saúde notícias

REVISTA N.º 03 • NOVEMBRO 2020 • ANO I • MENSAL • GRATUITA (PARTE INTEGRANTE DO JORNAL ECONÓMICO)

DOSSIER DOR
NÃO HÁ RAZÃO PARA VIVER EM SOFRIMENTO

LINFOMAS
OS SINAIS A QUE DEVE ESTAR ATENTO

SAÚDE CARDIOVASCULAR
A AMEAÇA DO FAST-FOOD

DOSSIER CONTRACEÇÃO
O QUE TALVEZ NÃO SAIBA

PSORÍASE
100 MIL DOENTES SEM TRATAMENTO

DIABETES
A OUTRA PANDEMIA DO SÉCULO

QUEM É QUEM
NESTA EDIÇÃO

Índice

4
Dr.ª Roxana Precu
Gsk assegura mil milhões de doses adjuvante em 2021 Covid 19

8
Eng. Jaime Melancia
Psoríase "É bom que os doentes não desistam"

12
Dr. José Manuel Boavida
Diabetes descompensada aumenta os riscos face à Covid-19

14
Prof. Dr. João Filipe Raposo
Diabetes a outra pandemia do nosso século

20
Jenifer Duarte
AJDP quer mostrar que os doentes "são iguais às outras pessoas"

25
Dr. Raul Marques Pereira
"Já existem terapêuticas seguras eficazes"

27
Drª Beatriz Craveiro Lopes
"O que nos esmaga é a dor musculoesquelética"

30
Prof. Manuel Carrageta
"Fast Food é a "nova ameaça" no panorama cardiovascular português"

38
Drª Fátima Palma
"É muito mais difícil impedir a espermatogénese do que a ovulação"

40
Drª Helena Cid
"A sopa oferece inúmeros benefícios nutricionais"

FICHA TÉCNICA

SAÚDE ONLINE

Diretor Geral
Luís Araújo
laraujo@saudeonline.pt

Subdiretor
Tiago Caeiro
tcaeiro@saudeonline.pt

Diretora da Unidade de Negócio
Ana Gaspar
agaspar@saudeonline.pt

Jornalistas
Sónia Sul
Alexandra Ribeiro
Adelaide Oliveira
Rita Vassal

Artigos de Opinião
Rui Nogueira
Daniela Guerra
Ana Aroso
Teresa Bombas
Fernanda Mendes Barata
Helena Cid

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

Propriedade
Joana Correia de Freitas Santos Coração
De Figueiredo Araújo
Rua António Quadros 1 – 1ºA
1600-875 Lisboa

Isenção de registo na ERC, nos termos da alínea a) Do nº1 do artigo 12º do decreto regulamentar Nº 8/99, de 9 de junho

Periodicidade
Mensal

Esta revista é parte integrante

Qual é a utilidade do Orçamento Geral de Estado para evitar a degradação do SNS?

A despesa em saúde em contexto de pandemia é uma realidade nunca vista! Qual é a utilidade do Orçamento Geral de Estado nos dias de hoje? Continuar a suborçamentar em saúde é uma aventura que descredibiliza e desanima. O sinal político que se espera é haver um reforço claro no orçamento da saúde e libertar as pessoas desta despesa. Salvar o SNS. "Ó Costa, aguenta lá o Serviço Nacional de Saúde", como pediu António Arnaut em 2018 momentos antes de nos deixar.

A palavra de ordem poderia ser "evitar a degradação do SNS a todo o custo e apostar no seu desenvolvimento e renovação após a pandemia". Reforçar o orçamento na rubrica "saúde" pode ser um sinal político para proteger o SNS. Porém, é necessário afirmar, reafirmar e traduzir em atos, agora mais do que nunca, o que vamos fazer para defender o SNS.

As incertezas da saúde e da doença sempre nos preocuparam. Gastar menos em saúde seria excelente, mas é uma utopia. Com mais tecnologias disponíveis, melhores tratamentos, mais idosos e maiores exigências sociais, não se afigura possível ter esperança de que gastemos menos em saúde a cada ano que passa.

No entanto, se olharmos para a despesa anual no SNS – não para o orçamento, mas para a despesa – passamos de 7,5 mil milhões de euros para 12,3 mil milhões de euros entre os anos 2000 e 2010. Mas de 2011 a 2014 passamos a despesa no SNS de 11,3 mil milhões para 10,3 mil milhões. A degradação das unidades de saúde foi, ou é ainda, muito evidente. Perderam-se recursos humanos e degradaram-se equipamentos e instalações. O principal e mais valioso património do SNS – os recursos humanos – foi perigosamente delapidado. Temos perdido os médicos mais experientes e não conseguimos atrair os mais jovens em número suficiente.

Desde 2015 entramos num novo ciclo, com recuperações progressivas ano após ano, mas é ainda insuficiente. A despesa prevista para 2019 é 13,02 mil milhões de euros. **Entre 2015 e 2019 a despesa no SNS aumentou cerca de 18,8%, mas não chegou para recuperar as perdas dos anos anteriores.**

Quando olhamos para o OGE 2021 e depois de tudo o que está a acontecer em 2020, não é possível ficar com dúvidas: continuamos com suborçamentação na saúde. Pois se em 2019 já tivemos uma despesa acima de 13 mil milhões, como é que em 2021 temos um orçamento de 12,565 mil milhões de euros!? **Com as consequências ainda imprevisíveis do ano atípico que vivemos, com tudo o que ficou por fazer em 2020, como é que podemos prever gastar menos do que em 2019!?**

Sim, há um reforço de cerca de 700 milhões de euros no orçamento 2021 em relação a 2020. Valha-nos a intenção de "reforçar o investimento nas unidades de cuidados de saúde primários do SNS até 90 milhões de euros", que, todavia, parece muito pouco, mas mesmo muito pouco, tendo em conta as necessidades conhecidas e a degradação de instalações e equipamentos dos últimos anos.

É necessário referir que o orçamento prevê um reforço de mais 4.200 profissionais para o SNS, um plano que pretende manter "a trajetória de reforço dos recursos humanos do SNS em 8.400 profissionais no biénio 2020-2021". Sem dúvida que é muitíssimo pouco! Basta atender ao número de aposentações previstas: só entre os médicos de família é previsível mais de 500 aposentações em 2021. Se conseguíssemos integrar 500 novos médicos de família seria o mínimo para repor os quadros, mas é necessário fazer um esforço para concretizar programas específicos e adequados para zonas com características diferentes e contextos mais complexos. Se continuarmos a usar as mesmas medidas não conseguiremos resultados diferentes dos habituais e reconhecidamente insatisfatórios. Não poderemos continuar a perder médicos de família nos centros de saúde. Não podemos continuar a deixar utentes inscritos sem médico de família e médicos de família sem utentes.

O SNS precisa de todos nós, mas é indispensável uma atitude clara de política orçamental que defenda este património, com a sua cultura humanista e a sua posição universalista. É indispensável uma atitude política de salvamento. A competência está lá.

Dr. Rui Nogueira
Presidente da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar

DR.ª ROXANA PRECU

Covid-19. GSK aumenta a capacidade de produção e assegura mil milhões de doses de adjuvante em 2021

Em entrevista, a nova diretora-geral da GlaxoSmithKline (GSK) em Portugal explica o contributo da GSK para ajudar a minimizar o impacto da pandemia e reforça o compromisso da multinacional britânica em continuar a investir em ciência e inovação para encontrar respostas a necessidades médicas não satisfeitas.

POR: **TIAGO CAEIRO**

Acaba de assumir a direção-geral da GSK em Portugal. Conte-nos um pouco do seu percurso e as primeiras impressões do país.
Nos últimos 20 anos, passei por países tão diferentes como a Ucrânia, o Reino Unido, a Turquia, a China e, agora, Portugal. Têm sido experiências extremamente enriquecedoras, que me têm permitido conhecer diferentes culturas e mentalidades. Sinto, por isso, que esta oportunidade chega no momento certo da minha carreira.

Como se está a posicionar a GSK no combate à pandemia de Covid-19? Que projetos estão em curso?
Começámos a acompanhar esta emergência de saúde pública desde o primeiro minuto e a mover todos os esforços para ajudar a ultrapassar a situação. A nível global, efetuámos um donativo de dez milhões de dólares ao "COVID-19 Solidarity Response Fund", para apoiar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da pandemia, nomeadamente, a distribuição de material e produtos essenciais para os profissionais de saúde que estão na linha da frente.
O nosso esforço mais visível é, no entanto, as colaborações e parcerias para descobrir uma vacina. Para isso, estamos a contribuir com a nossa tecnologia adjuvante, sendo que uma das parcerias mais avançadas, com a Sanofi, iniciou recentemente ensaios clínicos em humanos. A esse respeito, é de salientar que já assumimos o compromisso de aumentar a nossa capacidade de produção para assegurar o fornecimento de mil milhões de doses de adjuvante no próximo ano.
Importa sublinhar, ainda, que já nos comprometemos em abdicar de qualquer mais-valia financeira decorrente das colaborações em curso para descobrir uma vacina candidata para a Covid-19. Isto significa que todos os benefícios financeiros a curto prazo serão reinvestidos na pesquisa de respostas terapêuticas para combater a pandemia.

Em Portugal, entre outras ações, apoiamos, através de um donativo financeiro para a iniciativa "Todos por Quem Cuida", a aquisição de equipamentos para o SNS. Contribuímos para o programa "Emergência abem: COVID-19", da Associação Dignitude, que se destina a apoiar todas as pessoas, principalmente as que se encontram em situações mais fragilizadas, no acesso aos medicamentos, produtos e serviços de saúde que precisam para viver.

Considera que a parceria estabelecida com a Sanofi para a produção de uma vacina é uma prova de que a indústria se consegue unir pelo bem comum?
Vivemos tempos extraordinários e sem precedentes para a maioria de nós. Tempos extraordinários exigem esforços extraordinários. Assim, se há lição que podemos retirar desta pandemia é que sozinhos podemos ir mais rápido, mas juntos vamos, sem dúvida, mais longe.

A GSK tem uma posição de liderança na área de vacinas em Portugal. É uma aposta para continuar?
A GSK lidera, a nível mundial, a investigação e produção de vacinas para prevenir diversas doenças infeciosas. Temos mais de 30 vacinas desenvolvidas que ajudam a proteger contra 21 doenças. Cerca de 40% das crianças de todo o mundo estão protegidas com, pelo menos, uma vacina da GSK e dois milhões de doses das nossas vacinas são disponibilizadas todos os dias, em 160 países.
No entanto, atualmente, a vacinação não é uma questão apenas pediátrica e constitui um fator crítico de sucesso para um envelhecimento saudável, sendo que a população adulta tem ao seu dispor um conjunto alargado de vacinas que podem ajudar a prevenir doenças infeciosas muito graves.

Que empresa encontrou, do ponto de vista interno, quando assumiu a liderança da GSK Portugal?
O que encontrei foi um conjunto de profissionais muito talentosos e altamente conscientes das suas prioridades: trabalhar ao lado dos profissionais de saúde e das autoridades, em benefício dos doentes.

Como está organizado o portfólio da GSK? Que áreas têm mais peso?
Em termos de áreas, há que salientar a respiratória, em que temos um percurso com mais de 50 anos no desenvolvimento de tratamentos para doenças respiratórias crónicas, como a asma, asma grave e a doença pulmonar obstrutiva crónica. As vacinas são outra das áreas-chave. Há que mencionar, ainda, a área da oncologia, onde estamos empenhados em desenvolver opções terapêuticas que deem resposta a necessidades médicas não satisfeitas, tendo como objetivo primordial a maximização da sobrevivência e a qualidade de vida dos doentes oncológicos.

"NO INÍCIO DO PRÓXIMO ANO, PREVEMOS LANÇAR EM PORTUGAL UM MEDICAMENTO INOVADOR PARA O CANCRO DO OVÁRIO QUE REPRESENTA UMA ESPERANÇA RENOVADA PARA MULHERES QUE VIVEM ESTE DRAMA"

Como avalia a aposta da GSK na oncologia? Que moléculas destaca?
Neste momento, temos 14 moléculas em desenvolvimento, nas áreas do cancro do ovário, mieloma múltiplo, cancro do endométrio, cancro do pulmão de células não-pequenas e tumores dos dutos biliares, entre outros. No início do próximo ano, prevemos lançar em Portugal um medicamento inovador para o cancro do ovário que representa uma esperança renovada para mulheres que vivem o drama do cancro do ovário.

Uma parte da opinião pública continua a olhar para a indústria como um setor que apenas colhe lucros. No entanto, o investimento feito em I&D é enorme. Qual o investimento anual da GSK em I&D?
Penso que essa perceção tem vindo a alterar-se e, atualmente, acredito que a sociedade nos vê como parte da solução e uma parte muito ativa e determinante. No que diz respeito à GSK, no ano passado investimos cerca de 5,18 mil milhões de euros em I&D e temos uma equipa de 12 mil investigadores e cientistas em todo o mundo a trabalhar na pesquisa de soluções terapêuticas para necessidades médicas não satisfeitas.

NP-PT-ABX-ADVT-200002 | setembro 2020

O sofrimento do fado:
doentes reumáticos não devem sofrer em silêncio

Incidindo sobre os principais desafios em torno do acesso à especialidade de Reumatologia, como paradigma do que acontece com outras doenças crónicas, o presidente da Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR), o Dr. Luís Cunha Miranda, ilustra com a artrite reumatóide a importância de procurar ajuda precocemente e controlar a doença.

POR: **SÓNIA SUL**

A artrite reumatóide é uma doença inflamatória sistémica, pelo que, embora afete sobretudo as articulações, destruindo-as, pode suscitar manifestações noutros órgãos. Estima-se que esta doença crónica atinja cerca de 1% da população, sendo duas a quatro vezes mais incidente nas mulheres. Quanto às causas, acredita-se que esteja envolvido um conjunto de fatores, dentro dos quais se sabe que existe uma pré-disposição genética não necessariamente herdada e que o "tabaco é um fator desencadeador da doença importante".

À semelhança de outras patologias reumáticas, o peso social e económico da artrite reumatóide é muito significativo para os doentes. Entre outros aspetos, destaca o Dr. Luís Cunha Miranda, "a artrite reumatóide influencia a família e o desenvolvimento de uma carreira, que por si só já é difícil de ter", visível pelos dados que apontam para metade destes doentes a abandonar o emprego.

Ainda que possa haver a tendência para associar a patologia à velhice, a artrite reumatóide, tal como "as doenças reumáticas inflamatórias como lúpus, espondilite e artrite psoriática têm um impacto imenso na sociedade por atacarem as pessoas em picos de idade ativa. São pessoas que trabalham, têm sonhos e um longo futuro", explica.

Segundo a plataforma Reuma.pt, o número de doentes acompanhados em Portugal tem vindo a aumentar. Não obstante, o médico garante que o acesso à especialidade de Reumatologia nem sempre é fácil. "Tem sido feito um esforço para formar mais reumatologistas e para melhorar alguns serviços", mas "existem barreiras a que se implemente a rede de referenciação hospitalar de Reumatologia".

"Sabemos que 48% dos hospitais que deviam ter Reumatologia não têm", mesmo havendo a capacidade para colocar estes especialistas "em muitos desses hospitais, e estamos a falar de hospitais como Amadora-Sintra, Santo António (no Porto), Guimarães, Vila Franca de Xira, Cascais, Bragança", explicita o reumatologista.

Para o Dr. Luís Cunha Miranda, "o principal desafio é fazer entender que é necessário um planeamento a médio e longo prazo para as especialidades hospitalares que não estão tão ligadas à urgência", sendo para isso necessário auditar as redes de referenciação e perceber qual a taxa de execução e quais as necessidades - de recursos humanos e físicos - por especialidade e local. "Sem uma estratégia, é difícil definir o caminho", lamenta, lembrando que desde 2014 deixou de existir um plano da Direção-Geral da Saúde para a prevenção das doenças reumáticas.

"Parece haver um desinteresse motivado pela forma como os hospitais são financiados, sobretudo através de atos cirúrgicos", e pela falta de uma "visão integrada" relativa aos gastos em saúde e gastos na Segurança Social.

"As reformas antecipadas em Portugal pelas doenças reumáticas no global correspondem a quase 900 milhões de euros anuais. É brutal num país que não tem assim tanto dinheiro, e significa que se tivéssemos uma boa estratégia seríamos capazes de reduzir pelo menos para metade esse gasto", sublinha o responsável.

Alerta ainda que estas doenças crónicas, menos relacionadas de forma direta com a mortalidade e mais com a incapacidade, "vão ser dramáticas em Portugal nos próximos 20 anos". "Vamos ser um dos países mais envelhecidos da Europa e do mundo e não temos uma política de envelhecimento que permita envelhecer com melhor qualidade", argumenta.

Para o presidente da SPR, a estratégia não pode ser "reativa" e tem de passar pelo diagnóstico precoce e pela acessibilidade às consultas, até porque as terapêuticas, nomeadaemnte para a artrite reumatóide, "hoje em dia são muitíssimos mais eficazes do que eram há 15-20 anos", tendo até algum potencial de recuperação. Assim, "a identificação nos primeiros três meses, no máximo primeiros seis meses, do início das queixas, faz toda a diferença, possibilitando que a pessoa tenha uma vida completamente normal", reforça.

As terapêuticas são dirigidas de acordo com o perfil do doente e o tipo de atividade da doença. "Numa estratégia de treat to target, definimos como alvo não ter articulações inchadas, dolorosas, não ter rigidez, não ter incapacidade e orientamos as ações para alcançar esse objetivo. Atualmente conseguimos isso num grande número de doentes, permitindo períodos muito longos de baixa atividade ou remissão da doença", declara.

Nesse sentido, a mensagem é clara. "É muito importante que os doentes reumáticos não se escondam da sua doença e não pensem, um pouco na perspetiva do sofrimento do fado, que têm de sofrer em silêncio. Os doentes devem procurar ajuda, nomeadamente do médico reumatologista, se uma situação se prolonga no tempo, se incomoda, se tem repercussões na vida diária. Não se devem resignar à dor nem à doença reumática", conclui.

Psoríase.

"É bom que os doentes não desistam e não se resignem à sua doença"

O Dia Mundial da Psoríase assinalou-se a 29 de outubro e o Eng. Jaime Melancia, presidente da PSO Portugal, lembra, a propósito da data, os constrangimentos sentidos pelos doentes psoriáticos no acesso a consultas da especialidade de Dermatologia.

POR: **RITA VASSAL**

A psoríase é muito mais do que uma doença de pele. Tem como principal característica as lesões avermelhadas na pele, com descamação esbranquiçada, mas os impactos na vida do doente vão para além dessas manifestações. "Não é uma simples doença de pele; é uma doença inflamatória, crónica, sistémica, que pode ter implicações em vários órgãos e ter outras comorbilidades associadas, nomeadamente a doença cardiovascular", e até 30% dos doentes pode desenvolver artrite psoriática, explica Jaime Melancia.

O dirigente identifica as duas áreas mais problemáticas na vida de quem vive com esta patologia. A primeira destacada é a componente psicológica, porque "a doença em si, quando é visível, cria um forte estigma social com um grande impacto" na vida dos doentes. A "vergonha" pelas lesões e a discriminação da sociedade por pensar que se trata de uma doença contagiosa, que não é, levam muitos doentes a relatarem quadros clínicos de depressão e ansiedade, que afetam a vida familiar, a vida íntima e também a vida profissional.

Depois, estes doentes debatem-se também com dificuldades no acesso à especialidade de Dermatologia no Serviço Nacional de Saúde. As listas de espera para consultas rondam os oito meses, o que também restringe o acesso às terapêuticas mais recentes, disponibilizadas apenas nos hospitais, como os imunomodeladores e imunossupressores. E os números são expressivos: **dos cerca de 200 a 250 mil doentes com psoríase em Portugal, apenas 100 a 120 mil recebem tratamento.**

Em consequência, muitos doentes são seguidos nos cuidados de saúde primários e continuam a ser tratados com terapêuticas clássicas, consideradas menos eficazes.

NOVOS FÁRMACOS MELHORAM QUALIDADE DE VIDA

A inovação terapêutica tem sido um dos fatores de sucesso no controlo da psoríase nas duas últimas décadas, com o surgimento de fármacos criados para atuar nos mecanismos que estão na origem da doença.

"Há muita inovação, novos medicamentos; hoje em dia qualquer psoríase pode ser tratada e é bom que os doentes não desistam e não se resignem à sua doença", reconhece o Jaime Melancia, destacando a possibilidade de uma melhoria significativa da qualidade de vida dos doentes sob as terapêuticas imunossupressoras e imunomoduladoras, desde que tenham acesso e consigam manter o tratamento e o acompanhamento especializado.

Por esse motivo, apesar de reconhecer as dificuldades, o presidente da associação representante dos doentes incentiva-os a procurarem ajuda especializada e aconselha-os a entrarem "num círculo virtuoso de controlo da doença e não num círculo vicioso de problema arrasta problema".

PANDEMIA POR SARS-COV 2 AJUDA A DESENVOLVER A TELECONSULTA

Uma das possíveis soluções para melhorar o acesso dos doentes psoriáticos a consultas e à inovação terapêutica até já existia no terreno, mas teve um desenvolvimento exponencial devido à pandemia causada pelo novo coronavírus.

Com o confinamento decretado em março, os hospitais apostaram nas teleconsultas e no seguimento telefónico para continuar a apoiar os doentes, tanto no setor público, como no privado.

Hoje, a maioria das unidades já retomou a atividade com consultas presenciais, mas como a experiência correu bem a PSO Portugal quer dar continuidade a esta forma de seguir os doentes à distância e já está a recrutar dermatologistas e a estabelecer protocolos com agrupamentos de centros de saúde, com o apoio do Centro Nacional de Telemedicina, para um projeto próprio de telemedicina.

Nas palavras de Jaime Melancia, esta pode ser uma forma de "chegar aos mais de 100 mil doentes com psoríase que não têm tratamento".

COM DERMATITE ATÓPICA ATÉ VESTIR CAUSA DOR.

"É A AFLIÇÃO DE TER AS DOBRAS DAS PERNAS E DOS BRAÇOS QUASE EM CARNE VIVA... É TER COMICHÃO ATÉ NO COURO CABELUDO, NAS ORELHAS, NAS COSTAS E NAS VIRILHAS."

***TATIANA**, testemunho real*

A Dermatite Atópica é uma doença inflamatória crónica da pele, sem cura.
O que para a maioria das pessoas é um bom momento,
para estes doentes é um sofrimento.

As lesões não são apenas físicas mas também emocionais.

Consulte o seu médico especialista para mais informação.

SNPT.DUP.19.12.0471

DERMATITE ATÓPICA DA **#dermatiteatopica**

Com o apoio:

SANOFI GENZYME

ADERMAP Associação Dermatite Atópica Portugal

SPDV Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia

A Psicossomática e a Perturbação Gastrointestinal Funcional

Dr.ª Fernanda Mendes Barata
Neuropsicóloga e Psicoterapeuta

A dor, apesar de não ter ainda marcadores biológicos mensuráveis, possui um potencial de ação no contexto de um dano tecidular. Nestes casos, há algo a que podemos recorrer: uma lesão que medimos, nomeamos e sobre a qual podemos conduzir um tratamento orientado à cura ou à paliação.

A origem da dor psicossomática não apresenta esta visibilidade concreta que nos é oferecida por um mecanismo de quantificação da subjetividade da dor. Mais: a dor oscila com a psique do doente e esta, em boa medida, manifesta-se como reação aos eventos que fazem parte do seu quadro de intimidade.

Donde jamais podemos excluir os dados sobre os mecanismos biopsicossociais que tornam aquele nosso paciente numa pessoa única, no quadro do nosso universo de conhecimento. É por causa desta subjetividade que a dor, sobretudo a dor psicossomática, tem de ser analisada à lupa: quem é esta pessoa cuja dor não se explica fisiologicamente, mas existe? A unidade singular do doente é, por isso, uma circunstância importante sobre a qual gostaria de deixar uma palavra e utilizo – para efeitos de concretização – o exemplo de duas pessoas que acompanho em processo neuropsicológico, ambas sofrendo da síndrome gastrointestinal funcional (SGF).

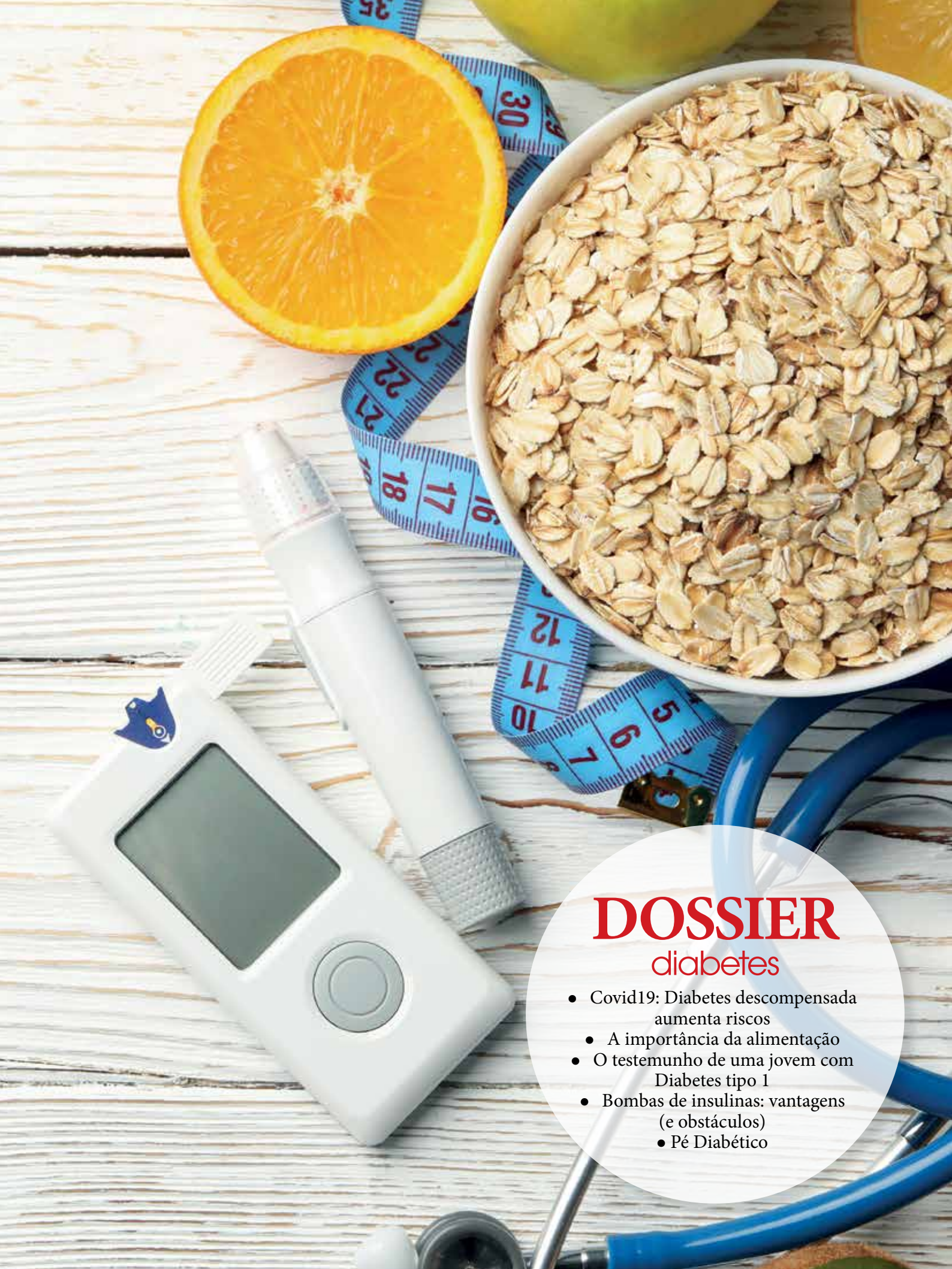
A SGF caracteriza-se pela dor abdominal contínua, persistente ou recorrente, não estando associada a uma etiologia da estrutura intestinal. Classifica-se como uma perturbação debilitante sem evidência de anormalidades estruturais (bioquímicas) que expliquem o sintoma. A esta associamos o enfraquecimento de todos os sistemas do indivíduo: familiar, social e profissional, com perda de funcionalidade diária e com prejuízo, por vezes grave, da qualidade de vida.

Embora se saiba que uma das possíveis causas da SGF possa estar associada à deficiência na inibição da dor homeostática, a qual pode estar relacionada com a atividade anormal de um neuropeptídeo, o facto é que as pessoas referidas neste exemplo, apesar de medicadas para o efeito, não mostravam evolução positiva.

Em ambos os casos, o acompanhamento psicoterapêutico foi fornecendo as ferramentas para estas pessoas se debruçarem sobre o seu interior; e as reflexões que os dois pacientes realizaram acabaram por conduzir a um efeito extraordinariamente útil no controlo dos sintomas.

Estas pessoas deixaram de sentir dor? Sim. Contudo, periodicamente e com diversa intensidade, esta dor reaparece, parecendo atuar como ferramenta de proteção face às circunstâncias psicossociais. Claramente se entende que há um mecanismo neurobiológico associado ao modo como pensam, sentem e se comportam no processo de origem da dor.

Em suma, a dor física, emocional e até moral e espiritual constituem-se como parte do sistema biofisiológico do Ser, que se nos apresenta como um todo. Ou seja, nas estratégias de avaliação e tratamento da dor crónica e persistente é necessário estudar as vertentes neuropsicológicas, bem como avaliar as componentes afetivas, presentes em processos de paliação da subjetividade.



DOSSIER
diabetes

- Covid19: Diabetes descompensada aumenta riscos
- A importância da alimentação
- O testemunho de uma jovem com Diabetes tipo 1
- Bombas de insulinas: vantagens (e obstáculos)
- Pé Diabético

Diabetes descompensada aumenta os riscos face à Covid-19

"Quanto mais as pessoas se cuidarem e se protegerem, maior será a sua qualidade de vida e a sua felicidade", diz o Dr. José Manuel Boavida, presidente da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP).

POR: **ADELAIDE OLIVEIRA**

Iluminar Média - Luís Ribeiro

A diabetes é mais do que o açúcar elevado, explica o Dr. José Manuel Boavida, médico endocrinologista. "É todo um processo inflamatório do organismo que conduz ao desenvolvimento de lesões nos diferentes órgãos. Perante uma infeção, essa inflamação prejudica a resposta de defesa imunitária". Em relação à Covid-19, isso é muito claro: "as pessoas que têm uma má compensação da diabetes e são infetadas pelo SARS-CoV-2 têm pior prognóstico".

Desde os primeiros dias da pandemia, "a APDP fez um apelo à população com diabetes para se proteger e se cuidar". No regresso "à nova normalidade" e às consultas de rotina, "verificamos que houve muita gente que conseguiu perder peso e controlar a diabetes".

Aliás, as pessoas com diabetes "têm mostrado um grande sentido de responsabilidade. Em cerca de 1.500 testes serológicos que fizemos à população seguida na APDP, verificámos que a percentagem de pessoas que estiveram em contacto com o vírus é cerca de metade daquela que o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (INSA) detetou na população portuguesa. Isso significa que as pessoas souberam proteger-se, tiveram cuidado consigo próprias em relação ao vírus e souberam adaptar-se à necessidade de um maior rigor no seu próprio controlo".

As medidas adotadas pela APDP desde o início da pandemia para conseguir manter o apoio e o seguimento das pessoas com diabetes já foram reconhecidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um exemplo de boas práticas. A criação da Linha de Apoio Diabetes é uma dessas medidas. Atualmente, qualquer pessoa com diabetes, familiar ou cuidador, pode ligar para a linha de apoio (21 381 61 61), de qualquer ponto do país, entre as 9h e as 17h, incluindo fins de semana e feriados. O objetivo é que as pessoas com diabetes, em muitas situações, "não tenham de se deslocar para resolver o seu problema de saúde e reforçar, assim, a comunicação com este grupo de risco".

O Dr. José Manuel Boavida defende, aliás, que se invista mais em formas de apoio que vão além da relação tradicional entre médico e doente. Por exemplo, espaços da diabetes locais desenvolvidos pelas autarquias, onde as pessoas se possam encontrar e organizar em grupos de interajuda. "As pessoas aprendem muito com as suas próprias experiências. Através dessa partilha de conhecimento, os grupos de interajuda são extremamente importantes". A APDP estará sempre disponível para os apoiar com sessões de educação, ações de esclarecimento "e tudo o que for preciso".

A Associação lançou agora mais uma campanha de redução de risco, nesta ocasião contra a gripe e a pneumonia pneumocócica. O objetivo é sensibilizar para a importância de reduzir o risco de gripe e pneumonia pneumocócica no período que se aproxima e reforçar a importância da luta contra estas doenças.

"As pessoas com doenças crónicas, como a diabetes, têm um risco superior de complicações e mortalidade associadas à gripe e pneumonia pneumocócica, mesmo com uma boa gestão da doença. A garantia de melhores resultados em saúde implica claramente que as pessoas se vacinem", sublinha.

O médico defende que "quanto mais as pessoas se cuidarem e se protegerem, maior será a sua qualidade de vida e a sua felicidade. Quando lutamos contra as doenças, lutamos pelo bem-estar das pessoas e é isso que nos interessa".

MAIS PESSOAS PODEM FAZER

A QUALQUER HORA, EM QUALQUER LUGAR

O sistema FreeStyle Libre melhora o controlo glicémico.[1,2]
Meça os níveis de glicose sem tiras de teste e sem picadas de rotina.[3]

FreeStyle Libre
SISTEMA FLASH DE MONITORIZAÇÃO DE GLICOSE

life. to the fullest.
Abbott

1. Bolinder J,et al. Novel glucose-sensing technology and hypoglycaemia in type 1 diabetes a multicentre, non-masked, randomised controlled trial. The Lancet 2016 2. Haak T, Hanaire H, Aijan R et al. Flash glucose-sensing technology as a replacement for blood glucose monitoring for the management of insulin-treated type 2 diabetes. Diabetes Ther. 2016. DOI 10.1007/s13300-016-0223-6 3. Será necessário realizar um teste de punção digital utilizando um medidor de glicose no sangue, durante os períodos em que os níveis de glicose alteram rapidamente, se os níveis de glicose no líquido intersticial não reflectirem com exactidão os níveis de glicose no sangue, se o sistema indica uma situação de hipoglicemia ou hipoglicemia iminente ou se os sintomas não coincidirem com as leituras do sistema. Publicidade de dispositivos médicos. Consultar cuidadosamente a rotulagem e as instruções de utilização para obter informações, avisos e precauções relacionados com a utilização dos dispositivos FreeStyle, incluindo FreeStyle Libre. FreeStyle, Libre e marcas relacionadas são marcas do Abbott.
© Abbott 2020 ADC-13643 v2 10/20

Diabetes: a outra pandemia do nosso século

Tal como acontece com a Covid-19, também na diabetes se tenta aplanar a curva de crescimento. Mas Portugal continua com uma das taxas mais elevadas da Europa, sublinha o Prof. Dr. João Filipe Raposo, presidente da Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

POR: **ADELAIDE OLIVEIRA**

Iluminar Media - Luís Ribeiro

Cerca de um milhão de portugueses tem diabetes e há 2,1 milhões de pessoas em risco, ou seja, na fase de pré-diabetes. Os números constam do último relatório do Observatório Nacional da Diabetes, da Sociedade Portuguesa de Diabetologia (SPD).

O Prof. Dr. João Filipe Raposo, presidente da Sociedade e diretor clínico da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP) afirma que "se nada se fizer, esses 2,1 milhões de pessoas vão ter diabetes dentro de cinco, dez anos. Estamos a falar de pessoas ainda novas, em idade ativa".

Além disso, "o excesso de peso infantil e juvenil vai condicionar, a médio prazo, ainda mais diabetes". A doença é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma das pandemias do nosso século. "Tal como na Covid-19, aquilo que estamos a tentar, nesta altura, é aplanar a curva de crescimento", esclarece o médico endocrinologista.

Para além do tratamento das pessoas com diabetes, o esforço dos especialistas centra-se no diagnóstico. Cerca de 400 mil portugueses têm diabetes e não sabem, o que significa que a doença "vai evoluir sem fazerem nenhum tratamento até que um dia, eventualmente fruto de alguma descompensação ou complicação, seja detetada. Com isso, perdemos anos de intervenção mais barata, mais eficaz e que teria grande impacto na qualidade de vida futura destas pessoas".

Quanto à pré-diabetes, a situação é "reversível", através do "combate ao excesso de peso e obesidade, escolhas alimentares saudáveis com alguma restrição calórica e aumento da atividade física diária".

As condições sociais são determinantes para esta mudança de comportamento. "Estamos a falar do nível de literacia das pessoas, do estatuto socioeconómico, das condições de trabalho e de mobilidade, dos espaços onde vivem. Tudo isso contribui para um ambiente que favorece a diabetes e a obesidade ou, pelo contrário, promove comportamentos mais saudáveis e o combate da diabetes. É esta balança entre os vários determinantes que vai

fazer com que os países tenham maior ou menor sucesso na luta contra a diabetes".

O mais recente projeto da APDP "Diabetes no Bairro 2.0" pretende, justamente, avaliar o risco de diabetes na população adulta residente nos bairros Quinta do Lavrado, Alto da Eira e Horizonte, na freguesia da Penha de França, em Lisboa. O projeto visa realizar o diagnóstico, acompanhamento e encaminhamento das pessoas com diabetes que apresentem também problemas sociais, no sentido de minimizar o impacto na sua saúde.

Mas, para além dos determinantes sociais, "na diabetes todos temos um papel a desempenhar", defende o Prof. Dr. João Filipe Raposo. Isso significa que "cada um de nós é responsável pela sua saúde e pela saúde daqueles que estão perto de nós".

Claro que não é fácil adotar comportamentos saudáveis de um dia para o outro e o médico está bem ciente disso: "temos horários pouco compatíveis com as atividades familiares, a possibilidade de cozinhar de forma mais saudável, ou a prática de atividade física. E sabemos como, por vezes, é mais fácil dar um certo tipo de alimentos aos nossos filhos, que os satisfaz mais, para evitar conflitos. Mas, na verdade, quando isso acontece, estamos a fazê-los perder, no futuro, anos de vida saudável. Portanto, é nosso papel, enquanto companheiros, pais ou educadores, atuar no nosso meio, em quem está à nossa volta e depende de nós".

"AS PESSOAS COM DIABETES DEVEM FAZER UM ESFORÇO PARA A TER BEM CONTROLADA, E QUEM NÃO TEM DIABETES TAMBÉM DEVE TENTAR MANTER-SE EM FORMA, ALIMENTAR-SE CORRETAMENTE E FAZER EXERCÍCIO FÍSICO OU CAMINHADAS".

Hoje, face à pandemia, o médico refere que "as pessoas com diabetes devem fazer um esforço para a ter bem controlada, e quem não tem diabetes também deve tentar manter-se em forma, alimentar-se corretamente e fazer exercício físico ou caminhadas".

As medidas de prevenção – uso de máscara, distanciamento físico, desinfeção das mãos… – "servem para nos dar segurança e diminuir as hipóteses de contágio". Mesmo com a pandemia, "é essencial manter a atividade física porque ela é indispensável à nossa vida, à nossa saúde, e para obtermos melhores resultados perante ameaças como a Covid-19".

"A alimentação é um dos pilares do tratamento da diabetes"

Enquanto médico de família, o Prof. Dr. José Augusto Simões salienta que uma alimentação saudável e equilibrada faz parte do tratamento das pessoas com diabetes, em conjunto com a atividade física e a medicação.

POR: **ADELAIDE OLIVEIRA**

"O principal objetivo da alimentação de uma pessoa com diabetes é obter um bom controlo da glicémia [açúcar no sangue], colesterol e triglicéridos [gorduras no sangue], pressão arterial e atingir e manter um peso adequado, de forma a prevenir o aparecimento das complicações da diabetes", explica o médico de família José Augusto Simões, coordenador da USF Caminhos do Cértoma e professor da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Na pessoa com diabetes, "é importante que a ingestão dos alimentos seja fracionada, isto é, que faça entre cinco a sete pequenas refeições ao longo do dia". E como o objetivo é controlar e estabilizar os níveis de açúcar no sangue, "nada melhor do que aprender a gerir a ingestão dos alimentos que se vão transformar nesse açúcar, que são os alimentos ricos em hidratos de carbono, como pão, batatas, arroz, massas, leguminosas, cereais e fruta".

Se os hidratos de carbono forem distribuídos ao longo do dia e estiverem presentes em todas as refeições em quantidades moderadas e semelhantes, "a glicemia terá também uma subida moderada e semelhante". Esta é a razão por que o médico de família afirma que a alimentação faz parte do tratamento da diabetes. Aliás, na sua opinião, "podemos considerar cada refeição como um medicamento".

Sabendo que os hidratos de carbono se convertem em açúcar no sangue "algumas pessoas poderão pensar que seria boa ideia eliminá-los totalmente para melhorar os valores glicémicos, mas não podemos esquecer que este açúcar é a principal fonte de energia do organismo e que faz falta". Aprender as equivalências em hidratos de carbono "é uma boa ferramenta para ajudar a controlar as glicemias. É útil não só para as pessoas com diabetes mas também para todos aqueles que queiram manter um peso ideal e ter uma alimentação saudável e equilibrada".

O Prof. José Augusto Simões recomenda incluir nas refeições alimentos ricos em fibra, como o pão de mistura ou centeio, ou flocos de aveia, leguminosas (grão, feijão, ervilhas, favas, lentilhas). "As fibras são importantes para todos, mas especialmente nas pessoas com diabetes, já que diminuem a glicemia após as refeições, reduzem os níveis de colesterol, aumentam a saciedade e auxiliam o bom funcionamento do intestino".

A fruta e legumes também devem ser consumidos diariamente. "Por vezes existe a ideia, errada, de que as pessoas com diabetes não devem comer fruta. No entanto, esta faz parte de uma alimentação saudável e equilibrada". Mesmo os frutos com maior percentagem de açúcar, como as uvas, bananas, figos, diospiros, por exemplo, "podem ser consumidos na mesma, mas em quantidades reduzidas". O que não convém é beber sumos de fruta, "porque contêm uma quantidade de frutose muito grande".

Quanto aos doces, "será melhor reservá-los para ocasiões especiais, pois a diabetes e os cuidados alimentares não devem pôr em causa a vida social das pessoas". O médico revela, aliás, uma estratégia "que todos devem conhecer" para poderem comer um doce numa ocasião especial sem desequilibrar os valores da glicemia: "reduzir ou eliminar os outros hidratos de carbono da refeição para assim incluir o doce".

ACCU-CHEK® Guide Me

Roche

SÃO AS COISAS SIMPLES QUE IMPORTAM

O **Accu-Chek® Guide Me** foi pensado para si, tendo em conta que simplifica a auto-monitorização da glicemia.

O Accu-Chek® Guide Me torna ainda mais simples o processo de medição da glicemia:

- **Teste em apenas um passo: basta colocar a tira**
- **Melhor visualização dos resultados**
- **Garantia da exatidão Accu-Chek®[1]**

É **simples**. Accu-Chek® Guide Me é um sistema fácil com a confiança que necessita para fazer a gestão diária da diabetes.

1. Brazg RL, Klaff LJ, Sussman AM. New Generation Blood Glucose Monitoring System Exceeds International Accuracy Standards. J Diabetes Sci Technol. 2016;10(6):1414–1415. Published 2016 Nov 1. doi:10.1177/1932296816652902

Accu-Chek® Guide Me é um dispositivo médico para o diagnóstico in vitro, que se destina à medição quantitativa da glucose no sangue. Apenas para utilização com tiras-teste Accu-Chek® Guide e soluções de controlo Accu-Chek® Guide. O aparelho não se destina a ser utilizado no diagnóstico da diabetes mellitus.Aconselhamos a ler cuidadosamente a rotulagem e as instruções de utilização antes de utilizar o dispositivo médico.
Em caso de dúvida consulte o seu médico ou farmacêutico.

Roche

Roche Sistemas de Diagnósticos Lda
Estrada Nacional, 249-1, 2720-413 Amadora-Portugal
Tel:+351 21 425 70 00 | Fax: +351 21 417 13 13
www.accu-chek.pt

MC-PT-00112 | SET2020

DR.ª SOFIA FERREIRA

"A diabetes representa já cerca de 47% do total do negócio"

Em Portugal, estima-se que a diabetes afete cerca de 13,3% da população. Em entrevista, a diretora-geral da filial portuguesa da Mundipharma destaca a atuação da empresa farmacêutica nesta área, que estima tornar-se na "mais importante para a companhia já no próximo ano".

POR: **SÓNIA SUL**

Que peso têm os antidiabéticos nas vendas da Mundipharma em Portugal? Qual o alcance desses medicamentos na população portuguesa?

A Mundipharma iniciou a sua atividade em Portugal há quatro anos foi na área respiratória com apenas um produto. Atualmente, promovemos produtos em três áreas terapêuticas, nomeadamente respiratória, metabólica e dor. Na área da diabetes, onde atuamos há um ano e meio, já lançámos dois produtos. Neste momento, esta área representa já cerca de 47% do total do nosso negócio, e estimamos que se torne na área mais importante para a companhia já no próximo ano.

Com os nossos medicamentos já tratamos uma fatia considerável dos doentes com diabetes mellitus tipo 2, e a nova indicação que recentemente obtivemos na proteção renal irá sem dúvida permitir que este número cresça.

A Mundipharma acredita também que a abordagem à diabetes terá de ser feita numa perspetiva holística. Desenvolveu uma parceria para a criação da World Artificial Intelligence for Diabetes (W.AI-DI). O futuro passará por estratégias semelhantes?

A Mundipharma aparece nesta área com o objetivo de oferecer soluções terapêuticas. No entanto, o futuro passará não só por desenvolver terapêuticas que permitam este "tratamento holístico", mas também por identificar precocemente fatores de risco para um diagnóstico correto e atempado daí a importância de realizar campanhas de sensibilização para a doença.

Por considerarmos que devemos fazer mais para efetivamente contribuir para que se construa um melhor sistema de saúde, estamos a desenvolver parcerias estratégicas. Entre as quais, a que conduziu ao desenvolvimento da solução de inteligência artificial para a diabetes, a W.AI-DI. Esta ferramenta auxilia a tomada de decisão dos profissionais de saúde, fornecendo o acesso a informações médicas em função da condição dos seus doentes.

O futuro passa exatamente por encontrar ferramentas que permitam prevenir e/ou identificar precocemente as complicações da doença, às quais se associam um volumoso gasto nos cuidados prestados. Assim, é importante não só ser exigente no tratamento, mas também atuar de forma precoce e sustentada.

Referiu no passado que a indústria farmacêutica tem o dever de contribuir para uma sociedade mais informada. Podia dar alguns exemplos de campanhas/projetos de sensibilização e explicar a sua importância?

Desde o início da nossa atividade, em 2016, que apostamos em campanhas que aparecem não só como instrumentos de sensibilização da população em geral, mas também como verdadeiras ferramentas de parceria com as sociedades médicas e associações de doentes.

Tentamos sempre abordagens originais que toquem a população em geral e que façam pensar, mas de uma forma divertida. É o caso da nossa campanha "Que a asma não te pare", que realizamos desde 2016 para celebrar Dia Mundial da Asma em maio, em que temos tido como parceiros fixos a Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica e a Associação Portuguesa de Asmáticos e nos primeiros dois anos a Sociedade Portuguesa de Pediatria.

A nossa entrada na diabetes também tem sido através da celebração dos dias mundiais. Desde 2017, celebramos o Dia Mundial da Diabetes com a Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal, sendo que, no ano passado, a campanha se revelou um sucesso pois conseguimos, através da canção do António Variações "Quando a cabeça não tem juízo, o corpo é que paga", adaptar a letra e sensibilizar para todas as consequências do não controlo da diabetes, desde o coração até ao rim.

Para o Dia Mundial do Rim, que celebrámos neste ano pela primeira vez, tivemos como parceiros a Sociedade Portuguesa de Nefrologia e a Associação de Jovens Diabéticos de Portugal. Conseguimos pela primeira vez sensibilizar a população para a importância de Cuidar do Rim através do controlo da diabetes.

Somos uma companhia dedicada às pessoas. No coração de cada decisão que tomamos, procuramos melhorar a vida daqueles que mais precisam dos nossos medicamentos, com o firme propósito de deixar para trás, um melhor sistema de saúde para gerações futuras.

mundi pharma

MA-INS-MPH-1-2020-0001-V1

JENIFER DUARTE

AJDP quer desmistificar a diabetes e mostrar que doentes "são iguais às outras pessoas"

Formada apenas por voluntários, a Associação de Jovens Diabéticos de Portugal (AJDP) tem como principal missão ajudar a desmistificar a diabetes. Apesar de esta ser uma condição crónica, a associação lembra que a vida dos doentes pode ser a mais normal possível.

POR: **TIAGO CAEIRO**

"É essencial aceitarmos. Somos iguais às outras pessoas desde que tenhamos os cuidados necessários, ou seja, desde que tenhamos a diabetes adequadamente tratada", sublinha a Dr.ª Jenifer Duarte, presidente e nutricionista da AJDP e ela própria portadora de diabetes tipo 1.

"Podemos ter uma alimentação igual aos outros (que deverá ser saudável), praticar exercício físico com regularidade. Podemos até ter uma vida mais saudável, uma vez que, desde cedo, somos acompanhados por uma equipa multidisciplinar de nutricionistas, enfermeiros, etc. Nada nos distingue e não temos de ser discriminados por termos esta condição", diz Jenifer Duarte.

Formada em 1996, a AJDP nasceu de um grupo de jovens com diabetes tipo 1 que se juntava para fazer atividades regulares. Atualmente, a associação tem atividades dirigidas a todas as pessoas (diabéticos ou não). As mais importantes são as colónias de férias para crianças e jovens com diabetes, que têm uma grande componente desportiva. "As nossas colónias são todas compostas por pessoas com diabetes tipo 1 (organizadores, equipa médica, monitores)", explica Jenifer Duarte. Podem inscrever-se jovens entre 10 e 18 anos.

Com 500 sócios, a AJDP promove também caminhadas pela natureza. Com a pandemia, estes encontros estiveram suspensos mas foram agora retomados (com grupos até 10 pessoas).

O diagnóstico de Diabetes tipo 1 numa criança ou jovem é sempre um momento marcante. "As pessoas passam pela fase da negação e só depois aceitam". Com a evolução no tratamento, os doentes conseguem consultar agora, no telemóvel, os níveis de glicose a qualquer momento. As bombas de insulina vieram mudar a vida de muitos adolescentes e jovens adultos com diabetes.

No entanto, as dificuldades no acesso a estes dispositivos mantêm-se, principalmente nos doentes com mais de 21 anos. "Só existem 100 bombas gratuitas para estas pessoas e também algumas para grávidas. Há muitos milhares sem bomba de insulina", alerta Jenifer Duarte.

A juntar a isto, não existem dados sobre o número de pessoas com diabetes tipo 1 em Portugal. Contudo, sabe-se que a incidência tem aumentado, o que significa cada vez mais diagnósticos de diabetes em jovens.

A perspetiva de uma jovem com Diabetes

O início desta aventura começou em abril de 2002 ao ser diagnosticada com Diabetes Tipo 1. Tinha apenas dois anos, não sabia bem o que esperar.

Daniela Guerra,
Vice-presidente da Associação de Jovens Diabéticos de Portugal

Até hoje vivo sem conhecer a realidade de uma pessoa que não é diabética. Graças aos meus pais, à minha educação, pude encarar a doença de forma positiva e encontrar nestes ensinamentos ajuda para diversas etapas da minha vida. Em alguns momentos tive dificuldade em ser otimista. O secundário foi talvez a fase mais difícil, não devido aos professores ou aos colegas, mas pelas limitações que coloquei a mim própria. Senti-me diferente dos outros e questionei várias vezes "Porquê eu?", mantendo esta frustração durante algum tempo na minha adolescência por não querer expor a doença.

A Diabetes não define a nossa identidade, porém, é importante que os nossos amigos conheçam a doença e saibam lidar com a nossa realidade. Em 2007, conheci a Associação de Jovens Diabéticos de Portugal (AJDP), que me deu um apoio muito importante na superação desta adversidade.

Aos sete anos, comecei a participar nas colónias de férias, caminhadas e outros convívios realizados pela AJDP. Criei laços, fiz muitos amigos e percebi que não estava distante da realidade de outros jovens que viviam o mesmo contexto. Na verdade, estas experiências permitiram-me crescer e ajudar outros de igual forma. Desde então, participo em projetos da AJDP com o lema "A Diabetes não me limita".

Através dos valores transmitidos pela Associação, senti que poderia fazer a diferença na vida de outras crianças. Em 2016, tornei-me monitora nos campos de férias e garanto-vos que foi a minha melhor experiência, pois permitiu-me passar a mensagem com muita alegria e inspiração. Para além de servir de exemplo, vivo novas experiências, conheço realidades distintas e aprendo um pouco mais com cada um destes jovens.

Em 2020, no ano em que sou nomeada Vice-Presidente da AJDP, por coincidência ou ironia do destino, é diagnosticada a Diabetes Tipo 1 à minha irmã mais nova (Vitória), com apenas três anos. No momento em que devia sentir orgulho no meu trabalho, voltei a sentir frustração e injustiça na vida. Agora sim, devo mencionar o quão importante é ser um verdadeiro exemplo. Tenho aprendido muito com a Vitória e, na prática, ando mais controlada, pela responsabilidade e porque parece o jogo "qual a melhor diabética". A inocência dela é bonita, ao ponto de me ensinar a mexer numa bomba de insulina ou a controlar "os valores". Concordámos que a Libre seria a nossa "Moeda da Amizade" e através de pequenos detalhes cuidamos da nossa doença com naturalidade. Se fui ensinada a encarar a Diabetes de forma positiva, agora é obrigatório fazê-lo e transmiti-lo.

Hoje, com 20 anos, percebo e valorizo as dificuldades que encontro pelo caminho pois dão-me uma perpestiva diferente da vida.

Eu tenho Diabetes e a Diabetes tem um bocadinho de mim.

A nossa relação baseia-se neste compromisso!

Bombas de Insulina: Vantagens (e obstáculos)

Estes dispositivos podem mudar a vida de uma pessoa com Diabetes tipo 1 mas o preço das bombas e dos consumíveis ainda é um obstáculo para muitos doentes.

POR: **TIAGO CAEIRO**

O tratamento da diabetes tipo 1 (uma doença auto-imune provocada pela destruição das células pancreáticas produtoras de insulina) faz-se com insulina desde o momento do diagnóstico.

Assim, em alternativa às injeções, surgiram as bombas. São pequenos aparelhos que, uma vez fixados ao corpo, injetam insulina no organismo de forma contínua.

São formadas por um cateter (inserido debaixo da pele), uma agulha e um tubo ligado ao aparelho em si. Normalmente, a bomba é colocada na zona abdominal mas também pode ser usada nos braços ou nas coxas.

São inúmeras as vantagens da utilização destes dispositivos. "Maior flexibilidade do estilo de vida, necessidade de doses inferiores de insulina, perfil de absorção mais previsível e uma boa relação custo-benefício (o que se pode justificar por produzir ganhos em qualidade de vida e diminuir encargos a longo prazo, mesmo sendo um método mais dispendioso)", refere Davide Carvalho, médico endocrinologista no Hospital de São João.

A Direção Geral de Saúde considera que para se tornar elegível para tratamento com bomba de insulina um diabético deve, antes de mais, possuir motivação e prática de auto-monitorização da glicemia. Assim, estes dispositivos estão indicados para grávidas; crianças e jovens; pessoas com um fraco controlo metabólico a fazer insulinoterapia intensiva (pelo menos quatro injeções/dia); doentes que trabalhem por turnos ou que façam viagens entre vários fusos horários ou pessoas que necessitem apenas de pequenas doses.

"Relativamente à frequência de eventos adversos, vários estudos indicam que as [bombas de insulina] podem diminuir o risco de hipoglicemias", refere o Davide Carvalho. Esta abordagem terapêutica reduz também os episódios de cetoacidose, ou seja, acaba por melhorar a qualidade de vida dos doentes.

Criados nos anos 80, estes dispositivos tiveram, nos últimos anos, progressos significativos. Atualmente são leves e fáceis de transportar. Apesar de ainda não funcionarem de forma completamente autónoma, são um grande aliado para um quotidiano afetado o menos possível pela doença. "Antes de cada refeição o doente terá apenas que dizer se a refeição vai ser pequena, média ou grande e será perfundida a insulina adequada", explica o também professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

As bombas de insulina são fornecidas em centros especializados (como a Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal), que têm profissionais que fazem a colocação dos dispositivos. No entanto, o preço das bombas e dos consumíveis continua a representar um obstáculo para muitos doentes, "nomeadamente para aqueles que não frequentem as consultas dos hospitais do SNS" e para os que têm mais de 18 anos (uma vez atingida a maioridade, perde-se automaticamente o direito à comparticipação).

"Há muitos milhares sem bomba de insulina", alerta Jenifer Duarte, da Associação de Jovens Diabéticos de Portugal. "O acesso a bombas de insulina é um direito que tem de ser garantido a todas as pessoas com diabetes tipo 1, independentemente da idade", completa Rui Duarte, presidente da Sociedade Portuguesa de Diabetologia, que reforça que "a lei atual é muito limitadora, uma vez que deixa de fora milhares de pessoas com diabetes que poderiam beneficiar desta tecnologia. Pelo menos 20 a 30% das pessoas com diabetes tipo 1 beneficiariam do uso das bombas de insulina, mas simplesmente não lhes é garantido este direito de escolha".

Pé diabético: todos os cuidados são poucos

É uma das complicações mais frequentes da diabetes não controlada. Conheça os sinais e os cuidados a ter.

POR: **ADELAIDE OLIVEIRA**

Luís Ribeiro

A neuropatia diabética é uma patologia neurológica que diz respeito à presença de sinais e sintomas de disfunção do nervo periférico em pessoas com diabetes. "Existem várias formas mas a mais frequente é a polineuropatia distal, que está intimamente relacionada com a patologia do pé diabético e a presença de úlcera", explica a diabetologista Ana Luísa Costa, coordenadora da Consulta do Pé Diabético da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP).

As alterações do nervo periférico podem levar à perda de sensibilidade dos membros inferiores. Dessa forma, "a sensibilidade térmica (distinção entre o quente e o frio), a sensibilidade tátil (toque) e a sensibilidade dolorosa, podem ficar comprometidas".

Com muita frequência, "a neuropatia diabética afeta também o sistema autonómico, produzindo alterações do sistema cardiovascular, gastrointestinal e genito-urinário". Mas "a maior projeção da neuropatia periférica foi a sua associação ao pé diabético".

Quando existem alterações da sensibilidade a nível do pé, "podem surgir feridas ou lesões associadas ao trauma não identificado pelas pessoas que sofrem de neuropatia. São capazes de usar dias ou semanas um sapato apertado, sem darem por isso, até provocar o trauma e a lesão".

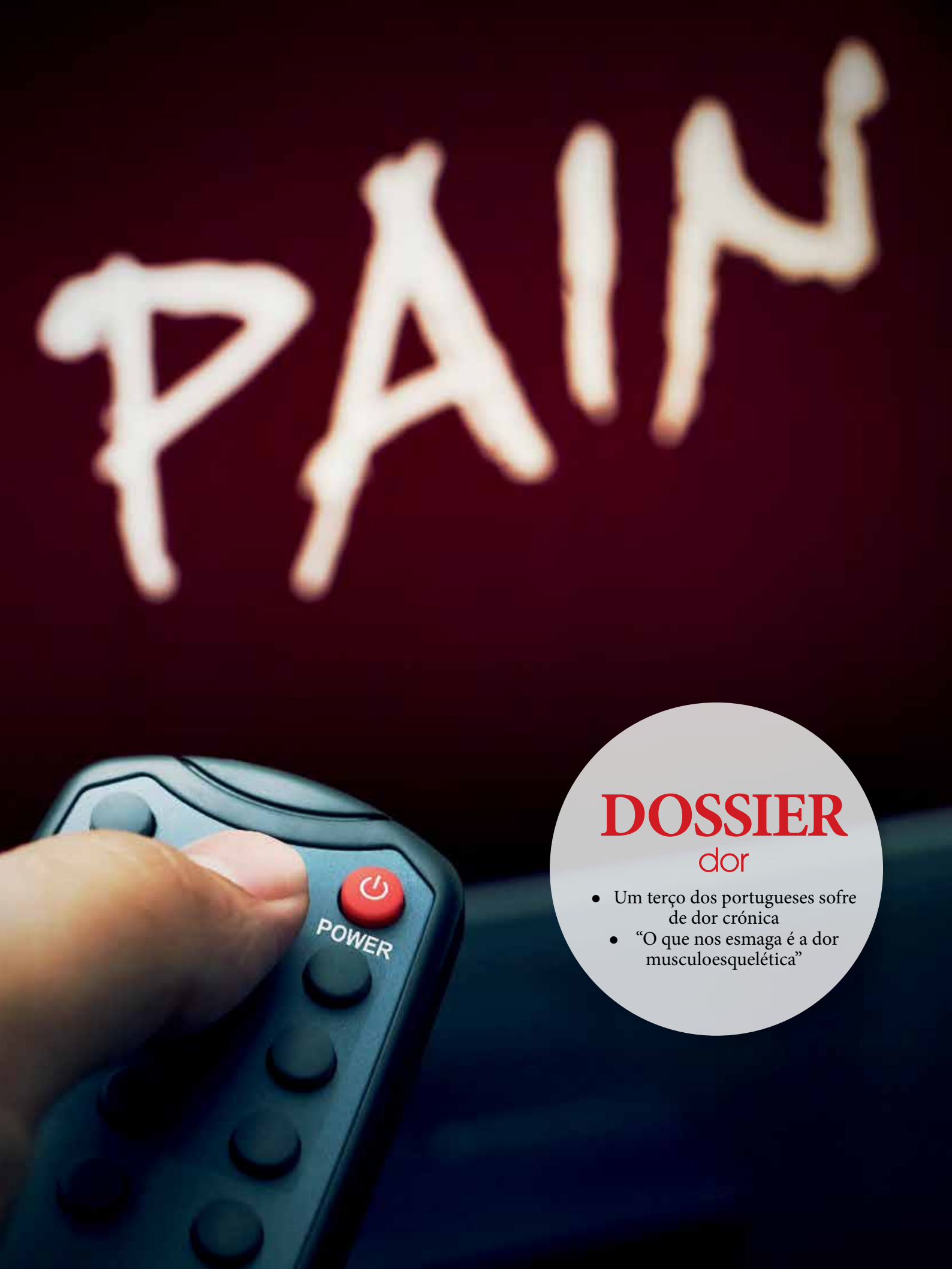
Além disso, as pessoas com diabetes têm um risco acrescido de desenvolver doença vascular periférica (problemas de circulação sanguínea nas extremidades). Associada ao compromisso da irrigação sanguínea das extremidades, existe dificuldade na cicatrização da lesão. "Após o aparecimento da lesão, a úlcera vai demorar a cicatrizar".

Os pés das pessoas com diabetes são classificados como "neuropáticos ou neuro-isquémicos. Isso significa que a doença neuropática está sempre lá", alerta a especialista. Contudo, "as complicações da diabetes podem ser prevenidas, mantendo o controlo glicémico dentro dos valores aconselhados pelos médicos diabetologistas. Sendo evidente na diabetes tipo 2 o controlo dos fatores de risco cardiovasculares, como o controlo da hipertensão, do colesterol, evitar o sedentarismo e a obesidade".

Os cuidados que, no dia-a-dia, podem evitar a ocorrência de traumatismos e lesões no pé diabético, "passam muito pela escolha dos sapatos, higiene, observação do pé e hidratação da pele". Na lavagem do pé, por exemplo, a temperatura da água é muito importante. "Como a pessoa com diabetes tem alterações da sensibilidade térmica, pode não se aperceber que a água do duche está muito quente ou mesmo a escaldar e provocar uma queimadura".

Cuidados como "testar a temperatura da água com o cotovelo ou utilizar um termómetro de água", "não pôr o pé de molho para não macerar a pele", "limpá-lo com uma toalha branca para verificar se há algum resíduo ou exsudado", "secar muito bem o espaço entre os dedos" e "usar um creme hidratante para aumentar a resistência da pele" são fundamentais e "dizem respeito ao autocuidado diário".

Por último, a médica explica que "o corte das unhas depende muito do risco clínico de cada paciente relativamente à úlcera do pé. Se a pessoa tiver um baixo risco, pode fazê-lo sozinha. Caso contrário, terá de contar com a ajuda de um cuidador ou de um profissional de saúde".



DOSSIER
dor

- Um terço dos portugueses sofre de dor crónica
- "O que nos esmaga é a dor musculoesquelética"

Não viva com dor

A dor crónica é uma doença por direito próprio que necessita de receber a devida atenção por parte do doente. O Dr. Raul Marques Pereira explica que já existem terapêuticas seguras e eficazes e, por isso, já não há razão para viver em sofrimento.

POR: **RITA VASSAL**

A terceira sexta-feira do mês de outubro é dedicada a assinalar o Dia Nacional de Luta Contra a Dor e neste ano calhou no dia 18.

A propósito dessa data é necessário explicar que existem vários tipos de dor que se agrupam fundamentalmente em duas grandes categorias: a dor aguda e a dor crónica. A dor aguda, que resulta sobretudo de situações de trauma – fraturas ou contusões, por exemplo – ou em consequência de uma intervenção cirúrgica, é maioritariamente tratada em contexto hospitalar e tem uma duração relativamente curta, relacionada com a resolução da situação que esteve na origem do quadro doloroso.

Pode dizer-se que a dor aguda é um sintoma, um sinal de alarme que o corpo dá de que algo não está bem.

Já a dor crónica é aquela cujo período temporal tem uma definição mais prolongada. O Dr. Raul Marques Pereira, médico de família, explica que uma dor crónica se define classicamente por "uma dor que dura mais de três meses, que permanece no tempo e se transforma numa doença por direito próprio". Contudo, se uma dor se prolongar por mais tempo do que seria esperado para a sua resolução – por exemplo, uma dor causada por um trauma desportivo – também deve ser encarada a possibilidade de cronificação de uma dor que inicialmente foi aguda.

ELEVADA PREVALÊNCIA DA DOR CRÓNICA EM PORTUGAL

O Dr. Raul Marques Pereira foi o responsável pela criação da primeira consulta especializada em dor crónica nos cuidados de saúde primários. Corria o ano de 2010 quando iniciou este projeto na Unidade de Saúde Familiar Lethes, em Ponte de Lima, com o objetivo de dar resposta à elevada procura da consulta do médico de família por parte de doentes com dor crónica.

Aliás, os quadros de dor crónica preenchem muita da atividade clínica dos médicos de família nacionais, como ficou explanado num estudo feito em 2019 para caracterizar a dor crónica nos cuidados de saúde primários. Os dados finais ainda aguardam publicação em revistas científicas, mas o médico de família adianta que os números apurados são demonstrativos do problema: "Um em cada três portugueses, ou seja 33%, sofre de algum tipo de dor crónica. É muita gente".

E no topo da lista das queixas estão as dores musculoesqueléticas, com grande destaque para as lombalgias, isto é, as tão comuns e malfadadas dores de costas.

E não se julgue que são apenas as pessoas mais idosas as mais afetadas. Os mais jovens, seja por via da atividade desportiva ou da vida profissional, também são presenças frequentes nas consultas da grande maioria dos médicos de família. "Metade dos doentes identificados eram pessoas em idade ativa; não é uma doença só de idosos", frisou o especialista, dando nota de que este cenário também tem consequências para a vida em sociedade e para a economia, estando por trás dos elevados números do absentismo laboral.

Outra das conclusões importantes retiradas do estudo que aguarda publicação diz respeito à qualidade de vida do doente com dor crónica. "Apurámos que estes doentes têm uma qualidade de vida muito baixa, semelhante à dos doentes oncológicos", explicou o médico, sublinhando as consequências da dor crónica na vida do doente: "Não conseguem trabalhar, não conseguem ter vida familiar, não conseguem dormir direito, vivem num sofrimento imenso".

RESPOSTAS TERAPÊUTICAS SEGURAS E EFICAZES

Contudo, o doente não tem de se resignar a viver a vida com dor. Hoje já há respostas que tratam e minimizam a dor crónica e conseguem aumentar a qualidade de vida dos doentes, desde que estas terapêuticas cheguem, efetivamente, a quem delas precisa.

Nesse sentido, o Dr. Raul Marques Pereira considera fundamental começar a apostar na literacia em saúde e no ensino da população, fazendo passar a mensagem para estes doentes de que "a dor crónica é uma doença por direito próprio que, tal como outras doenças, quanto mais cedo se diagnosticar, mais fácil é de tratar". No fundo, é aplicar o mesmo princípio usado para a diabetes, para a hipertensão ou para o colesterol. E deixa o conselho: "Se tem uma dor que não está a passar deve procurar o médico para ele, em primeiro lugar, procurar a causa da dor crónica e, depois, definir o tratamento".

"Temos de ser muito robustos na abordagem. Tratar a dor às vezes tem de ser de forma agressiva logo no início para fazer com que o doente melhore rapidamente e para evitar os fenómenos de cronificação", frisa o Dr. Raul Marques Pereira. Esses fenómenos são causados pela sensibilização do cérebro, alterando a forma como este reage à dor. Se o doente passar muito tempo a sentir dor, mesmo que moderada, sem receber qualquer tratamento, o cérebro vai percecionar qualquer outra dor, mesmo mais ligeira, como mais forte do que é e, desta forma, vai dificultar cada vez mais a obtenção de bons resultados no tratamento da dor.

Sobre as terapêuticas disponíveis, o médico de família considera que existem fármacos eficazes e seguros que potenciam "resultados muito interessantes" no tratamento da dor crónica, integradas num plano alargado de abordagem ao problema específico do doente. Esse plano vai sendo adaptado às necessidades e escalonado consoante a evolução do doente. Passa pelos fármacos, pela fisioterapia, pelo exercício e, quando se torna necessário, há ainda as equipas especializadas a nível hospitalar que realizam técnicas invasivas específicas para otimizar os resultados do tratamento.

OS MITOS DA DOR

O Dr. Raul Marques dá a conhecer alguns dos mitos e ideias preconcebidas relacionadas com a dor e o tratamento destes quadros clínicos.

- **Temos de sofrer**

"O mito mais antigo é o de que temos de sofrer. É a nossa ideia muito judaico-cristã de que temos de sofrer para ter a salvação. Ainda ouvimos muitos idosos a dizer que têm de aguentar, que têm de sofrer. Não temos de sofrer, isto é, não temos de sofrer em grande medida, ter uma dor severa. Não faz sentido. A dor é uma doença e pode ser resolvida."

- **Os fármacos para dor fazem mal a outras coisas**

"Sobretudo é o mito da morfina, de que quando se dá morfina é porque o doente está numa situação terminal ou tem uma doença muito grave. Não, a morfina é um analgésico forte, como há outros analgésicos fortes, e todos têm de ser usados na medida certa e na situação certa. É verdade que usamos medicamentos diferentes do habitual, mas todos eles têm um perfil de segurança muito aceitável e os doentes nunca devem deixar de fazer o tratamento por medo dos fármacos."

- **Não há nada a fazer**

"Este mito começa a instalar-se quando a pessoa não recebe o tratamento na altura certa e depois pensa que não há nada que possa melhorar a dor. Quando os medicamentos já não estão a ter os resultados esperados há sempre o patamar das unidades de dor hospitalar que têm as técnicas e as manobras invasivas, que se fazem em situações mais graves e que também nos ajudam muito."

DR.ª BEATRIZ CRAVEIRO LOPES

"O que nos esmaga é a dor musculoesquelética"

Com uma vida profissional dedicada ao tratamento da dor crónica, a médica anestesista fundou há quase 30 anos a consulta de dor do Hospital Garcia de Orta; hoje o Centro Multidisciplinar de Dor Crónica da unidade hospitalar tem o seu nome. Já aposentada, continua a trabalhar lá e explica como é feito o acompanhamento dos doentes nas unidades de cor crónica dos hospitais generalistas, que continuam assoberbadas de doentes com dor musculoesquelética.

POR: **RITA VASSAL**

Qual é o trabalho realizado pelas unidades de dor crónica nos hospitais?

O nosso trabalho é acompanhar doentes exclusivamente referenciados por médicos que podem ser do próprio hospital, de outros hospitais, de centros de saúde, ou de outras unidades fora do Serviço Nacional de Saúde (SNS), desde que o doente faça parte do SNS.

Objetivamente a nossa atividade centra-se em ver patologias com dor crónica oncológica e não oncológica de uma maneira geral de todos os grupos etários e são-nos referenciados doentes que são não-respondedores às terapêuticas de primeira linha e segunda linha, consideradas mais convencionais nos protocolos internacionais.

Os nossos serviços, além de oferecerem terapêuticas, podem auxiliar quando há dificuldades de diagnóstico, porque há situações álgicas, dolorosas para as quais é difícil estabelecer um diagnóstico.

As terapêuticas que temos para oferecer dependem de unidade para unidade. Quanto mais diferenciada for uma unidade, mais respostas terapêuticas terá para oferecer.

Que patologias são mais predominantes nos doentes que seguem nestas unidades especializadas?

As consultas de dor crónica nos institutos portugueses de oncologia dedicam-se quase exclusivamente à dor oncológica,

embora não possamos esquecer que cerca de 15% dos doentes oncológicos sofrem de dor não-oncológica.
Já nos hospitais generalistas é diferente. Por exemplo, na unidade do Hospital Garcia da Orta seguimos na consulta de dor crónica 200 e tal doentes oncológicos, mas temos mil e tal doentes não-oncológicos.
Dentro das patologias não-oncológicas que seguimos, as mais predominantes são as musculoesqueléticas, que com a população a envelhecer são cada vez mais prementes, e temos também a dor neuropática e a dor nociplástica, como a fibromialgia, a cistite intersticial.
Mas o que nos esmaga é a dor musculosquelética e, em primeiro lugar, a lombalgia. É uma patologia que podia ser muito melhor tratada e, sobretudo, evitada com um posicionamento correto. Há algumas questões anatómicas e traumáticas que podem estar na origem destes casos, mas há muita situação adquirida por posicionamento viciosos, como sentar mal, dormir mal e andar mal.

E que tipo de respostas conseguem oferecer aos doentes?
Estabelece-se um plano terapêutico integrado que é adaptado caso a caso. Qualquer que seja a causa da dor, esta pode ser resolvida com fármacos, ou com fármacos e um procedimento, outros só com um procedimento.
Um dos principais problemas com que lidamos é o peso. Se metade dos nossos doentes que sofre de lombalgias emagrecesse não precisava de nós. Há erros alimentares, posturais, hábitos viciosos e, como a iliteracia na saúde é muito elevada, as pessoas não aceitam muito bem que parte do tratamento passe pela perda de peso e pelo exercício físico. São hábitos difíceis de alterar.

Em termos de respostas farmacológicas, a inovação tem chegado a esta área de tratamento? Os mitos sobre esta medicação ainda persistem?
Sim, há os mitos com os opioides, com substâncias canabinoides medicinais e até com a acupuntura ou a ozonoterapia. Nenhuma terapêutica é panaceia geral para tudo. Há dores que não se tratam com opioides, como a dor neuropática. Os mitos são sempre baseados na falta de esclarecimento, embora Portugal sempre tenha tido uma cultura opiofóbica.
Mas temos vindo a melhorar, com profissionais de saúde mais esclarecidos, até porque as regras de prescrição, manutenção e suspensão de um opioide estão publicadas, são perfeitamente conhecidas e se forem seguidas tudo corre bem.

Neste momento o leque terapêutico disponível já consegue garantir aos doentes um controlo da dor e uma melhoria da qualidade de vida?
À esmagadora maioria dos doentes já, com acesso a uma panóplia grande de opções terapêuticas. Mas ainda subsiste um pequeno nicho de doentes, cada vez menor, a que damos o nome de "dor intratável", que são situações muito específicas e muito raras.

E quais são os maiores desafios no tratamento da dor crónica?
Creio que a política de saúde de não dar prioridade à importância de tratar a dor crónica. A dor crónica custa muito dinheiro, nomeadamente nos custos indiretos nos regimes trabalho, nas

"ESMAGADORA MAIORIA" DOS DOENTES CONSEGUE UM CONTROLO DA DOR CRÓNICA

baixas e nas limitações de trabalho, mais uma vez com a lombalgia a ser a causa principal de baixas.
Os decisores políticos precisam de priorizar esta área porque há mais gente com dor crónica em Portugal do que com diabetes. No nosso país, a dor crónica só é ultrapassada pela hipertensão. Já houve ministérios que investiram imenso na dor crónica em Portugal, mas desde 2011 que o investimento tem sido muito baixo. Muitas das unidades de dor estão dependentes de outros serviços, nomeadamente de Anestesiologia, e isso traduz-se em situações em que se houver falta de um anestesista no bloco operatório vai-se buscar um à unidade de dor, ficando os doentes por tratar.
O desafio maior agora é o recrutamento de pessoas habilitadas para as unidades hospitalares de dor crónica, com competência em Medicina da Dor, e dedicadas à unidade para dar resposta adequada às necessidades.

E como é a cobertura nacional das unidades de dor crónica hospitalar?
Como em tudo na área da saúde, a assimetria é total. A esmagadora maioria das unidades estão no litoral. No interior também há, mas está muito mais a descoberto.

COVID-19: "A PANDEMIA TEM UM IMPACTO BRUTAL NOS DOENTES COM DOR CRÓNICA"

COMO TEM SIDO TRATAR A DOR CRÓNICA EM PORTUGAL EM TEMPOS DE PANDEMIA PELO NOVO CORONAVÍRUS?
Na nossa unidade está a ser muito complicado. Na vertente dos doentes, muitos têm medo de ir ao hospital pelo risco potencial de serem infetados, apesar de explicarmos que o hospital é, talvez, dos sítios mais seguros, com circuitos muito bem definidos.
Nós já trabalhávamos muito com o teletrabalho, ou seja, com acompanhamento por telefone, mas agora a utilização é maior.
Depois, a nossa própria unidade foi deslocalizada por causa dos circuitos Covid-19 no hospital e agora estamos num espaço que não responde às necessidades dos doentes, nem dos profissionais. Mas em tempos de guerra não se limpam armas e fazemos das tripas coração para dar a melhor resposta aos doentes.
Contudo, é notório que a pandemia tem um impacto brutal nos doentes com dor crónica - na acessibilidade e no medo – e nos profissionais, porque a questão logística ou de recursos humanos podem estar comprometidos, pois estão a ser solicitados para outros fins.

E NOTARAM UMA DIMINUIÇÃO DA REFERENCIAÇÃO DE NOVOS DOENTES PARA A CONSULTA DE DOR CRÓNICA DESDE QUE FOI DECRETADA A PANDEMIA?
Sim, uma diminuição ligeira. Agora a prioridade é a Covid-19. Parece que já temos um alerta de que não se pode passar para segunda linha situações que são tão graves como a Covid-19, pois algumas têm uma moralidade e mortalidade muito superior à causada pela Covid-19.

SE VAI PESQUISAR SOBRE DOR, PESQUISE NO SÍTIO CERTO.
WWW.DOR.COM.PT

dor.com.pt

Se é dor o que sente, há um *site* que o vai ajudar a viver melhor. Uma plataforma pensada em si, onde encontra informação sobre dor, os seus diferentes tipos e conselhos práticos de quem sabe. Tudo isto em **dor.com.pt**

O *site* que sabe o que sente.

M-N/A-PT-10-20-0012

GRÜNENTHAL

PROF. MANUEL CARRAGETA *FAST FOOD* é "nova ameaça" no panorama cardiovascular português

A propósito do 41º aniversário da Fundação Portuguesa de Cardiologia, o Prof. Dr. Manuel Carrageta refletiu sobre o trabalho que tem sido desenvolvido pela instituição e perspetivou aquele que considera ser um dos desafios futuros à saúde cardiovascular portuguesa.

POR: **SÓNIA SUL**

A Fundação Portuguesa de Cardiologia (FPC) celebra a 7 de novembro, 41 anos de existência. Enquanto instituição de Utilidade Pública, de âmbito nacional, a FPC "visa fomentar a prevenção das doenças cardiovasculares e a promoção da saúde", realça o Prof. Manuel Carrageta, presidente da FPC.

Entre 1979 e 2020, o panorama demográfico e epidemiológico português mudou "de maneira profunda", atenta o médico especialista em Cardiologia, Medicina Interna, Farmacologia clínica e Geriatria. "Há 41 anos a esperança média de vida era de 69 anos para os homens e 73 para as mulheres. Atualmente é de 79 e 84, respetivamente", ilustra.

Aquando da constituição da Fundação, nos anos 70, o consumo excessivo de sal, muito superior ao médio europeu, "era um dos maiores problemas em Portugal", sublinha o representante. Aliás, o Prof. Manuel Carrageta explicita que este "erro alimentar" é muitas vezes apontado como um dos "maiores responsáveis pelo elevado número de acidentes vasculares cerebrais (AVC) que ainda vitimizam a população portuguesa", em contraste com os restantes países europeus, incluindo Espanha, onde a incidência é "bastante mais baixa".

Se atualmente os AVC estão em "queda significativa", tendo para isso contribuído a FPC enquanto "ator destacado" através de medidas e programas específicos para a redução do consumo de sal, outros desafios se colocam nos dias que correm.

É o caso do consumo excessivo de *fast food*, rica em calorias, gorduras saturadas, sal e açúcares, e pobre em fibra vegetal e micronutrientes essenciais. Segundo o presidente da FPC, esta "nova ameaça" resulta do abandono progressivo da dieta mediterrânea e traduz-se num cenário em que "as crianças portuguesas são apontadas como as segundas da Europa com mais excesso de peso e obesidade".

Procurando evitar um "futuro agravamento da saúde da população", a FPC tem vindo a desenvolver um "trabalho de sensibilização e pressão junto da comunidade e dos poderes públicos" no sentido de melhorar os estilos de vida.

"Organizamos diversas ações de formação destinadas à população, nomeadamente através de cursos de alimentação saudável, de suporte básico de vida, de estilos de vida saudável, entre outras, bem como de cursos de formação para cozinheiros e gestores de refeitórios", exemplifica o médico.

Ademais, a FPC tenta "contribuir para uma maior sensibilização da população em geral, das autoridades e dos profissionais de saúde, organizando campanhas mediáticas, com spots de rádio e televisão, elaboração e distribuição de folhetos, rastreios por todo o País e reuniões científicas".

Questionado sobre os objetivos da FPC para o futuro, o responsável refere que a Fundação "continuará a procurar identificar os maiores problemas de saúde cardiovascular em Portugal, a avaliá-los através de inquéritos e, quando há um grande desconhecimento ou défice sobre determinados problemas, a enfrentá-los".

PROF.ª DR.ª MARIA GOMES DA SILVA

Linfomas: "Tratamento teve evolução impressionante nos últimos 20 anos"

Novas terapêuticas têm contribuído para o aumento das taxas de sobrevivência num grupo de tumores que não são raros (representam cerca de 4% de todos os cancros), como explica a diretora do Serviço de Hematologia do IPO de Lisboa.

POR: **TIAGO CAEIRO**

A que sintomas devem as pessoas estar atentas?

Há dezenas de tipos diferentes de linfoma. São doenças muito heterogéneas e muito variadas na sua forma de apresentação. Os linfomas são tumores do nosso sistema imunitário, que afetam os linfócitos, um subtipo de glóbulos brancos situados no nosso tecido linfático e em circulação no sangue.

O sintoma mais frequente, na maioria dos doentes, é o aparecimento de gânglios linfáticos aumentados, que podem aparecer em qualquer zona do corpo. Se forem superficiais, o doente ou o médico podem notá-los. Podem também causar dor, ao fazerem pressão sobre os órgãos, e prejudicar o funcionamento desses órgãos. Por isso, o tipo de sintomas pode ser muito variado.

No entanto, é preciso dizer que, em contexto de cuidados de saúde primários, a maioria das pessoas que tem gânglios aumentados não tem linfoma. É importante transmitir esta mensagem, de modo a não gerar preocupação desnecessária ao público.

Essa falta de sintomas específicos resulta em diagnóstico demorados, na maior parte dos casos?

O tempo até ao diagnóstico pode depender da existência de gânglios superficiais (no pescoço, virilhas, etc.), mais facilmente notados que os profundos. Há doentes que se apresentam com sintomas gerais como febre, suores, perda de apetite, perda de peso, que são sintomas nada específicos mas que também surgem associados aos linfomas. A investigação desses sintomas pode ser mais demorada, bem como a de disfunção de órgãos prejudicados por compressão ou pela infiltração direta pelo linfoma.

Há, por isso, circunstâncias em que o diagnóstico é muito fácil. Há outras entidades (subtipos de linfoma) que têm apresentações muito particulares, e, assim, é preciso o médico já ter alguma experiência para suspeitar. O diagnóstico é sempre feito através de uma biópsia, em que se retira parte do tecido afetado, que é depois examinado por um médico anatomopatologista.

Existe uma estimativa acerca do tempo médio do diagnóstico?

É muito difícil dizer. No caso dos linfomas indolentes, pensamos que possam ter uma evolução arrastada, uma vez que crescem ao longo do tempo e muitas vezes não geram logo sintomas. No caso dos linfomas agressivos, por crescerem mais depressa e provocarem sintomas mais rapidamente, é provável que a chegada ao médico seja mais rápida. Contudo, quando o doente é por nós observado pela primeira vez não é possível dizer há quanto tempo se está a desenvolver o linfoma.

Quantos casos de linfomas surgem por ano?

Os linfomas não são raros. Representam cerca de 4% de todos os cancros. Os linfomas podem dividir-se em linfomas de Hodgkin e linfomas não-Hodgkin. Também a leucemia linfática crónica se classifica como um linfoma. Se contarmos com todos, teremos cerca de 2.500 a 3.000 novos casos por ano em Portugal. Esta incidência é muito semelhante à de outros países ocidentais.

Quais os grupos etários mais afetados?

De uma maneira geral, a incidência dos linfomas aumenta com a idade. Atingem pessoas de idade mais avançada. Existem tipos de linfomas que aparecem com mais frequência em crianças, mas representam poucos casos; as crianças não têm linfomas com frequência.

A maioria dos subtipos é também mais frequente nos homens do que nas mulheres.

Conhecem-se as causas de aparecimento do linfoma?

Alguns vírus (por exemplo o vírus de Epstein-Barr) são causadores de alguns tipos de linfoma, bem como certas bactérias, também relacionadas com subtipos específicos. Doentes com imunodeficiências (congénitas ou adquiridas) ou com doenças autoimunes têm maior probabilidade de

desenvolverem linfoma. Nalgumas famílias há uma incidência aumentada de casos de linfoma, sendo que o tipo de hereditariedade não é muito claro ainda.
Existem alguns casos associados a exposição a produtos tóxicos, incluindo quimioterapia anterior. No entanto, e apesar disto, na maioria dos casos não conhecemos as causas.

Em traços gerais, que tratamentos estão disponíveis no tratamento dos linfomas?

O tratamento teve uma evolução impressionante nos últimos 20 anos. A maioria continua a ser tratado com quimioterapia, pelo menos em primeira linha. Dentro dos linfomas não-Hodgkin distinguimos dois grupos, os que têm origem nos linfócitos B e os que têm origem nos linfócitos T. No primeiro caso (o grupo mais frequente, cerca de 90%), o tratamento é, habitualmente, imunoquimioterapia (anticorpo monoclonal associado a quimioterapia) em primeira linha. É importante dizer que, no momento do diagnóstico, nem todos os doentes precisam de tratamento imediato. Há muitos linfomas – chamados linfomas indolentes - que podem ser abordados apenas com vigilância, uma vez que nunca se demonstrou que tratá-los mais cedo seja benéfico para a sobrevivência das pessoas afetadas. Por outro lado, há uma série de novos medicamentos que interferem com mecanismos de sobrevivência das células e que estão ser utilizados quer em monoterapia quer em combinação com quimioterapia em diferentes subtipos e em diferentes fases da doença. Só nos últimos seis anos, foram aprovados quatro novos fármacos para a leucemia linfática crónica, por exemplo.
A radioterapia tem um papel importante nalguns tipos de linfoma, nomeadamente em fases precoces do linfoma de Hodgkin, em combinação com a quimioterapia.
Existem ainda as chamadas terapias celulares, nomeadamente o transplante hematopoiético, que consiste no transplante de células estaminais com potencial de gerar células sanguíneas provenientes da medula óssea, de sangue periférico ou de sangue do cordão umbilical. Este transplante pode ser autólogo (usando as próprias células do paciente) ou alogénico (usando as células de um dador), sendo mais frequentemente autólogo no caso dos linfomas.
Mais recentemente, surgiu, para o tratamento de linfomas agressivos (que não respondem a pelo menos duas linhas de tratamento), a terapêutica com células CART-T, onde são extraídos linfócitos T, posteriormente modificados em laboratório para serem mais expeditos no combate à doença e novamente introduzidos no doente. Esta terapêutica é aplicada em casos em que as outras terapêuticas são muito pouco eficazes.

Como têm evoluído as taxas de sobrevivência?

No linfoma de Hodgkin, que constitui 15% de todos os casos de linfoma, a sobrevivência é muito boa e tem melhorado nos últimos anos. Temos, nas formas precoces, sobrevivências a longo prazo superiores a 90% e, nas formas avançadas, superiores a 80%.
Nos linfomas não-Hodgkin agressivos, nomeadamente no caso do Linfoma Difuso de Grandes Células B (o mais frequente de todos), que é uma doença em que conseguimos curar dois terços dos doentes (o outro terço não conseguimos e é um alvo de investigação) podemos colocar a taxa de sobrevivência nos 60% a cinco anos.
Nos linfomas indolentes, temos medianas de sobrevivência que rondam os 15 a 20 anos – o que é muito significativo. No entanto, são linfomas que não curamos. Sabemos apenas tratar e há que equilibrar cuidadosamente os benefícios da intervenção terapêutica com as toxicidades possíveis em doentes que esperamos que vivam muitos anos.

No que diz respeito às recidivas [recaídas], estas são muito frequentes?

Nos linfomas indolentes, são o padrão. Estes casos evoluem com padrões de remissão e recidiva recorrentes, de duração variável mas em que as remissões duram tendencialmente menos com o passar do tempo. Ainda assim, já existem estratégias (tratamentos de manutenção), recorrendo apenas a anticorpos monoclonais, que permitem que os doentes estejam muito tempo sem precisar de uma segunda terapêutica. Nos linfomas agressivos, algumas recidivas acabam por culminar na morte. Apesar de tudo, vão aparecendo fármacos dirigidos ou estratégias combinadas, que permitem obter algumas respostas. Nesta área, as estratégias de terapia celular (ex. células CAR T) são as mais prometedoras.

CONTRACEÇÃO

O que talvez não saiba

A contraceção só foi socialmente aceite no último meio século. Embora essencial porque separa o sexo da procriação e permite aos casais um maior controle e bem-estar nas suas vidas, mantém-se envolta em controvérsia.

Dr.ª Ana Aroso
Especialista em Ginecologia e Obstetrícia no Hospital Lusíadas do Porto e vice-presidente da Associação para o Planeamento da Família

OS BENEFÍCIOS

A contraceção hormonal já fez 50 anos e continua a ser sujeita a estudos e ensaios clínicos, não só para avaliação da eficácia das novas moléculas e das novas doses, mas também para avaliação dos efeitos a curto e a longo prazo na saúde e vida das mulheres.

É bom entendermos o porquê de não só os médicos continuarem a prescrever, como o Estado comparticipar e até fornecer gratuitamente os contracetivos nos centros de saúde.

Todas as mulheres conhecem alguns benefícios da contraceção hormonal. Para além de evitar a gravidez não desejada, as complicações da gravidez ectópica e as interrupções voluntárias da gravidez, a contraceção hormonal regulariza os períodos, reduz os dias e a quantidade de sangue perdido mensalmente no período e por consequência as anemias. Controla a síndrome pré-menstrual e alivia as dores de períodos menstruais com um efeito surpreendente na qualidade de vida da mulher.

Mas poucas saberão que se usarem o contracetivo hormonal, por cinco anos, reduzem para metade o risco de no futuro virem a desenvolver cancro do ovário, cancro do endométrio e cancro colorretal.

A contraceção hormonal é usada para tratamento da pilosidade excessiva, da queda de cabelo e do acne com melhoria da perceção da imagem corporal e auto estima.

Sem esquecer o efeito preventivo no que diz respeito à doença inflamatória pélvica, com o risco de obstrução das trompas, a contraceção hormonal, ao ser usada na terapêutica da síndrome do ovário poliquístico, na endometriose e no controle dos miomas uterinos, previne a infertilidade, especialmente nas mulheres que deixam a gravidez para idades perto dos 40 anos.

Estes benefícios são comuns a todos os contracetivos hormonais, seja sob forma oral, vaginal, implante subcutâneo ou dispositivo de libertação intrauterino, e são independentes da dose ou da formulação – ausência de estrogénios, combinação com diferentes progestativos.

CONTRACEÇÃO NÃO HORMONAL

Coito interrompido
Abstinência sexual
Método do Calendário
Avaliação do muco cervical
Gráfico de temperatura
Preservativo
DIU de cobre
Esterilização feminina
Esterilização masculina

CONTRACEÇÃO HORMONAL

Com estrogénio e progestativo
Oral ou anel vaginal
Só com progestativo
Oral diário
Implante subcutâneo
DIU medicado
Injeção IM trimestral
Contraceção de emergência

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS À CONTRACEÇÃO HORMONAL COMBINADA

Neoplasias hormono-dependentes
Alterações da função hepática ou hepatopatia ativa
Antecedentes de AVC, doença arterial cerebral ou coronária
Antecedentes de trombo embolismo venoso profundo ou doença predispondo a acidente trombo embólico
Fumadora de mais de 15 cigarros / dia e mais de 35 anos

OS RISCOS

Os riscos são maiores no primeiro ano de uso, embora a sua expressão seja pouco relevante quando se está a abordar uma adolescente ou uma adulta jovem. Também por isso recomendamos o uso sem interrupções, mesmo que temporariamente não haja necessidade de contraceção.

Os contracetivos hormonais combinados (CHC) de baixa dosagem, por si só, não aumentam o risco individual de AVC, enfarte de miocárdio ou tromboembolismo. Contudo, a presença de hipertensão arterial faz aumentar o risco de AVC, o tabagismo faz aumentar o risco de trombose arterial e ser portadora de anomalias congénitas dos fatores de coagulação aumenta o risco de tromboembolismo venoso. O uso prolongado de CHC não aumenta o risco de cancro da mama e não aumenta significativamente o risco de cancro da mama em mulheres com patologia benigna da mama ou com antecedentes familiares de cancro da mama.

EFEITOS COLATERAIS

A náusea matinal, a retensão de líquidos e a tensão mamária podem aparecer no início do uso dos contracetivos orais combinados, mas tendem a desaparecer com a continuação do uso. As variações de peso são mínimas e mais frequentes com o implante e o agravamento da depressão está mais associado ao uso do progestativo isolado. Nas raras mulheres que referem diminuição da libido, sugere-se a mudança de contraceção hormonal combinada para o progestativo simples.

A CONSULTA DE PLANEAMENTO

Esta consulta é gratuita no centro de saúde e no hospital. Além de fornecer informação detalhada sobre cada um dos métodos contracetivos disponíveis, serve para a introdução do despiste do cancro do colo do útero e de outras doenças sexualmente transmissíveis (e elas existem!). É uma oportunidade única para abordar a vida sexual, despistar disfunções sexuais ou problemas conjugais. Permite a pessoas saudáveis um contacto regular com um profissional de saúde, atento a sinais de violência no namoro ou violência doméstica. É essencial para avaliar o uso correto do método escolhido e despistar o aparecimento das contraindicações. É também uma excelente oportunidade para encaminhar as mulheres para a consulta de sessação tabágica.

O MÉTODO ESCOLHIDO NA ADOLESCÊNCIA, HABITUALMENTE A CONTRACEÇÃO COMBINADA ORAL ASSOCIADA A PRESERVATIVO, PODE MUDAR PARA DISPOSITIVO INTRAUTERINO MEDICADO AOS 25 ANOS

REGRAS DE UTILIZAÇÃO

O uso da contraceção é voluntário, baseado numa escolha esclarecida e é dinâmico ao longo da vida. O método escolhido na adolescência, habitualmente a contraceção combinada oral associada a preservativo, pode mudar para dispositivo intrauterino medicado aos 25 anos. Pode regressar a contraceção oral ou vaginal entre gravidezes e usar o progestativo simples nos pós-parto e na amamentação. Após a constituição da família se desejada, pode regressar aos métodos de longa duração como o implante ou DIU medicado. Se surgirem doenças com contraindicações a estes métodos, pode escolher um DIU de cobre ou até a laqueação tubar.

CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA: o que devemos saber

Estima-se que em toda a Europa cerca de 45% das gravidezes não sejam planeadas. E Portugal não é exceção a este cenário, afirma a Drª. Teresa Bombas.

Dr.ª Teresa Bombas
Especialista em ginecologia e obstetrícia e membro da direção da Sociedade Portuguesa de Contracepção.

Estima-se que em toda a Europa cerca de 45% das gravidezes não sejam planeadas. E Portugal não é exceção a este cenário, muito embora o nosso país, segundo as conclusões da Avaliação das Práticas Contracetivas, realizada pelas Sociedades Portuguesas de Ginecologia e da Contracepção em 2015, registe uma das mais elevadas taxas de utilização de contracetivos da Europa, com 94,1% das portuguesas em idade fértil a afirmar utilizar contraceção.

Mas se a quase totalidade das portuguesas em idade fértil afirma utilizar contraceção e essa contraceção é, na sua grande maioria, segura e moderna, como justificamos as gravidezes não planeadas? Este valor está relacionado com o facto de a maioria das portuguesas usar contracetivos cuja eficácia depende diretamente da utilizadora/utilizador (ou seja, pílula, preservativo e métodos naturais). Em caso de falha do método contracetivo de uso regular ou de uma relação sexual (RS) não protegida, há sempre uma segunda oportunidade de evitar uma gravidez não desejada através do recurso à pílula de emergência. Devemos por isso esclarecer:

1. O que é a pílula de emergência?

A pílula de emergência ou pílula de dia seguinte é uma forma de contraceção hormonal que faz um bloqueio temporário da ovulação. Não é abortiva pois não interrompe uma gravidez em curso.

2. Que pílulas de emergência existem?

São comercializadas atualmente dois tipos de pílulas de emergência, que diferem entre si na sua composição e eficácia. A mais antiga do mercado é a pílula com levonorgestrel e a mais recente e mais eficaz é a pílula com acetato de ulipristal.

As duas são muito seguras e atuam de igual forma, atrasando ou bloqueando a ovulação. A pílula de levonorgestrel faz um bloqueio da ovulação por três dias e a de acetato de ulipristal por cinco dias (número de dias que os espermatozoides se encontram em circulação no aparelho genital feminino após uma RS não protegida).

3. Quando deve ser tomada?

Sempre que exista uma RS não protegida: não utilização de método contracetivo, acidente com preservativo, esquecimento e mais de dois dias de uso de pílula diária. Deve ser tomada o mais breve possível após a relação não protegida. A pílula de levonorgestrel é eficaz até 72h após a RS não protegida e a de acetato de ulipristal ate 120 h após a RS não protegida. Pode ser utilizada por todas as mulheres independentemente do seu estado de saúde e é por isso um medicamento de venda livre.

4. As pílulas do dia seguinte têm a mesma eficácia que a contraceção regular?

As pílulas de emergência são menos eficazes que os métodos de contraceção modernos e de uso regular. Por isso, não devem substituir o uso de um método de contraceção.

Quando uma mulher no mesmo ciclo ou em ciclos seguidos precisa de utilizar contraceção de emergência, deve consultar o seu médico e rever o seu plano de contraceção.

5. Após a toma da pílula do dia seguinte, a mulher recupera a fertilidade?

O bloqueio da ovulação que as pílulas do dia seguinte provocam é apenas temporário, pelo que é muito importante que se mantenha o uso de contraceção regular durante o restante ciclo. Por isso, se é utilizadora de pílula oral e diária deve continuar de imediato, se usa anel vaginal deve colocar o anel, se utiliza selo deve colocar um novo selo. No caso de ser utilizadora de um método natural, deve usar preservativo até à menstruação seguinte. Se é utilizadora de preservativo, deve retomar o seu uso de imediato.

6. Posso ter uma alteração do ciclo depois de usar uma pílula de emergência?

Pode ocorrer um atraso ou adiantamento da menstruação após o uso de pílula de emergência. No caso de não menstruar no espaço de uma semana após a data prevista deve fazer um teste de gravidez.

7. Existem outros métodos de Contraceção de emergência?

O Dispositivo intrauterino de cobre é o método de contraceção de emergência mais eficaz. Pode ser utilizado num intervalo maior após a RS sexual não protegida. Tem de ser colocado por um método. E é uma ótima opção para as mulheres que pretendam continuar com este método de contraceção.

PT/NPR/0519/0002 aprovado em 05/2019

SEMPRE CURIOSOS

A Curiosidade está no nosso ADN.
Inspira-nos a fazer perguntas que
nunca tinham sido feitas antes.
Ao olharmos para o futuro, podemos
apenas imaginar até onde podemos chegar.

Curioso?

Descubra mais em:
merckgroup.com/pt-pt

MERCK

DR.ª FÁTIMA PALMA

"É muito mais difícil impedir a espermatogénese do que a ovulação"

A presidente da Sociedade Portuguesa de Contracepção acredita que a contraceção hormonal masculina não estará disponível para breve. Independentemente disso, frisa que "a responsabilidade pela contraceção deve ser sempre partilhada".

POR: **SÓNIA SUL**

Que balanço faz dos métodos contracetivos masculinos que existem atualmente?
Neste momento, os métodos contracetivos masculinos são dois, o preservativo masculino e a vasectomia.
O preservativo masculino, cujo uso é extremamente importante por ser o único método que previne as infeções de transmissão sexual, já existe há muitos anos, tendo surgido até antes da pílula. Segundo o último relatório da Avaliação das práticas contracetivas em Portugal, de 2015, atualmente é o segundo método contracetivo mais utilizado em Portugal, a seguir à pílula combinada (com estrogénios e progesterona).
A vasectomia é um método de contraceção irreversível e, como tal, só deve ser utilizado depois de se perceber quais são os objetivos a nível familiar. Embora seja um método muito utilizado na América Latina, a vasectomia não é tão popular nos países da Europa, nomeadamente na Europa de Sul e em Portugal em particular. Isto acontece sobretudo porque existem alguns mitos associados à vasectomia, como a perceção não comprovada de que a vasectomia provoca alterações na sexualidade masculina, por exemplo, provocando dificuldades de ereção ou diminuindo a potência sexual.
Além destes dois, existe o coito interrompido, um método utilizado desde sempre, mas com uma grande taxa de falha. Felizmente, já não é muito utilizado.

O que existe em termos de investigação nesta área?
A investigação desenvolvida na área tem sido em torno da tentativa de impedir hormonalmente a espermatogénese, isto é, a formação de espermatozóides.
Já surgiram alguns compostos de testosterona isolada ou em associação com outras hormonas que – sob a forma injetável, pílula, adesivo – bloqueiam com alguma eficácia a formação de espermatozoides, mas têm vários efeitos acessórios pelo que a contraceção masculina continua a originar várias investigações a nível mundial.

Existem estudos sobre como seria recebido um método contracetivo hormonal masculino?
Têm sido desenvolvidos alguns estudos em vários países para perceber como seria encarado por parte das mulheres deixar o papel da contraceção do lado masculino, com resultados muito diferentes. Provavelmente tem a ver com culturas diferentes e com os papéis diferentes desempenhados por homens e mulheres nos diversos tipos de sociedades.

Partilhar a responsabilidade da contraceção tem um efeito positivo?
Sim, sabe-se que, quando os parceiros das mulheres que usam contraceção se mostram interessados e assistem à consulta e partilham da escolha do método contracetivo, a adesão ao uso do método e a respetiva continuação é muito superior do que quando isso não acontece.
Apesar de a maior parte dos métodos contracetivos existentes serem femininos, a responsabilidade pela contraceção é dos dois membros e deve ser sempre partilhada. O facto de, em Portugal, ser a mulher a utilizar o método contracetivo na maior parte das vezes não iliba também a responsabilidade masculina. Como tal, os membros do casal devem ir às consultas de aconselhamento em conjunto para que possam tomar parte da decisão da escolha do método contracetivo.

A KRKA É UMA DAS EMPRESAS FARMACÊUTICAS LÍDERES MUNDIAIS EM GENÉRICOS.

- Extensa atividade de Investigação & Desenvolvimento para cada produto
- Medicamentos clinicamente testados
- Altos padrões internacionais de produção farmacêutica

KRKA

Viver com saúde

O tempo passou e a sopa ficou ...

Dr.ª Helena Cid
Nutricionista C.P. O329N
Vogal do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Nutricionistas Membro do Conselho Geral da Fundação Portuguesa de Cardiologia

Apesar das invasões, das intempéries, da peste, a sopa não sucumbiu e atravessou gerações. Provavelmente, não foi por acaso, mas sim porque a sopa oferece inúmeros benefícios nutricionais e é, sem dúvida, uma forma económica de ingerir vegetais.

Os portugueses são campeões no consumo de sopa caseira. Estas sopas distinguem-se pela variedade, pela mistura de sabores, pelas combinações perfeitas entre alimentos e por serem sempre temperadas com um fio de azeite. Não há dúvida de que sabemos fazer sopas com uma mestria exemplar e não há outro país no mundo que faça sopas como nós. Eu diria mesmo que somos o CR7 das sopas.
A sopa é um verdadeiro cocktail de vitaminas e de minerais. Tem a grande vantagem de reter a qualidade nutricional dos seus ingredientes porque, mesmo que se percam vitaminas e minerais, estes ficam sempre no caldo, por isso, não se perdem. Devido à elevada quantidade de água, a sopa é uma fonte de hidratação, um benefício para quem tem dificuldade em beber água, especialmente no inverno.
A sopa fornece uma quantidade apreciável de fibras alimentares. Estas são fundamentais ao bom funcionamento do aparelho digestivo. As fibras têm ainda a capacidade de bloquear a absorção de açúcares, de gorduras e de colesterol e, por isso, são muito benéficas, prevenindo o aparecimento de algumas doenças típicas da nossa sociedade.
As fibras conferem à sopa um efeito saciante. Pesquisas recentes referem que o consumo de sopa modifica o comportamento alimentar ao longo da refeição. Iniciar a refeição com sopa contribui decisivamente para uma sensação precoce de saciedade e, assim, a ingestão alimentar no segundo prato será menor. Por outro lado, esta sensação de saciedade precoce também ajuda a controlar a seleção dos alimentos a ingerir, mostrando que as escolhas focam-se mais em alimentos mais saudáveis. Quem consome sopa diariamente consegue fazer uma gestão calórica mais equilibrada e eficaz.
As hortaliças, os legumes e as ervas aromáticas que colocamos na sopa fornecem uma excelente dose de substâncias com propriedades antioxidantes para o nosso organismo. Alguns estudos científicos mostram que estas substâncias podem ajudar a neutralizar várias substâncias tóxicas ou nefastas ao organismo. Segundo investigadores que se dedicam ao estudo do impacto que os métodos de confeção têm sobre a saúde humana, a sopa destaca-se por ser confecionada através de um método culinário que nunca atinge temperaturas muito elevadas, por isso, não gera substâncias carcinogénicas.
A sopa tem outra grande vantagem; permite camuflar os legumes ou produtos hortícolas que não são tão apreciados ou que têm um sabor mais agressivo. Para fazer uma sopa, uma regra importante a ter em conta é utilizar pelo menos cinco vegetais diferentes. Experimente também adicionar ervas aromáticas e especiarias. Esta adição permite reduzir substancialmente a quantidade de sal.
Já pensou que, ao longo do ano, consegue fazer sempre, de uma forma simples, sopas tão diferentes, sem nunca repeti-las? Bastas fazer uma mistura variada de diferentes VEGETAIS e/ou utilizá-los em proporções diferentes.
A falta de tempo para confecionar sopa poderá ser uma barreira ao seu consumo. Atualmente, ultrapassa-se esta situação com muita facilidade uma vez que nos supermercados já existem vegetais variados, cortados e prontos ou então vegetais congelados que são uma preciosa ajuda na preparação rápida de uma sopa.
Sopa, uma aposta saudável para toda a família.

DR.ª SÓNIA MIRANDA
Uma só saúde para todos

A campanha #protectourfuturetoo quer alertar tutores e médicos veterinários para a importância de proteger os animais de estimação das consequências das alterações climáticas. Afinal, como a diretora clínica do Hospital Veterinário do Atlântico, a saúde de humanos e animais de estimação está intrinsecamente ligada.

POR: **RITA VASSAL**

As alterações climáticas têm levado a que as estações mais quentes se prolonguem durante mais tempo, criando condições propícias para a vida dos parasitas durante quase todo o ano. Existe algum parasita que se esteja a transformar numa particular ameaça?

Pulgas, carraças, mosquitos, insetos e outros parasitas que anteriormente eram típicos das estações do ano mais quentes, hoje estão ativos ao longo de todo o ano. Por exemplo, as carraças apenas necessitam de temperaturas acima dos 7ºC para manterem a sua atividade, o que implica que no nosso país possam, em algumas regiões, estar ativas durante todo o ano.

Um dos grandes problemas do alargamento da atividade dos parasitas é o facto de a maioria dos tutores não estar alerta para a importância de proteger o seu animal de companhia naqueles que são considerados os meses do ano mais frios. Desta forma, os animais acabam por ficar mais expostos a pulgas, carraças, mosquitos e insetos que podem veicular doenças potencialmente graves, como seja a Bartolenose, a Babesiose, a Dirofilariose e a Leishmaniose.

Num evento organizado pela MSD Animal Health, a propósito da campanha #protectourfuturtoo, abordou-se a questão da migração de alguns parasitas dos países europeus do Sul para os países nórdicos. Mesmo estando Portugal no sul da Europa, existe algum fenómeno de migração que lhe mereça destaque?

Existe pouca informação sobre esta questão, no entanto os movimentos migratórios dos parasitas e as viagens cada vez mais frequentes dos animais de companhia para locais fora da sua área de residência aumentam a probabilidade de surgirem no nosso país novos parasitas com os quais teremos de nos preocupar. Por exemplo, sabemos que a Doença de Lyme, uma doença transmitida por carraças com maior incidência nos países do Norte e Centro da Europa, tem vindo a ganhar cada vez mais importância nos países do sul da Europa.

Alguns desses parasitas podem provocar doenças em animais que são transmissíveis aos humanos, as ditas zoonoses. Pode dar alguns exemplos?

Existem parasitas que são transmitidos diretamente por contacto, por exemplo, de um cão ou gato. Há também parasitas que são adquiridos por ingestão acidental de ovos presentes no ambiente, como a Toxocarose com risco de infeção em humanos. Depois há as zoonoses transportadas por vetores – a Leishmaniose é um bom exemplo de uma doença provocada por um protozoário [um tipo de microorganismo unicelular] transmitido tanto a cães, como a gatos e a humanos, através de flebótomos [tipo de inseto] e com uma considerável distribuição endémica em Portugal. A Leishmaniose afeta mais de cinco milhões de cães no sul da Europa. Podemos também pensar em Dirofilariose, uma doença provocada pelo parasita dirofilaria, sendo que a Dirofilaria repens coloca um sério problema em alguns países.

A Doença de Lyme (Borreliose), também uma zoonose, é a segunda doença de propagação mais rápida nos EUA. A Organização das Nações Unidas alerta para o facto de cerca de 60% das doenças infeciosas humanas poderem ser zoonóticas e que novas doenças infeciosas potencialmente zoonóticas continuam a surgir.

E tendo em conta as alterações climáticas, que cuidados com os animais de companhia devem existir ao longo do ano?

É fundamental estimular a vigilância ativa. A desparasitação deve ser efetuada todo o ano, utilizando os tratamentos desparasitantes adequados às proteções que se pretendem.

É importante também pesquisar a presença de carraças após cada caminhada, nos cães e em si próprio, promover a escovagem regular, identificar habitats chave – áreas de floresta e vegetação são particularmente atrativas para as carraças que aqui permanecem a aguardar que os animais passem, e locais quentes com poças de água são muito apreciados pelos mosquitos para se reproduzirem, por exemplo –, reforçar a importância da higiene e limpeza dos locais de maior permanência dos animais, removendo detritos que podem fornecer abrigo aos parasitas e drenando pequenas poças. Os tutores devem manter padrões de higiene junto dos seus animais de companhia, incluindo lavagem regular das mãos. Também é importante alertar para os riscos das viagens – quando os tutores desejam viajar devem estar conscientes dos potenciais riscos.

E como podem as alterações climáticas também impactar no comportamento animal, nomeadamente na reação às temperaturas mais elevadas durante todo ano ou às tempestades cada vez mais fortes?

O aumento do tempo extremamente quente pode representar maior risco de stress associado ao calor e insolação. Os animais de companhia podem ser vulneráveis a estas condições em temperaturas tão baixas como 20ºC e o risco torna-se maior quando as temperaturas passam os 30ºC. O risco aumenta em raças com pelagem longa, normalmente adaptadas a temperaturas mais baixas, e animais braquicéfalos [conhecidos pelo focinho achatado] que têm dificuldade em dissipar o calor através do estreito trato respiratório superior.

Mesmo quando as temperaturas não são particularmente elevadas, a alteração das estações do ano obriga os nossos animais a desviarem-se das suas rotinas. Muitos gatos e cães, particularmente animais mais velhos, lutam para se adaptarem à mudança e isso pode representar um desconforto considerável. Considerando o exemplo do exercício físico, à medida que as temperaturas aumentam, os tutores podem ter menos probabilidades de passear os seus cães, aumentando o risco de obesidade.

Outro desafio é colocado pelos eventos extremos, como trovoadas, que se estão a tornar mais frequentes devido às mudanças no clima. Estas trovoadas podem causar ansiedade entre os animais de companhia e agravar ou desencadear outras condições. As mudanças nos padrões do clima podem alterar significativamente o humor dos animais, como é visível pelo aumento dos casos de perturbações afetivas sazonais (podendo originar ansiedade). Em cães e gatos, a disfunção cognitiva, ansiedade, medo e fobias, podem estar relacionadas com as alterações do clima. Também não devemos menosprezar o efeito das mudanças da sazonalidade nos padrões e reprodução. Isto nota-se na população felina, que geralmente se reproduz durante os meses mais quentes. Atualmente, os gatos continuam a reproduzir-se no Inverno, o que pode significar mais gatinhos errantes.

A que sinais devem os tutores estar atentos?

Os tutores devem manter-se atentos a sinais como letargia, tosse, dificuldade em andar, relutância ao exercício, apetite reduzido, mucosas pálidas, fadiga após exercício ou alterações na cor das fezes ou urina e devem contactar o seu médico veterinário. Mesmo que o animal pareça simplesmente um pouco em baixo, esta é uma boa razão para contactar o médico veterinário que saberá a melhor forma de proceder.

Tendo a noção de que as alterações climatéricas também têm impacto no comportamento do animal, o tutor, conhecendo o animal melhor que ninguém, deve estar alerta para alterações de comportamento como a apatia, miar ou ladrar excessivo, limpeza compulsiva, irritabilidade ou comportamento agressivo.

A pandemia causada pelo novo coronavírus pode ser uma boa oportunidade para abordar as questões de Saúde Pública e o conceito de "Uma Só Saúde", para humanos e animais de companhia?

"Uma Só Saúde" pode ser definida como o esforço multidisciplinar - trabalhando local, nacional e globalmente - para alcançar a melhor saúde para as pessoas, animais e o nosso ambiente. A nossa saúde e a saúde dos nossos animais de companhia estão intrinsecamente ligadas. Há muitas doenças que passam dos parasitas para os animais de companhia que também podem passar dos parasitas para as pessoas. A saúde das pessoas, dos animais e do ambiente está interligada. A comunidade científica estima que mais de seis em cada dez doenças infeciosas que afetam o homem podem ser disseminadas a partir dos animais.

evacinas.pt

SITE DE INFORMAÇÃO SOBRE VACINAS,
O SEU NOVO PORTAL COM INFORMAÇÃO
CREDÍVEL E CONSCIENTE

www.evacinas.pt

Com o apoio:

apmgf
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE MEDICINA GERAL

ASSOCIAÇÃO DE JOVENS DIABÉTICOS DE PORTUGAL

DESAFIA A DIABETES. JUNTA-TE A NÓS!

JovensDiabeticos ajovensdiabeticosp 935040097 ajdp@ajdp.org