito maior. A melhor forma é sempre apostar na prevenção.

Por isso, são importantes outras medidas, para além do tratamento preventivo diário que controla a inflamação e reduz a probabilidade de agravamento em caso de agressão externa ao aparelho respiratório. O isolamento social apropriado, máscaras e regras de higiene, sobretudo das mãos, são essenciais para diminuir a probabilidade de contrair infeção respiratória. A vacinação, quando disponível, para vírus ou bactérias causadores de doença, é uma excelente forma de prevenção. Por isso são importantes a vacina da gripe, anualmente no Outono, e a vacinação anti-pneumocócica, que não deve ser esquecida.

Nesta fase, em que as pessoas passam mais tempo em casa e em que muitas famílias estão a usar mais desinfetantes, também é necessário lembrar a importância de arejar a casa, evitando que substâncias irritantes permaneçam no ar. E não esquecer o tabaco, que continua a ser um inimigo nº1 dos asmáticos. Por isso, evitar quer o tabagismo ativo, quer o passivo.

As medidas de evicção de alérgenos de ácaros, pólenes, fungos e animais de estimação,

também são relevantes e devem ser adaptadas caso a caso.

E não podemos esquecer o nariz! Cerca de 80% dos asmáticos têm também rinite, que contribui para o pior controlo da asma. O tratamento da rinite permite diminuir as agudizações de asma. É sempre importante tratar o doente como um todo e controlar em simultâneo a asma e a rinite e outras patologias que surgem frequentemente associadas na mesma pessoa, como a sinusite, a conjuntivite alérgica e a dermatite atópica.

### O que é preciso fazer mais ?

É preciso reconhecer mais a asma, ter um diagnóstico precoce. Queixas de tosse, pieira, dispneia, cansaço que se repetem no tempo... pensar que pode ser asma, em todas as idades, do latente ao adulto idoso.

É preciso iniciar o tratamento preventivo desde o início das queixas. Ter asma é ter inflamação nas vias aéreas. Não podemos aceitar que nenhum asmático seja tratado só com broncodilatadores, de crise em crise... Estes fármacos dão alívio das queixas mas não resolvem a inflamação, que continua a crescer, descontrolada. O uso repetido de broncodilatadores isolados aumenta significativamente o risco de morte por asma. É por isso que devemos associar medicamentos preventivos anti-inflamatórios e os corticosteróides inalados são o tratamento de 1ª linha em todas as idades, nas doses recomendadas (na maioria dos casos serão doses baixas), junto com as medidas

preventivas não farmacológicas de controlo de exposição ambiental.

É preciso ensinar e verificar periodicamente o uso do tratamento e a técnica inalatória. Temos muito bons dispositivos para tratamentos inalados mas todos precisam de ensino da técnica e da sua verificação regular. Um bom tratamento, bem realizado, traz satisfação ao doente e aumenta a adesão a esse mesmo tratamento.

É preciso avaliar regularmente o controlo da asma e das outras doenças associadas. Ter asma totalmente controlada é não ter queixas durante o dia, durante a noite, é não ter limitações por esta doença, é não precisar de medicamentos de “SOS”. Este é o alvo ideal a atingir, sempre que possível. Usar o questionário CARAT ([www.caratnetwork.org](http://www.caratnetwork.org)) é uma forma simples de avaliar o controlo da asma e da rinite e a necessidade de ajustar e otimizar o tratamento.

É preciso ter um bom plano de SOS. Todos os doentes com asma devem ter um plano em caso de agudização de sintomas de asma e das outras patologias associadas. Devem saber que medicamentos podem usar e de que forma, e ainda que “canais” usar para contactar a Equipa de Saúde em cada circunstância. E tudo isto sempre trabalhando em Equipa, desde os Cuidados de Saúde Primários aos Cuidados Hospitalares e unidades diferenciadas, esclarecendo dúvidas, desmistificando a asma, minimizando riscos e ganhando confiança com o controlo da situação, centrados na pessoa com asma e no seu bem-estar.

# Particularidades da terapêutica da asma na gravidez



**Dr. Carlos Neto Braga**

Assistente de Imunoalergologia - Serviço de Imunoalergologia Hospital Luz Setúbal  
Membro do Grupo de Interesse da Asma da SPAIC

**A** asma é a patologia respiratória mais prevalente na gravidez. Na Europa estima-se que 4 a 8% das grávidas tenham asma. Durante a gravidez, pode evoluir do seguinte modo: cerca de 1/3 das mulheres vão ter agravamento dos sintomas, em 1/3 ocorre melhoria da sintomatologia e em 1/3 o quadro clínico mantém-se estável. Embora as exacerbações da asma possam ocorrer em qualquer altura da gravidez, parecem ser mais frequentes no segundo trimestre.

O agravamento da asma pode estar relacionado com as alterações imunológicas, hormonais e/ou mecânicas que ocorrem durante a gravidez, ou ainda com o facto de muitas mulheres suspenderem a terapêutica por receio de efeito adverso sobre o feto. Uma asma mal controlada está associada a uma evolução mais desfavorável da gravidez, com maior risco de prematuridade, atraso no crescimento intra-uterino, baixo peso da criança à nascença, mortalidade perinatal, hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. Em contrapartida, um bom controlo da asma está associado a um menor risco de situações adversas durante a gravidez.

Normalmente, o diagnóstico da asma já é prévio à gravidez. Contudo, a primeira manifestação da doença pode ocorrer durante esse período. Neste caso, a abordagem diagnóstica é a habitual e assenta no quadro clínico e na objetivação da reversibilidade da obstrução brônquica (através de espirometria com prova de broncodilatação ou pela comparação dos parâmetros ventilatórios, antes e quatro semanas após o início da terapêutica anti-inflamatória). As provas de broncoconstrição estão contra-indicadas na gravidez. Na impossibilidade de se poder efetuar o exame funcional respiratório, recomenda-se o início do tratamento da asma e a avaliação funcional respiratória para mais tarde. Eventualmente, para depois do parto.

Patologias a ser consideradas no diagnóstico diferencial da asma na gravidez são: o edema pulmonar, o tromboembolismo pulmonar, o embolismo do líquido amniótico e a cardiomiopatia perigestacional.

O tratamento da asma na gravidez engloba medidas gerais e a terapêutica farmacológica. As medidas gerais consistem em evicção tabágica; prevenção de infeções respiratórias (ex: vacinação para a gripe); controlo da ansiedade, depressão e *stress* (ex: técnicas de relaxamento muscular); evicção de alérgenos já identificados antes da gravidez como desencadeantes das crises de asma (ácarios, pólenes, baratas, fungos e pelos de animais). Os testes cutâneos de alergia estão contra-indicados na gravidez; em alternativa pode-se fazer o doseamento sérico de IgE específica para os alérgenos suspeitos.

## Vigilância deve ser mensal

A terapêutica farmacológica segue os princípios gerais do tratamento da asma, mas tem algumas particularidades.

Os medicamentos de aplicação tópica são preferidos em relação aos de administração sistémica, porque diminui a probabilidade de passagem para o feto, bem como os fármacos de utilização mais antiga em relação aos de utilização mais recente, dado haver mais experiência com os primeiros.

De uma maneira geral, as evidências indicam que os medicamentos utilizados no tratamento da asma (de manutenção e de crise) são seguros durante a gravidez e os seus benefícios são marcadamente superiores a eventuais efeitos adversos. Os corticóides inalados, os beta2-agonista e o montelucaste

não estão associados a maior incidência de malformações fetais.

O mau controlo da asma na gravidez apresenta maiores riscos do que tomar a medicação da asma e consequentemente ter um maior controlo da doença. Recomenda-se que o tratamento que estava a ser eficaz antes da gravidez seja mantido e que, se necessário, seja ajustado para manter o controlo da asma. A redução da terapêutica, quando se obteve o controlo da asma, não é prioritária até ao parto, exceto se a paciente estiver a tomar doses muito elevadas.

O Budesonido é o corticóide inalado preferido por haver mais provas de eficácia e segurança. Contudo, outros já iniciados anteriormente e que estão a ser eficazes devem ser mantidos, como por exemplo a Fluticasona. No caso de ser necessário adicionar um beta2-agonista de longa duração ao corticóide inalado, a primeira opção deve ser o Salmeterol e depois o Formoterol. O tratamento com corticóide oral deve ser de curta duração e o preferido é a Prednisolona porque é metabolizada pelas enzimas placentárias, pelo que apenas 10% consegue atravessar a placenta e atingir o feto.

A imunoterapia específica com alérgenos pode ser mantida durante a gravidez se houver baixo risco de ocorrência de uma reação sistémica e se estava a ser eficaz no controlo da asma. O seu início durante a gravidez está contra-indicado. Também não se recomenda o início da terapêutica com Omalizumab na gravidez, mas não é necessário suspender o tratamento se a doente ficar grávida durante o mesmo.

As crises de asma devem ser tratadas agressivamente com beta2-agonistas de curta ação, O<sub>2</sub> e administração precoce de corticóides sistémicos para evitar hipoxia fetal. No caso de resposta inicial insuficiente à terapêutica também se pode adicionar brometo de ipratrópio. No período perinatal, a terapêutica habitual deve ser mantida.

As exacerbações da asma durante o parto são raras, mas pode ocorrer broncoconstrição induzida pela hiperventilação e deve ser tratada com beta2-agonista. Pode ocorrer hipoglicémia no recém-nascido (especialmente em prematuros) se tiverem sido administradas altas doses de beta2-agonista nas 48 horas antes do parto. Nesta situação, deve ser feita a vigilância da glicémia no recém-nascido nas 24 horas após o parto.

# GIBITER<sup>®</sup> Easyhaler<sup>®</sup>

Budesonida / Formoterol



A. MENARINI PORTUGAL

**A MENARINI PORTUGAL-FARMACÊUTICA, S.A.**

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

# Covid-19: Diabéticos com maior risco de pneumonia grave e “tempestade inflamatória”

Estudo comparou dois grupos sem comorbidades e conclui que risco nos diabéticos é superior. Investigadores sugerem também que o SARS-CoV-2 possa danificar células das ilhotas pancreáticas.

**N**um estudo recente, investigadores chineses concluíram que os diabéticos têm um risco significativamente maior de pneumonia grave, respostas inflamatórias descontroladas excessivas e estado hipercoagulável associado ao metabolismo desregulado da glicose, em comparação com aqueles sem diabetes.

Os diabéticos também apresentaram níveis mais altos de biomarcadores, sugerindo uma “tempestade” inflamatória, diz Weina Guo, da Universidade de Ciência e Tecnologia Huazhong, em Wuhan, e restante equipa no artigo, publicado em *Pesquisas e Revisões sobre Metabolismo da Diabetes*.

Os investigadores compararam 137 indivíduos sem diabetes a 37 com diabetes e depois compararam os subconjuntos desses dois grupos sem comorbidades (26 e 24 pessoas, respetivamente). No entanto, e excluindo pacientes com comorbidades, o grupo de diabetes era significativamente mais velho (61 vs 32 anos)

“Embora os resultados deste estudo devam ser lidos à luz de algumas limitações – como o baixo tamanho da amostra e a grande diferença de idade entre os grupos de estudo quando as comorbidades foram excluídas –, ele ainda fornece informações relevantes que podem informar sobre como a Covid-19 interage com condições pré-existentes”, referem Ernesto Maddaloni, e Raffaella Buzzetti, médicos da Universidade Sapienza de Roma, Itália, num editorial que acompanha o artigo.



Estes dois especialistas observam que já foi observado que a diabetes piorou os resultados de outras infeções virais semelhantes, incluindo o coronavírus SARS de 2003 e a influenza H1N1 de 2009. Essa interação na pandemia atual seria “alarmante, considerando a alta taxa de transmissão do SARS-CoV-2 [o vírus que causa a Covid-19] e a prevalência global de diabetes”, enfatizam. “É crucial não subestimar a gravidade da Covid-19 em pacientes com diabetes, mesmo na ausência de sinais

e sintomas preocupantes clássicos”, acrescentam.

## Vírus danifica células das ilhotas pancreáticas?

Uma das conclusões do artigo publicado pelos investigadores chineses é que o controlo da diabetes piorou durante a hospitalização. “29,2% dos pacientes tomaram insulina antes e aumentaram a dose de insulina após a admissão e 37,5% dos pacientes tomaram medicamentos orais antes da admissão e iniciaram insulino-terapia

após a admissão, o que significava que os pacientes tinham um controlo glicémico inadequado durante a hospitalização”, escrevem.

Os investigadores atribuem o aumento dos níveis glicémicos a uma hipótese: a de que o vírus SARS-CoV-2 possa realmente danificar as células das ilhotas pancreáticas. Para apoiar esta ideia, referem a imunocoloração feita num paciente que morreu e que mostrou forte coloração da proteína da enzima conversora de angiotensina 2 (ACE2) – o local de ligação ao coronavírus – nas ilhotas, mas não no tecido pancreático exócrino, “o que significa que o coronavírus pode danificar seriamente as ilhotas”.

Os investigadores apontam também para um estudo do primeiro surto de coronavírus da SARS 2003 na China, no qual a diabetes se desenvolveu nas primeiras duas semanas da hospitalização em 20 dos 39 pacientes que não tinham diabetes anteriormente. Na maioria das vezes, foi, no entanto, transitório: apenas seis pacientes ainda tinham diabetes na alta.

De todo o mundo chegam relatos de casos de diabetes induzida pelo SARS-CoV-2. “Temos muitos diabetes de início recente em pacientes infetados... Os casos de diabetes agudo de início recente estão a ser todos descobertos no contexto da positividade da Covid-19”, adianta o endocrinologista Jean-François Gautier, do Hospital Lariboisière, em Paris. No seu hospital, 30% dos internados com Covid-19 já têm diabetes. **SO/Medscape**



# 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®<sup>1,4†</sup>

### ➤ Eficaz

Reduções comprovadas de HbA<sub>1c</sub> e GPP com taxas de hipoglicemia semelhantes, comparativamente a NovoRapid®<sup>1,2</sup>

### ➤ Flexível

Horário flexível, quando necessário, com controlo<sup>1-3§</sup> eficaz da HbA<sub>1c</sub>

## 2X MAIS RÁPIDA A ENTRAR NA CORRENTE SANGUÍNEA<sup>1,2†</sup>

Não hesite

Escolha uma insulina prandial flexível e de resposta mais rápida\*<sup>1,2†</sup>

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/icc16-1771. 3. Buse JB, Carlson AL, Komatsu M, et al. Diabetes Obes Metab. 2018; 20(12):2885-2893. 4. Heise T et al. Clin Pharmacokinetics (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. Peça-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. **NOME DO MEDICAMENTO:** Fiasp® 100 unidades/ml solução injetável em caneta pré-cheia (FlexTouch®) Fiasp® 100 unidades/ml solução injetável em frasco para injetáveis **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** 1 ml de solução contém 100 unidades de insulina aspártico\* (equivalentes a 3,5 mg). Fiasp® 100 unidades/ml solução injetável em caneta pré-cheia Uma caneta pré-cheia contém 300 unidades de insulina aspártico 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 aspártico em 10 ml de solução. **FORMA FARMACÉUTICA:** Solução Injetável. **INDICAÇÕES 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 energético 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 do 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 necessitem de insulina, pode conduzir a hiperglicemia e cetose/diabetes diabética. Foram comunicados casos de insuficiência cardíaca congestiva quando foram utilizadas tiazolidinedionas em associação com insulina, especialmente em doentes com fatores de risco de 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 tiazolidinedionas 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 mono-aminooxidase (MAO), bloqueadores beta, inibidores do enzima de conversão da angiotensina (ECA), salicilatos, esteróides anabolizantes, 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 to < 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 glucagon (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 Quinta, 1 - 1ª, Quinta da Fonte, 2770-203 Paço De Arcos. **NÚMEROS DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** N.º Registo U.E.: EU/1/16/116000/5/Código Nacional: 5704861 (Fiasp® FlexTouch®) EU/1/16/116000/7/Código Nacional: 5704879 (Fiasp® frascos para injetáveis) EU/1/16/1160010/Código Nacional: 5704903 (Fiasp® Penfill®). **DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** 09 de janeiro de 2017. **DATA DA ÚLTIMA RENOVACÃO:** N/A. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** 09/2019. **Classificação quanto à dispensa ao público:** Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento compartilhado pelo Escalão A - 100%. Para mais informações deverá contactar o representante local do titular da A.I.M.



© Novo Nordisk, Lda, Rua Quinta da Quinta Nº1 -1ª, Quinta da Fonte, 2770-203 Paço De Arcos [www.novonordisk.pt](http://www.novonordisk.pt)  
Contribuinte n.º 501485210 Capital Social € 250.000 C.R.C. Cascais 13.683 - Oeiras

© Novo Nordisk A/S, Novo Allé 1, 2880 Bagsvaerd, Dinamarca. PT19F5P00013



# Covid-19: Taxa de mortalidade entre doentes transplantados e em diálise supera os 20%

Estudo feito com mais de 600 doentes, em Barcelona, confirmou um cenário mais grave nestes grupos.

**E**mbora os danos a nível pulmonar sejam a principal característica da Covid-19, o rim é um dos outros principais órgãos afetados, explicou Annette Bruchfeld, médica e professora de nefrologia no Karolinska University Hospital, na Suécia, durante um webinar organizado pela Associação Renal Europeia – Associação Europeia de Diálise e Transplante (ERA-EDTA). Bruchfeld analisava os resultados

da primeira onda do surto de Covid-19 na China, mostrando como a doença renal prévia ou a que se desenvolve durante a infeção é uma das principais complicações da Covid-19 grave e um fator de risco significativo na morte. Enquanto isso, Maria Jose Soler, nefrologista do Hospital Universitário Vall d'Hebron em Barcelona, levou ao webinar dados da Covid-19 entre diálise renal e pacientes transplantados de um registo da Sociedade

Espanhola de Nefrologia. A 7 de abril, incluíam mais de 600 pacientes, com taxas de mortalidade variando de 17% a 23%, dependendo de serem pacientes de transplante ou diálise. No que diz respeito ao tratamento nestes doentes, os especialistas acreditam que a chave é iniciar o tratamento antes que o quadro se agrave. O médico Umberto Maggiore, do Departamento de Nefrologia do Hospital Universitário de Parma

contou como a sua equipa usou a Colchicina, habitualmente usado para tratar a gota, em dois doentes transplantados com Covid-19 e que recuperaram. Durante o webinar, Maggiore comentou ainda mais sobre o tratamento da Covid-19 com esteróides, observando que, embora alguns estudos sugiram que os medicamentos não têm benefício e são possivelmente prejudiciais na Covid-19, acredita que podem ser importantes. **TC/SO**

## Consórcio de investigação lança projeto de ensaio serológico em Portugal

Consórcio Serology4Covid está a lançar um projeto para implementar um ensaio serológico de deteção de anticorpos para a covid-19 na população portuguesa.

**O**s promotores do projeto, que junta o Instituto Gulbenkian de Ciência (IGC), Instituto de Medicina Molecular (IMM), Centro de Estudos de Doenças Crónicas da NOVA Medical School da Universidade Nova de Lisboa (CEDOC-NMS), Instituto de Biologia Experimental e Tecnológica (iBET) e Instituto de Tecnologia Química e Biológica António Xavier da Universidade Nova de Lisboa (ITQB-NOVA) consideram o ensaio “essencial para perceber a expansão da imunidade na população e para suportar a implementação de novas estratégias”. O consórcio vincou que os primeiros ensaios “já estão em curso”, lembrando que a grande maioria dos casos identificados de covid-19 regista sintomas leves e que



**Mónica Bettencourt-Dias**  
Diretora do IGC

uma parte significativa dos infetados nem chega a manifestar quaisquer sintomas, pelo que a realização destes testes, a um nível “escalável e económico” no país, vai assegurar uma gestão “mais realista” da pandemia no futuro.

“É essencial desenhar ensaios serológicos específicos para a covid-19, a um preço acessível, que possam ser utilizados à escala nacional em estudos epidemiológicos”, adiantou a diretora do IGC, Mónica Bettencourt-Dias, sendo secundada pela investigadora Helena Soares, do CEDOC-NMS: “Estamos a otimizar um ensaio, já adotado por alguns hospitais dos Estados Unidos, de modo a torná-lo ainda mais económico e autossuficiente. Permitir-nos-á quantificar possíveis diferenças na produção de anticorpos entre portadores assintomáticos”. Com o apoio do Fundo de Emergência Covid-19, da Fundação Calouste Gulbenkian, da Sociedade Francisco Manuel dos Santos e da Câmara de Oeiras, o projeto conta ainda com um

conselho consultivo que integra o diretor da unidade de cuidados intensivos do Hospital Pulido Valente, Filipe Froes, o diretor do programa de doutoramento da Fundação Champalimaud, Thiago Carvalho, e Florian Kramer, professor na Icahn School of Medicine. O diretor do ITQB-NOVA, Cláudio M. Soares, sublinhou que o trabalho “beneficia a saúde pública nacional” e que a implementação em grande escala será coordenada com o governo, além de já existirem esforços de articulação “com as autoridades de saúde, nomeadamente com o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA)”. Por outro lado, o consórcio admitiu alargar também o projeto a entidades privadas. **SO/LUSA**

# Remdesivir, a grande esperança para derrotar a Covid-19?

Há vários ensaios a decorrer, de modo a tentar provar a eficácia e a segurança do fármaco. Um deles já terminou e mostra resultados animadores. Gilead acelera a produção.

**A**ntes de a comunidade científica conseguir construir uma vacina que demonstre segurança e eficácia, e que possa imunizar a população mundial, muitos doentes infetados com coronavírus têm de ser tratados com os fármacos que existem. Um deles é o Remdesivir, um antiviral injetável utilizado em ambiente hospitalar (desenvolvido para combater outros vírus incluindo, nomeadamente o Ébola, MERS e SARS CoV-1) e que tem mostrado bons resultados em doentes.

Este medicamento não está ainda aprovado no mercado e por isso tem vindo a ser administrado a título experimental, através de pedidos de autorização especial. A Gilead Sciences, a farmacêutica que produz o fármaco, garante ao SaúdeOnline que já “forneceu Remdesivir a título compassivo para tratar mais de 1000 doentes com infeção Covid-19 confirmada e grave nos Estados Unidos, Europa e Japão”. Em Portugal, já foram aprovados pelo Infarmed pelo menos três tratamentos com Remdesivir.

Outros doentes estão a receber o medicamento através de ensaios clínicos, um pouco por todo o mundo. “A Gilead tem vários ensaios clínicos em andamento”, garante o diretor médico da empresa, Merdad Parsey. “A Gilead está ainda a realizar dois estudos clínicos de Fase 3 que avaliam a segurança e eficácia de Remdesivir e que estão a envolver doentes em países com elevada prevalência de Covid-19, como a Itália, França e Espanha”. Um ensaio já está concluído. Num total de 53 doentes hospitalizados

com complicações graves causadas pela Covid-19, verificou-se uma melhoria clínica na maioria deles. Os dados, publicados no *New England Journal of Medicine*, são animadores: o tratamento com remdesivir permitiu reduzir o nível de suporte de oxigénio em 68% dos doentes (durante um acompanhamento médio de 18 dias a partir da primeira dose), sendo que mais da metade dos pacientes em ventilação mecânica foram extubados e quase metade de todos os pacientes recebeu alta do hospital após o tratamento com remdesivir. 13% morreram.

Apesar de promissor, o ensaio tem algumas limitações. Falta-lhe, por exemplo, um grupo de controlo para se fazer uma comparação sólida. “Não podemos tirar conclusões definitivas desses



dados, mas as observações deste grupo de pacientes hospitalizados são esperançosas”, diz Jonathan D. Grein, Diretor do Serviço de Epidemiologia do Centro Médico Cedars-Sinai, em Los Angeles, onde decorreu o estudo.

Apesar de manter as necessárias cautelas e avisar que faltam conhecer os resultados de outros estudos de fase 3 em andamento, a própria Gilead “está já a implementar várias estratégias em paralelo para acelerar o fabrico e, assim, poder disponibilizar de forma mais alargada este medicamento”. “Começámos agora a fabricar remdesivir nas nossas próprias instalações fabris, além de estarmos a trabalhar com uma rede ampliada de parceiros externos”, acrescenta a empresa.

A esperança em torno deste

fármaco começou a aumentar quando, ainda numa fase inicial do combate à epidemia, algumas equipas médicas começaram a apostar no Remdesivir perante a ausência de um tratamento. O caso mais mediático é o do primeiro infetado dos Estados Unidos, um homem de 35 anos, que melhorou quando tomou o medicamento, numa altura em que já estava há 6 dias internado. O Remdesivir, que pode ser administrado por via intravenosa num período até 10 dias, bloqueia a entrada do vírus nas células e ajuda a prevenir a replicação do vírus. O SARS-CoV-2, segundo aponta um grupo de médicos de Wuhan, “entrelaça-se de modo particularmente eficiente na enzima que está na superfície das células humanas”. **TC/SO**



## Remdesivir com “resultados positivos” em doentes com Covid-19

Gilead divulgou resultados de dois estudos, com dados positivos e sem efeitos secundários. Um dos ensaios demonstrou o potencial do tratamento de 5 dias.

A farmacêutica norte-americana Gilead Sciences anunciou que o fármaco Remdesivir, que tem vindo a ser testado, teve bons resultados no tratamento de doentes com Covid-19.

“A Gilead Sciences está ciente dos dados positivos de um estudo conduzido pelo Instituto Nacional de Alergias e Doenças Infecciosas sobre o seu medicamento antiviral remdesivir para o tratamento da covid-19”, disse a empresa, em comunicado. A Gilead garante que o estudo, designado NAID cumpriu o seu objetivo principal.

Num outro estudo, de fase III, o remdesivir foi avaliado em doentes hospitalizados com manifestações severas da doença em dois ciclos de tratamento: 5 e 10 dias.

O estudo SIMPLE demonstrou que doentes que receberam um tratamento de 10 dias com remdesivir tiveram uma melhoria do seu estado clínico equivalente àqueles que foram submetidos a um tratamento de 5 dias.

Não foram identificados novos sinais de segurança com remdesivir em nenhum dos grupos de tratamento.

### Tratamento de 5 dias é igualmente eficaz

“Vários estudos em simultâneo estão a ajudar a perceber se o remdesivir é um tratamento seguro e eficaz para a COVID-19 e qual a melhor forma de o utilizar,” afirmou Merdad Parsey, MD, PhD, *Chief Medical Officer* da Gilead Sciences. “Os resultados deste

estudo complementam os dados do estudo controlado por placebo de remdesivir conduzido pelo *National Institute of Allergy and Infectious Diseases* (NIAID) e ajudam a estabelecer a duração ótima do tratamento com remdesivir. O estudo demonstra o potencial de alguns doentes poderem ser tratados com um regime de 5 dias, o que poderá aumentar significativamente o número de doentes a ser tratados com o nosso atual *stock* de remdesivir. Isto é particularmente importante no contexto de uma pandemia, para ajudar os hospitais e os profissionais de saúde a tratar mais doentes que necessitam de cuidados urgentes.”

Para poderem ser incluídos no estudo, os doentes deveriam ter evidência de pneumonia e níveis

reduzidos de oxigénio que não exigissem ventilação mecânica no momento de entrada no estudo. A melhoria clínica foi definida como uma melhoria em dois ou mais pontos do início do tratamento, numa escala pré-definida de sete pontos, desde a alta hospitalar ao aumento dos níveis de suporte de oxigénio até à morte. Os doentes atingiam a recuperação clínica se já não necessitassem de suporte de oxigénio e cuidados médicos ou tivessem alta do hospital.

Neste estudo, o tempo para a melhoria clínica de 50% dos doentes foi de 10 dias no grupo de tratamento, de 5 dias e de 11 dias no grupo de tratamento de 10 dias. Mais de metade dos doentes em ambos os grupos de tratamento tiveram alta hospitalar até ao 14º dia (tratamento 5 dias: 60.0%, n=120/200 vs. tratamento 10 dias: 52.3% n=103/197; p=0.14). Ao dia 14, 64.5 % (n=129/200) dos doentes no grupo de tratamento de 5 dias e 53.8 % (n=106/197) dos doentes no grupo de tratamento de 10 dias conseguiram recuperar. Numa análise exploratória, os doentes do estudo que receberam remdesivir nos 10 dias seguintes ao início dos sintomas tiveram melhores resultados em comparação com os tratados após mais de 10 dias de sintomas. Reunindo os dados entre os grupos de tratamento, no 14º dia, 62% dos doentes tratados precocemente puderam ter alta do hospital, em comparação com 49% dos doentes que foram tratados mais tarde.

O remdesivir foi geralmente bem tolerado nos dois grupos de tratamento (5 e 10 dias). Os eventos adversos mais comuns que ocorreram em mais de 10% dos doentes de ambos os grupos foram náuseas (5 dias: 10.0%, n=20/200 vs. 10 dias: 8.6%, n=17/197) e insuficiência respiratória aguda (5 dias: 6.0%, n=12/200 vs. 10 dias: 10.7%, n= 21/197). Elevações da enzima hepática (ALT) de grau 3 ou superior ocorreram em 7.3% (n=28/385) dos doentes, com 3.0% (n=12/397) de doentes a descontinuar o tratamento com remdesivir por aumento dos parâmetros hepáticos. **SO/LUSA**



## Tocilizumab eficaz na prevenção de “tempestade inflamatória”

O medicamento imunomodulador mostrou eficácia na prevenção da “tempestade inflamatória” nos doentes com Covid-19 em estado grave, segundo um estudo francês.

**E**ste tratamento reduziu significativamente a proporção de pacientes transferidos para reanimação ou que morreram, em relação a um tratamento comum, indicou a Assistência Pública do Hospital de Paris (AP-HP).

Trata-se do “primeiro ensaio comparativo por sorteio” que “demonstrou um benefício clínico” deste tratamento em doentes com Covid-19 a sofrerem de uma infeção grave, sublinharam os responsáveis durante uma conferência de imprensa telefónica.

Estes resultados devem ser ainda “consolidados” antes de serem publicados numa revista científica, dentro de algumas semanas. Mas a AP-HP explicou ter decidido torná-los públicos agora “por

razões de saúde pública”, face ao contexto da crise pandémica, e comunicou-os às autoridades de saúde francesas e à Organização Mundial da Saúde (OMS).

O tocilizumab (Actemra ou RoActemra), do laboratório Roche, pertence à família dos anticorpos monoclonais – criados em laboratório, a partir de uma única cepa de linfócitos e projetados para atingir um alvo específico.

Usados habitualmente no tratamento da artrite reumatóide, funcionam bloqueando o receptor de uma proteína do sistema imunitário que desempenha um papel importante no processo inflamatório.

Certos pacientes atingidos pelo novo coronavírus sofrem um

brusco agravamento do seu estado ao fim de vários dias, devido a uma perturbação respiratória aguda, um fenómeno provavelmente ligado a uma reação imunitária excessiva do organismo.

Foram incluídas no estudo 129 pessoas hospitalizadas em 13

hospitais: doentes com Covid-19 que sofriam de uma pneumonia de “severidade média a grave” e que precisavam de respiração assistida com oxigénio.

Este perfil corresponde a “apenas a 5% a 10% dos doentes infetados” pelo novo coronavírus, mas fazem parte dos que correm maior risco de se manterem com respiração artificial ou de morrerem, sublinhou Xavier Marriette, co-investigador coordenador do estudo, durante a conferência telefónica.

Metade dos participantes recebeu uma ou duas injeções de tocilizumab além do tratamento padrão (oxigénio, antibióticos e anticoagulantes), enquanto a outra metade recebeu unicamente os remédios comuns. **SO/LUSA**

**Foram incluídas no estudo 129 pessoas, que sofriam de uma pneumonia de “severidade média a grave”**

# ISPUP vai avaliar potencial do Montelukast em doentes internados com Covid-19

Especialistas do ISPUP e do Hospital de São João vão avaliar o potencial do fármaco usado na terapia da asma, em doentes internados com pneumonia “moderada a grave”.

“O ponto forte deste trabalho é ir buscar um fármaco – o Montelukast – que é muito seguro e tem potencial. Há uma plausibilidade biológica para ele funcionar”, afirmou, em declarações à Lusa, André Moreira, médico do Hospital de São João e investigador do ISPUP.

O projeto, desenvolvido no âmbito da linha de financiamento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) ‘RESEARCH 4 COVID-19’, envolve investigadores do ISPUP e mais de 20 especialistas do Hospital de São João, no Porto.

A equipa, que aguarda a aprovação da Comissão Nacional de Ética, pretende testar nos doentes daquele hospital, com menos de 65 anos, e que estão internados (não em ambulatório) com pneumonia pelo SARS-CoV-2 “moderada a grave”, o potencial do fármaco.

“Uma das moléculas que aparece como sendo uma potencial inibidora das proteases do vírus foi o Montelukast, que é um medicamento usado há muitos anos no tratamento da asma e da rinite alérgica. O fármaco é 100% seguro e pode ser usado em grávidas, crianças de seis meses ou doentes hepáticos”, explicou o especialista.

Com cerca de 150 doentes internados no hospital de São João, a equipa vai por isso fazer uma “prova de conceito” e perceber se o fármaco, em conjunto com o habitual tratamento para a covid-19,



tem vantagens, nomeadamente se diminui a “gravidade da duração e intensidade da doença”.

“Se isto acontecer nesta população, então, justifica avançar para idades diferentes e doentes em ambulatório, mas este é o ponto de partida”, referiu.

À Lusa, André Moreira avançou que o fármaco, que em ensaios

‘in vitro’ inibiu uma das proteases do vírus e funcionou em modelos animais, é “extraordinariamente barato e muito usado”.

“É um fármaco que é extraordinariamente barato e muito usado, quem tem alergias conhece bem, existem dezenas de genéricos disponíveis e estamos a falar de um medicamento que, em termos de custo, é mesmo barato”, afirmou o especialista, adiantando que também os efeitos adversos são “conhecidos”.

“O efeito adverso, que tem mais a ver com perturbações do sono e do estado de humor, é conhecido há muito tempo, não é um efeito grave e é perfeitamente reversível em três dias. Para este tipo de população, em ambiente hospitalar, não é um efeito que seja comparativamente a outros fármacos relevante”, salientou.

A equipa de especialistas prepara-se também para fazer o registo na plataforma da Agência Europeia do Medicamento por forma a que “os outros países saibam”.

“Há apenas uma referência de um grupo chinês que sugeriu o reposicionamento deste fármaco, mas até agora não há nenhum ensaio numa perspetiva global a ser feito e queremos comunicar a intenção de fazer”, concluiu.

Com um financiamento de 30 mil euros, este é um dos 66 projetos apoiados pela linha de financiamento ‘RESEARCH 4 COVID-19’, que visa responder às necessidades do Serviço Nacional de Saúde. **SO/LUSA**

**“Há uma plausibilidade biológica para [este fármaco] funcionar”, diz o médico André Moreira**



Prof. Vítor Tedim Cruz

## ISPUP vai avaliar o desempenho cognitivo de doentes com Covid-19

Ferramenta digital vai avaliar o desempenho cognitivo dos doentes infetados com Covid-19 que estão a ser seguidos em duas unidades hospitalares no Norte do país.

“Sabemos que o vírus pode penetrar no sistema nervoso central e manifestar-se ou numa fase aguda, ou mais tardiamente, por complicações neurológicas”, afirma Vítor Tedim Cruz, investigador do ISPUP e diretor do serviço de neurologia do Hospital Pedro Hispano, em Matosinhos.

Em declarações à Lusa, o médico neurologista explicou que o projeto, desenvolvido no âmbito da iniciativa Gulbenkian Soluções Digitais Covid-19, vai, através de uma ferramenta digital, intitulada ‘Brain on Track’, monitorizar o desempenho cognitivo dos “sobreviventes da infeção” que estão a ser seguidos no Hospital Pedro Hispano e no Centro Hospitalar

Entre Douro e Vouga, em Santa Maria da Feira.

“O que procuramos perceber é se o facto de terem sofrido uma infeção pelo vírus pode vir a aumentar o risco de mais tarde terem um diagnóstico de demência, acidente vascular cerebral (AVC), Parkinson ou Alzheimer”, adiantou.

Com base num questionário

sobre os níveis de infeção e, posteriormente, num teste computacional que avalia as funções cognitivas mais importantes – memória, atenção, linguagem, raciocínio e cálculo – os investigadores vão, de três em três meses, conseguir identificar a evolução das “trajetórias cognitivas”.

No entanto, e segundo Vítor Tedim Cruz, tal só será possível através da comparação de dados, nomeadamente, de doentes com covid-19 e pessoas que não foram infetadas com o vírus.

“Se, por exemplo, identificarmos trajetórias de perdas de capacidade, convocamos essas pessoas para uma avaliação neurológica mais completa, inicialmente em registo de teleconsultas e, posteriormente, presenciais se for necessário para fazer os exames de diagnóstico”, referiu.

Apesar do projeto terminar em setembro, a ideia dos especialistas é “acompanhar a longo prazo” estes doentes, que têm de ter mais de 18 anos e, preferencialmente, estar a ser seguidos pelas unidades hospitalares.

“O processo de recrutamento está centrado em doentes que estão em seguimento nestas duas instituições, mas, se houver pessoas da comunidade que também querem ser seguidas basta comunicar ao instituto”, adiantou o especialista.

À Lusa, o especialista adiantou que o objetivo deste projeto, que recebeu um financiamento de 10 mil euros, é que a ferramenta digital ‘Brain on Track’ possa ser utilizada noutras zonas do país.

“O objetivo é disponibilizar a ferramenta a todo e qualquer outro centro que partilha desta necessidade. No final do projeto, se houver um centro em Lisboa ou no Algarve que quer seguir a mesma metodologia, pode usar a ferramenta para essa finalidade”, concluiu.

A iniciativa Gulbenkian Soluções Digitais, lançada no âmbito da pandemia de covid-19, vai financiar 19 projetos orientados para a promoção da saúde pública, com um total de 200 mil euros.

**SO/LUSA**

# Equipa do i3S descobre mecanismo que permite às células detetar e corrigir erros

Mecanismo poderá vir a auxiliar na estratificação de terapias para diferentes tipos de cancro.

O estudo, publicado na revista 'Journal of Cell Biology' e que mereceu "destaque" na revista 'Science', permitiu descobrir que os microtúbulos [estruturas celulares] comunicam às células quando "é preciso corrigir erros".

Em declarações à Lusa, Helder Maiato, investigador do instituto da Universidade do Porto, explicou que apesar de existirem suspeitas de que estas estruturas celulares "não eram todas iguais", desconhecia-se o porquê.

"Havia indicações há mais de 40 anos de que os microtúbulos não eram todos iguais, mas não se sabia para que é que estas diferenças serviam. De há uns anos para cá, começou-se a perceber que estas diferenças nos microtúbulos funcionariam como uma espécie de código", adiantou.

Resultado de mais de cinco anos de trabalho, o estudo permitiu descobrir que os microtúbulos, até então considerados elementos passivos no processo, são "uma espécie de estrada celular" e que indicam às células o "caminho a seguir", ou seja, indicam onde estão "os erros".

"Quando as coisas estão bem feitas, os microtúbulos ficam de uma determinada forma. No entanto, na presença de erros, adquirem uma composição ligeiramente diferente, o que é detetado pelo mecanismo de correção de erros das células, permitindo-lhes discriminar onde estão os erros", esclareceu Helder Maiato, que é também professor na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP).

Os microtúbulos assumem ainda



Helder Maiato

um importante papel na divisão celular, uma vez que são "as cordas que puxam os cromossomas", no entanto, neste "momento delicado da vida da célula" podem ocorrer vários erros na segregação dos cromossomas.

"A grande maioria dos cancros humanos têm alterações

de cromossomas que ocorrem no momento da divisão celular. As células têm mecanismos de correção de erros, sendo que quando está a correr tudo bem, esse mecanismo assegura que as células filhas recebem o mesmo número de cromossomas (23 pares), mas quando não está a funcionar bem, como é o caso dos cancros humanos, esse mecanismo contribui para que as células de determinado tipo de cancro ganhem vantagem", explicou. Segundo Helder Maiato, o estudo, além de contribuir para "perceber como ocorre todo o processo", permitirá futuramente auxiliar na estratificação de terapias para diferentes tipos de cancros.

"Muitos dos fármacos usados atualmente em quimioterapia têm como alvo estes microtúbulos e alteram a sua dinâmica, o que é

curioso porque quando alteramos a dinâmica destes microtúbulos alteramos também o código e, sabendo como é que o mecanismo de deteção de erros da célula responde a este código, vamos saber como é que nas terapias alteramos o código para ter um fim útil", avançou o investigador.

À Lusa, Helder Maiato adiantou ainda que a equipa de investigação já submeteu a candidatura de um projeto à Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) para perceber se "o código está ou não alterado nos diferentes tipos de cancros".

"Vamos agora investigar como é que este código está em vários tipos de cancro, que tipo de alterações é que ele sofre e que implicações as diferentes alterações do código têm para as propriedades dos cancros", concluiu. **SO/LUSA**

**Estudo permitirá auxiliar na estratificação de terapias para diferentes tipos de cancro**

# EBYMECT

DAPAGLIFLOZINA + METFORMINA

# EDISTRIDE

DAPAGLIFLOZINA



DMT2: diabetes mellitus tipo 2  
SGLT2: Inibidor do co-transportador de sódio-glicose 2

**REFERÊNCIAS:**  
1. RCM de Edistride consultado em <http://app7.infarmed.pt/informad/infadeta.php> a 2020.02.17  
2. RCM de Ebymect consultado em <http://app7.infarmed.pt/informad/infadeta.php> a 2020.02.17  
3. Sassi JB, Wexler DJ, Tsapas A, et al. 2019 Update to: Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2018: A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care. 2020;43(2):487-493

### Informações essenciais compatíveis com o Resumo das Características dos Medicamentos

**EBYMECT** 5 mg/850 mg comprimidos revestidos por película contendo 5 mg de dapagliflozina e 850 mg de cloridrato de metformina; **EBYMECT** 5 mg/1.000 mg comprimidos revestidos por película contendo 5 mg de dapagliflozina e 1.000 mg de cloridrato de metformina. Excipiente com efeito conhecido: Ebymect contém menos do que 1 mmol (23 mg) de sódio por dose ou seja, é praticamente "isento de sódio". **Indicações terapêuticas:** Ebymect é indicado em adultos para o tratamento da diabetes mellitus tipo 2 como adjuvante da dieta e do exercício; - em doentes inadequadamente controlados, com a dose máxima tolerada de metformina em monoterapia; - em associação com outros medicamentos para o tratamento da diabetes, em doentes inadequadamente controlados com metformina e estes medicamentos; - em doentes a receber tratamento com a associação de dapagliflozina e metformina em comprimidos separados. Para os resultados de estudos relativos a associações de terapêuticas, efeitos sobre o controlo glicémico, acontecimentos cardiovasculares, e populações estudadas, ver o respetivo RCM. **Posologia:** *Adultos com função renal normal (TFG > 30 ml/min):* A dose recomendada é um comprimido duas vezes por dia. Cada comprimido contém uma dose fixa de dapagliflozina e metformina. Doentes inadequadamente controlados com metformina em monoterapia ou em associação com outros medicamentos para o tratamento da diabetes, devem receber uma dose diária total de Ebymect equivalente a 10 mg de dapagliflozina, mais a dose diária total de metformina, ou a dose terapêutica adequada mais próxima, já em utilização. Quando Ebymect é utilizado em associação com a insulina ou um secretagogo da insulina como a sulfonilureia, deve ser considerada uma dose mais baixa de insulina ou da sulfonilureia para reduzir o risco de hipoglicemia. Doentes que mudam de dapagliflozina (dose diária total 10 mg) e metformina em comprimidos separados para Ebymect, devem receber as mesmas doses diárias de dapagliflozina e metformina já utilizadas ou a dose terapêutica mais próxima e adequada de metformina. **Populações especiais:** A TFG deve ser avaliada antes do início do tratamento com medicamentos contendo metformina e, posteriormente, pelo menos anualmente. Em doentes com risco aumentado de progressão adicional do compromisso renal e nos idosos, a função renal deve ser avaliada com maior frequência, p.ex., a cada 3-6 meses. A dose máxima diária de metformina deve ser preferencialmente dividida em 2-3 doses diárias. Os fatores que podem aumentar o risco de acidose láctica, devem ser revistos antes de se considerar iniciar a metformina em doentes com TFG < 60 ml/min. Se não estiver disponível a dose adequada de Ebymect, devem ser utilizados os componentes individuais em vez da combinação de dose fixa. *TFG 60-89 ml/min:* Dose máxima diária de metformina é de 3.000 mg. A redução da dose pode ser considerada em relação ao declínio da função renal. Dose máxima diária total de dapagliflozina é de 10 mg. *TFG 45-59 ml/min:* Dose máxima diária de metformina é de 2.000 mg. A dose inicial é no máximo metade da dose máxima. A dapagliflozina não deve ser iniciada e a dose máxima diária total é de 10 mg. *TFG 30-44 ml/min:* Dose máxima diária de metformina é de 1.000 mg. A dose inicial é no máximo metade da dose máxima. Não se recomenda dapagliflozina. *TFG < 30:* Metformina é contraindicada e não se recomenda dapagliflozina. Uma vez que a metformina é eliminada em parte pelos rins, e porque os doentes idosos são mais suscetíveis a ter a função renal diminuída, este medicamento deve ser usado com precaução à medida que a idade aumenta. É necessário monitorizar a função renal para prevenir a ocorrência de acidose láctica associada à metformina, em particular nos doentes idosos. Deverá ser considerado o risco de depleção de volume com a dapagliflozina. **Modo de administração:** Via oral. Ebymect deve ser administrado duas vezes por dia, com as refeições, para reduzir as reações adversas gastrointestinais associadas com metformina. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes. Qualquer tipo de acidose metabólica aguda (tal como acidose láctica ou cetoacidose diabética). Pré-coma diabético; Insuficiência renal grave (TFG < 30 ml/min). Situações agudas com potencial para alterar a função renal, tais como: desidratação, infeção grave, choque; Doença aguda ou crónica possível de causar hipoxia tecidual, tais como: insuficiência cardíaca ou respiratória, enfarte do miocárdio recente, choque; Compromisso hepático; Intoxicação alcoólica aguda, alcoolismo. **Advertências:** **Acidose láctica:** Se ocorrerem sintomas suspeitos de acidose láctica, o doente deve parar de tomar Ebymect e procurar assistência médica imediata. **Depleção de volume e/ou hipotensão:** Deverá ser tomada precaução em doentes para os quais a dapagliflozina ao induzir redução na tensão arterial pode colocar um risco, tais como doentes em terapêutica anti-hipertensiva com uma história de hipotensão ou doentes idosos. No caso de situações intercorrentes que podem levar à depleção de volume, recomenda-se monitorização cuidadosa do estado do volume. Recomenda-se interrupção temporária do tratamento com este medicamento para doentes que desenvolvem depleção de volume até a depleção estar corrigida. **Cetoacidose diabética:** Os doentes que podem estar em maior risco de CAD incluem doentes com uma baixa reserva funcional da célula beta, doentes com condições que conduzam a restrição de ingestão alimentar ou desidratação grave, doentes para os quais as doses de insulina são reduzidas e doentes com aumentos nas necessidades da insulina devido a doença aguda, cirurgia ou abuso de álcool. Deverá ser considerado o risco de CAD no caso de ocorrerem sintomas inespecíficos como náuseas, vômitos, anorexia, dor abdominal, sede excessiva, dificuldade respiratória, confusão, fadiga ou sonolência involuntárias. Se ocorrerem estes sintomas os doentes devem ser imediatamente avaliados para cetoacidose, independentemente do nível de glicemia. Antes de iniciar dapagliflozina, devem ser tidos em consideração na história clínica do doente os fatores que possam predispor a cetoacidose. O tratamento deve ser interrompido em doentes hospitalizados para intervenções cirúrgicas maior ou devido a doenças agudas graves. Recomenda-se monitorização dos níveis de cetonas nesses doentes. Em ambos os casos, o tratamento com dapagliflozina pode ser reiniciado quando os valores de cetonas forem normais e o estado do doente estiver estabilizado. Nos doentes em que se suspeita ou se confirma CAD, o tratamento com dapagliflozina deve ser imediatamente descontinuado. Não se recomenda reiniciar o tratamento com inibidores do SGLT2 em doentes com CAD prévia enquanto tomavam inibidor SGLT2, a menos que claramente se identifique e se resolva outro fator precipitante. **Fascite necrotizante do perno (gangrena de Fournier):** Os doentes devem ser aconselhados a procurar assistência médica no caso de uma combinação de sintomas: dor, sensibilidade, eritema ou inchaço na área genital ou perineal, com febre ou mal-estar. Pode ser antecedida de infeção urogenital ou abcesso perineal. Ebymect deve ser interrompido e imediatamente iniciado o tratamento (incluindo antibióticos e desbridamento cirúrgico). **Infeções do trato urinário:** A interrupção temporária do tratamento deve ser considerada quando se tratam pielonefrite ou ureopias. **Amputações dos membros inferiores:** Tal como é recomendado para todos os doentes com diabetes e infeções genitais relacionadas, é importante aconselhar os doentes sobre os cuidados preventivos de rotina dos pés. **Avaliações laboratoriais de urina:** Doentes a tomar este medicamento não apresentam testes positivos para a glicose na sua urina. **Meios de contraste iodados:** Este medicamento deve ser interrompido antes, ou no momento da realização do procedimento imagiológico e só ser retomado pelo menos 48 horas depois, desde que a função renal tenha sido reavaliada e considerada estável. **Cirurgia:** A utilização de Ebymect deve ser interrompida no momento da cirurgia com anestesia geral, spinal ou epidural. O tratamento só pode ser reiniciado pelo menos 48 horas após a cirurgia ou retoma da alimentação por via oral e desde que a função renal tenha sido reavaliada e considerada estável. **Alteração do estado clínico dos doentes com diabetes tipo 2 previamente controlada:** A avaliação deverá incluir níveis de eletrólitos séricos e cetonas, glicemia e, se indicado, pH sanguíneo, lactato, piruvato e metformina. Se ocorrer qualquer forma de acidose, o tratamento deve ser imediatamente suspenso e iniciadas outras medidas corretivas apropriadas. **Interações:** Deve ser considerada uma monitorização cuidadosa do controlo glicémico, o ajuste de dose dentro da posologia recomendada e a introdução de alterações no tratamento diabético quando são administrados concomitantemente medicamentos catiónicos que são eliminados por secreção renal tubular. **Alcool:** Devo evitar-se o consumo de álcool e de medicamentos que contenham álcool. **Teste 1,5 AG:** Não se recomenda a monitorização do controlo glicémico com o teste 1,5 AG dado que as determinações do 1,5 AG não são fiáveis na avaliação do controlo glicémico em doentes a tomar inibidores SGLT2. **Efeitos indesejáveis:** **Muito frequentes:** Hipoglicemia (quando utilizado com SU ou insulina); Sintomas gastrointestinais; **Frequentes:** Vómitos; Infeção urinária, balanite e infeções genitais relacionadas; Infeção do trato urinário; Alteração do paladar; Tonturas; Erupção cutânea; Dor de cabeça; Disúria; Polúria; Hematócrito aumentado; Depuração renal da creatinina diminuída durante o tratamento inicial; Dislipidemia. **Pouco frequentes:** Infeção fúngica; Depleção de volume; Sede; Obstrução; Boca seca; Noctúria; Prurido vulvovaginal; Prurido genital; Creatinemia aumentada durante o tratamento inicial; Ureia no sangue aumentada; Peso diminuído. **Raros:** Cetoacidose diabética. **Muito raros:** Acidose Láctica; Carência de vitamina B12; Afecções da função hepática; Hepatite; Urticária; Eritema; Prurido; Fascite necrotizante do perno (gangrena de Fournier). Pode-se aos profissionais de saúde que notifiem quaisquer suspeitas de reações adversas à Direção de Gestão do Risco de Medicamentos (Site da infarmed: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoam> (preferencialmente) ou Tel. +351217987373; Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita); E-mail: [farmacovigilancia@infarmed.pt](mailto:farmacovigilancia@infarmed.pt)). **Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** AstraZeneca AB, SE-151 85, Södertälje, Suécia. **Representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** Bial-Pórtela & C<sup>o</sup>, S.A. – A Avenida da Siderurgia Nacional 4745-457 Coronado (S. Romão e S. Mamede). NIF: 500220913. Informações revistas em fevereiro 2020. Para mais informações deverá contactar o representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado. **Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento comparticipado pelo Escalão A (90% de comparticipação no regime geral e 85% de comparticipação no regime especial). Versão 1.0 (fevereiro 2020). DMGMA\_PT200211**

**EDISTRIDE** 10 mg comprimidos revestidos por película contendo 10 mg de dapagliflozina. Excipiente com efeito conhecido: Cada comprimido de 10 mg contém 50 mg de lactose anidra. **Indicações terapêuticas:** Edistride é indicado em adultos para o tratamento de diabetes mellitus tipo 2, inadequadamente controlada, como um adjuvante da dieta e exercício; - em monoterapia, quando a metformina é considerada inapropriada devido a intolerância; - em associação com outros medicamentos para o tratamento da DT 2. Para os resultados de estudos relativos a associações de terapêuticas, efeitos sobre o controlo glicémico, acontecimentos cardiovasculares, e populações estudadas, ver o RCM. **Posologia:** A dose recomendada é de 10 mg de dapagliflozina uma vez por dia. Quando a dapagliflozina é utilizada em associação com a insulina ou um secretagogo da insulina, como uma sulfonilureia, deve ser considerada uma dose mais baixa de insulina ou do secretagogo da insulina para reduzir o risco de hipoglicemia. **Populações especiais:** Não se recomenda iniciar Edistride em doentes com uma TFG < 60 ml/min e deve ser descontinuado com TFG persistentemente abaixo de 45 ml/min. Não é necessário ajuste de dose com base na função renal. Recomenda-se monitorização da função renal da seguinte forma: - Antes de iniciar a dapagliflozina e depois pelo menos anualmente; - Antes de iniciar medicação concomitante que pode reduzir a função renal e depois periodicamente. - Para função renal com TFG < 60 ml/min, pelo menos 2 a 4 vezes por ano. Não é necessário qualquer ajuste de dose em doentes com compromisso hepático ligeiro ou moderado. Em doentes com compromisso hepático grave, recomenda-se uma dose inicial de 5 mg. Se for bem tolerada, a dose pode ser aumentada para 10 mg. Em geral, não é recomendado qualquer ajuste da dose baseado na idade. Devem ser tomados em consideração a função renal e o risco de depleção de volume. **Modo de administração:** Via oral, uma vez por dia, a qualquer hora do dia com ou sem alimentos. Os comprimidos devem ser deglutidos inteiros. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. **Advertências:** **Depleção de volume e/ou hipotensão:** a dapagliflozina aumenta a diurese que pode originar uma diminuição modesta na tensão arterial, que pode ser mais pronunciada em doentes com concentrações muito elevadas de glicose no sangue. Deverá ser tomada precaução em doentes para os quais a dapagliflozina ao induzir redução na tensão arterial pode colocar risco, tais como doentes em terapêutica anti-hipertensiva com história de hipotensão ou doentes idosos. No caso de intercorrentes que podem levar à depleção de volume, recomenda-se monitorização cuidadosa do estado do volume. Recomenda-se interrupção temporária do tratamento com dapagliflozina para doentes que desenvolvem depleção de volume até a correção da depleção. **Cetoacidose diabética:** Os doentes que podem estar em maior risco de CAD incluem doentes com uma baixa reserva funcional da célula beta, doentes com condições que conduzam a restrição de ingestão alimentar ou desidratação grave, doentes para os quais as doses de insulina são reduzidas e doentes com aumentos nas necessidades de insulina devido a doença aguda, cirurgia ou abuso de álcool. Deverá ser considerado o risco de CAD no caso de ocorrerem sintomas inespecíficos como náuseas, vômitos, anorexia, dor abdominal, sede excessiva, dificuldade respiratória, confusão, fadiga ou sonolência involuntárias. Se ocorrerem estes sintomas os doentes devem ser imediatamente avaliados para cetoacidose, independentemente do nível de glicemia. Antes de iniciar dapagliflozina, devem ser tidos em consideração na história clínica do doente os fatores que possam predispor a cetoacidose. O tratamento deve ser interrompido em doentes hospitalizados para intervenções cirúrgicas maior ou devido a doenças agudas graves. Recomenda-se monitorização dos níveis de cetonas nesses doentes. Em ambos os casos, o tratamento com dapagliflozina pode ser reiniciado quando os valores de cetonas forem normais e o estado do doente estiver estabilizado. Nos doentes em que se suspeita ou se confirma CAD, o tratamento com dapagliflozina deve ser imediatamente descontinuado. Não se recomenda reiniciar o tratamento com inibidores do SGLT2 em doentes com CAD prévia enquanto tomavam inibidor SGLT2, a menos que claramente se identifique e se resolva outro fator precipitante. A dapagliflozina 10 mg não deve ser utilizada para tratamento de doentes com DT 1. **Fascite necrotizante do perno (gangrena de Fournier):** Os doentes devem ser aconselhados a procurar assistência médica no caso de uma combinação de sintomas: dor, sensibilidade, eritema ou inchaço na área genital ou perineal, com febre ou mal-estar. Pode ser antecedida de infeção urogenital ou abcesso perineal. Edistride deve ser interrompido e imediatamente iniciado o tratamento (incluindo antibióticos e desbridamento cirúrgico). **Infeções do trato urinário:** A excreção urinária de glicose pode estar associada com o aumento do risco de infeção do trato urinário, pelo que, a interrupção temporária da dapagliflozina deve ser considerada quando se trata pielonefrite ou ureopias. **Amputações dos membros inferiores:** Tal como é recomendado para todos os doentes com diabetes é importante aconselhar os doentes sobre os cuidados preventivos de rotina dos pés. **Avaliações laboratoriais de urina:** Doentes tratados com Edistride apresentarão testes positivos para a glicose na sua urina. **Lactose:** Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência total de lactase ou má absorção de glicose/galactose não devem tomar este medicamento. **Interações:** A dapagliflozina pode aumentar o efeito diurético da fuzida e dos eletrólitos da urina e pode aumentar o risco de desidratação e hipotensão. **Teste 1,5 AG:** Não se recomenda a monitorização do controlo glicémico com o teste 1,5 AG dado que as determinações do 1,5 AG não são fiáveis na avaliação do controlo glicémico em doentes a tomar inibidores SGLT2. **Efeitos indesejáveis:** **Muito frequentes:** Hipoglicemia (quando utilizado com SU ou insulina); Frequentes: Vómitos; Infeção urinária, balanite e infeções genitais relacionadas; Infeção do trato urinário; Tonturas; Erupção cutânea; Dor de cabeça; Disúria; Polúria; Hematócrito aumentado; Depuração renal da creatinina diminuída durante o tratamento inicial; Dislipidemia. **Pouco frequentes:** Infeção fúngica; Depleção de volume; Sede; Obstrução; Boca seca; Noctúria; Prurido vulvovaginal; Prurido genital; Creatinemia aumentada durante o tratamento inicial; Ureia no sangue aumentada; Peso diminuído. **Raros:** Cetoacidose diabética. **Muito raros:** Acidose Láctica; Angioderma; Fascite necrotizante do perno (gangrena de Fournier). Pode-se aos profissionais de saúde que notifiem quaisquer suspeitas de reações adversas à Direção de Gestão do Risco de Medicamentos (Site da infarmed: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaoam> (preferencialmente) ou Tel. +351217987373; Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita); E-mail: [farmacovigilancia@infarmed.pt](mailto:farmacovigilancia@infarmed.pt)). **Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** AstraZeneca AB, SE-151 85, Södertälje, Suécia. **Representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** Bial-Pórtela & C<sup>o</sup>, S.A. – A Avenida da Siderurgia Nacional 4745-457 Coronado (S. Romão e S. Mamede). NIF: 500220913. Informações revistas em fevereiro 2020. Para mais informações deverá contactar o representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado. **Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento comparticipado pelo Escalão A (90% de comparticipação no regime geral e 85% de comparticipação no regime especial). Versão 1.0 (fevereiro 2020). DMGMA\_PT200211**

Sob licença de AstraZeneca

Titular do AIM e Comercialização:

**AstraZeneca**  
AstraZeneca Produtos Farmacêuticos, Lda  
E. Humberto Moreira n.º 7 | Quilote Dário - 2720-037 Belemonte  
Cantanhão n.º 91 602 942 943 Caixa Social 1.560.300E  
NIF: 50230-1220 e 20102/2010

Proteção e comercialização por:

**Bial**

Bial-Pórtela & C<sup>o</sup>, S.A.  
Avenida da Siderurgia Nacional 4745-457  
Coronado S. Romão e S. Mamede  
NIF: 500220913



EVFV20/PT001

**EBYMECT**<sup>®</sup>

DAPAGLIFLOZINA + METFORMINA

**EDISTRIDE**<sup>®</sup>

DAPAGLIFLOZINA

# A DIABETES

**QUASE**

# NUNCA VEM SÓ

**FAZ SENTIDO TRATAR A  
DMT2 SEM PREVENIR AS  
COMPLICAÇÕES  
CARDIORRENAIS?<sup>1-3</sup>**



**Bial**

Diabetes

