

www.healthnews.pt

HEALTHNEWS

informação em saúde

Revista de informação geral e médica - Mensal . Distribuição gratuita . ANO 1 . Nº 11

#11

junho'23

12

Rui Pinto

**“É preciso
ir mais longe na
disponibilização
de DIV”**

18

Vasco Cremon de Lemos

**“O curso de Medicina,
por vezes, está doente
e é necessário tratá-lo”**

24

Joana Freire

**“Infelizmente, é a
comunicação social
que assume o papel
informativo”**

QUANDO A DOR ACABA VIVEMOS A VIDA AO MÁXIMO

1 LÍDER NO ALÍVIO DA DOR

DOR CRÔNICA



DOR AGUDA



INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

NOME DO MEDICAMENTO: Zilpen 37.5 mg / 325 mg comprimidos Zilpen 75 mg / 650 mg comprimidos **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada comprimido contém 37,5 mg de cloreto de tramadol e 325 mg de paracetamol, ou 75 mg de cloreto de tramadol e 650 mg de paracetamol. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos brancos, alongados e arredondados. Os comprimidos 37,5 mg / 325 mg e 75 mg / 650 mg são comprimidos de liberação prolongada. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Tratamento sintomático da dor moderada a intensa em que se considera ser adequada a combinação de tramadol e paracetamol. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Posologia: Adultos e adolescentes (com 12 ou mais anos de idade): Pacientes com um dose inicial deve consistir de Zilpen 37,5 mg / 325 mg ou um comprimido de Zilpen 75 mg / 650 mg. Se necessário, podem ser tomadas doses adicionais, não ultrapassando 8 comprimidos de Zilpen 37,5 mg / 325 mg ou 4 comprimidos de Zilpen 75 mg / 650 mg (equivalente a 300 mg de tramadol e 2800 mg de paracetamol) por dia. O intervalo entre as doses não deve ser inferior a seis horas. Caso seja necessário um tratamento repetido ou prolongado com Tramadol / Paracetamol, como consequência da natureza e gravidade da patologia, deverá efetuar-se uma monitorização cuidadosa e regular. **População pediátrica:** Não se recomenda o tratamento nesta população de doentes. **Doentes idosos:** Possível por alterações das doses usuais, embora seja de considerar que em indivíduos com mais de 75 anos a sensibilidade de eliminação do tramadol aumentou 17% após administração oral. Em indivíduos com mais de 75 anos de idade, recomenda-se que o intervalo mínimo entre as tomas não seja inferior a 6 horas, devido à presença de tramadol. Insuficiência renal: Devido à presença de tramadol, não se recomenda a utilização de Tramadol/Paracetamol em doentes com insuficiência renal grave (depuração de creatinina < 10 ml/min). Em casos de insuficiência renal moderada (depuração da creatinina entre 10 e 30 ml/min), o intervalo entre as tomas deverá ser aumentado para 12 horas. Como o tramadol é removido muito lentamente por hemodiálise ou por hemofiltração, a administração após a diálise para manter a analgesia não é normalmente necessária. **Insuficiência hepática:** Em doentes com disfunção hepática grave não se deve utilizar Tramadol/Paracetamol. Em caso de insuficiência hepática moderada deve ser cuidadosamente considerado o prolongamento do intervalo entre as doses. **Modo de administração:** Administração oral. Os comprimidos devem ser engolidos com uma quantidade suficiente de líquido. **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes; Intoxicação aguda pelo álcool, fármacos hipnóticos, analgésicos de ação central, opiáceos ou fármacos psicotrópicos; Paracetamol / Tramadol não deve ser administrado a doentes em tratamento concomitante com inibidores da Monoaminoxidase (MAO) ou dentro das duas semanas após paragem do tratamento; Disfunção hepática grave; Epilepsia não controlada por tratamento. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO:** Nos doentes com dependência de opiáceos e com um historial de dependência ou abuso de drogas, o tratamento só deve efetuar-se por um período curto e sob vigilância médica. O Tramadol/Paracetamol deve ser usado com precaução em doentes com traumatismo craniano, em doentes predispostos a convulsões, apresentando perturbações biliares, em estado de choque, com alteração da consciência de origem decorrente, com problemas que afetam o controlo respiratório ou com aumento da pressão intracraniana. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Os efeitos indesejáveis mais frequentemente referidos durante os ensaios clínicos, realizados com a associação de paracetamol/tramadol, foram náuseas, tonturas e sonolência, observados em mais de 10 % dos doentes. Perturbações do foro psiquiátrico: - Freqüentes (≥1/100 a <1/10): confusão, alterações do humor (ansiedade, nervosismo, euforia), perturbações do sono. Doenças do sistema nervoso: - Muito frequentes (≥1/10): tonturas, sonolência. - Freqüentes (≥1/100 a <1/10): cefaleias, tremor. Doenças gastrointestinais: - Muito frequentes (≥1/10): náuseas. - Freqüentes (≥1/100 a <1/10): vômitos, obstipação, xerostomia, dor de estômago, diarreia, flatulência. Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos: - Freqüentes (≥1/100 a <1/10): sudoreção, prurido. Embora não tendo sido observados durante os ensaios clínicos, não podem ser excluídos os seguintes efeitos secundários, associados ao uso isolado de tramadol e paracetamol: Tramadol: - Hipotensão postural, bradicardia, colapso (tramadol). - A vigilância pós-comercialização do tramadol revelou alterações raras da ação da varfarina, incluindo aumento do tempo de protrombina. - Após a administração de tramadol podem ocorrer efeitos secundários psiquiátricos que variam individualmente na intensidade e natureza que incluem alterações no humor, alterações na atividade e na capacidade cognitiva e sensorial. - Foi relatado agravamento de asma, embora não tenha sido estabelecida uma relação causal. - Sintomas de reações de privação, semelhantes às que ocorrem durante a privação de opiáceos, podem manifestar-se da seguinte forma: agitação, ansiedade, nervosismo, insónia, hiperreflexia, tremor e sintomas gastrointestinais. Paracetamol: - As reações adversas do paracetamol são raras, no entanto, pode ocorrer hipersensibilidade incluindo erupções cutâneas. - Vários relatos sugerem que o paracetamol pode produzir hepatotoxicidade quando administrado com substâncias análogas à varfarina. **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pode-se aos profissionais de saúde que notifiem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao INFARMED, L.P., Site da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmedsubmissaoform> (preferencialmente) ou através dos seguintes contactos: Direção de Gestão do Risco de Medicamentos, Parque da Saúde do Lisboa, Av. Brasil 53, 1749-004 Lisboa, Tel. +351 21 796 73 73 E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt DATA DA REVISÃO DO TEXTO: Agosto 2021. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado: MSRM, Medicamento compartilhado escalão C.

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

NOME DO MEDICAMENTO: Zilpen LP 75 mg + 650 mg comprimidos de liberação prolongada. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada comprimido de liberação prolongada contém 75 mg de cloreto de tramadol equivalente a 65,86 mg de tramadol e 650 mg de paracetamol. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido de liberação prolongada. Comprimidos ovais, biconvexos, com duas camadas revestidas por película, de cor branca a quase branca numa das faces e amarelo pálido na face oposta, com marcas escuras. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Indicado para o tratamento sintomático da dor moderada a intensa em adultos e adolescentes com mais de 12 anos. O uso do Zilpen LP deve restringir-se aos doentes com dor moderada a intensa em que se considera ser adequada a combinação de tramadol e paracetamol. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Posologia: Adultos e adolescentes (com 12 ou mais anos de idade): A posologia deve ser ajustada individualmente à intensidade da dor e à sensibilidade do doente. Deve geralmente ser escolhida a dose analgésica eficaz mais baixa. Recomenda-se uma dose inicial de um a dois comprimidos de Zilpen LP. Se necessário podem ser tomadas doses adicionais, não ultrapassando os 4 comprimidos por dia. O intervalo entre as doses não deve ser inferior a doze horas. Zilpen LP não deverá, em nenhuma circunstância, ser tomado durante mais tempo do que o estritamente necessário. Caso seja necessário um tratamento repetido ou prolongado, como consequência da natureza e gravidade da patologia, deverá efetuar-se uma monitorização cuidadosa e regular (sempre que possível, com intervalos no tratamento), de forma a avaliar se é necessário continuar o tratamento. **População pediátrica:** Não se recomenda o tratamento nesta população de doentes. **Doentes idosos:** Em doentes idosos até 75 anos, sem insuficiência hepática ou renal clinicamente estabelecida, não é habitualmente necessário qualquer ajuste posológico. Em doentes com mais de 75 anos o tempo de eliminação pode estar aumentado. Deste modo, se necessário, os intervalos entre as doses devem ser prolongados em função das necessidades do doente. **Doentes com insuficiência renal:** Devido à presença de tramadol, não se recomenda a utilização de Zilpen LP em doentes com insuficiência renal grave. Em caso de insuficiência renal moderada, deve ser considerado um aumento no intervalo entre as doses. Como o tramadol é eliminado apenas muito lentamente por hemodiálise ou por hemofiltração, a administração pós-diálise para manter a analgesia não é normalmente necessária. **Disfunção hepática:** Em doentes com insuficiência hepática, a eliminação do tramadol encontra-se prolongada. Nestes doentes, o prolongamento do intervalo entre as doses deverá ser anteriormente considerado em função das necessidades do doente. Devido à presença de paracetamol, Zilpen LP não deve ser utilizado em doentes com disfunção hepática grave. **Modo de administração:** Administração oral. Os comprimidos devem ser engolidos inteiros, com uma quantidade suficiente de líquido. Não devem ser partidos nem mastigados. **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade conhecida às substâncias ativas a qualquer um dos excipientes; Intoxicação aguda pelo álcool, fármacos hipnóticos, analgésicos de ação central, opiáceos ou fármacos psicotrópicos. Não deve ser administrado concomitantemente com inibidores da MAO ou dentro das duas semanas após paragem do tratamento; Disfunção hepática grave; Epilepsia não controlada por tratamento. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Os efeitos indesejáveis que poderão ocorrer durante o tratamento com Zilpen LP são classificados de acordo com os seguintes grupos por ordem de frequência: Muito frequentes (≥1/10); Freqüentes (≥1/100 a <1/10); Pouco frequentes (≥1/1000 a <1/100); Raros (≥1/10000 a <1/1000); Desconhecidos (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Dentro de cada grupo de frequência, os efeitos indesejáveis são apresentados por ordem decrescente de gravidade. Os efeitos indesejáveis mais frequentemente referidos durante os ensaios clínicos, realizados com a associação de paracetamol/tramadol, foram náuseas, tonturas e sonolência, observados em mais de 10 % dos doentes. Efeitos indesejáveis letais por classes do sistema de órgãos: Perturbações do foro psiquiátrico: Freqüentes: confusão, alteração do humor, ansiedade, nervosismo, euforia, perturbações do sono. Doenças do sistema nervoso: Muito frequentes: tonturas, sonolência. Freqüentes: cefaleias, tremor. Doenças gastrointestinais: Muito frequentes: náuseas. Freqüentes: vômitos, obstipação, xerostomia, dor de estômago, diarreia, flatulência. Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos: sudoreção, prurido. Embora não tendo sido observados durante os ensaios clínicos, não podem ser excluídos os seguintes efeitos indesejáveis, associados ao uso isolado de tramadol e paracetamol: Tramadol: Hipotensão postural, bradicardia, colapso (tramadol). Após a administração do tramadol podem ocorrer efeitos secundários psiquiátricos que variam individualmente na intensidade e natureza. Estes incluem alterações no humor, (geralmente alergia, ocasionalmente delírio), alterações na atividade (geralmente diminuição), ocasionalmente aumento) e alterações na capacidade cognitiva e sensorial (por ex. desalojo de agir, percepção de doença). Foi relatado um caso de agravamento de asma, embora não tenha sido estabelecida uma relação causal. Sintomas de reações de privação, semelhantes às que ocorrem durante a privação de opiáceos, podem manifestar-se da seguinte forma: agitação, ansiedade, nervosismo, insónia, hiperreflexia, tremor e sintomas gastrointestinais. Paracetamol: Os efeitos adversos do paracetamol são raras, no entanto, pode ocorrer hipersensibilidade incluindo erupções cutâneas. **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pode-se aos profissionais de saúde que notifiem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao INFARMED, L.P., Site da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmedsubmissaoform> (preferencialmente) ou através dos seguintes contactos: Direção de Gestão do Risco de Medicamentos, Parque da Saúde do Lisboa, Av. Brasil 53, 1749-004 Lisboa, Tel. +351 21 796 73 73, Linha do Medicamento: 80022444 (gratuito), E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt DATA DA REVISÃO DO TEXTO: Agosto 2022. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado: MSRM, Medicamento compartilhado escalão C.



Referências: 1. Dados IMS [data on file] Nov 2022.



Zona Industrial da Abrusheira
Rua da Tapada Grande n.º 2
Abrusheira
2710-089 Sintra
NIF 500628413



ZILP231A10G janeiro 2023, reválido atualmente

www.tecnimede.com

Editorial

Implosões

Estava a tribo toda mergulhada a 3500 metros de profundidade, acompanhando a tragédia do Titan, o malogrado submarino excursionista que a troco de 250 mil euros por cabeça prometia um salutar passeio ao local de naufrágio do Titanic, quando de um momento para o outro, quase sem repararmos, estávamos de novo à tona, para nova incursão, desta feita protagonizada, primeiro, pelo Conselho de Administração do Santa Maria, que culminou na exoneração da direção do Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina de Reprodução (que inclui Diogo Ayres de Campos e a diretora de Obstetrícia, Luísa Pinto). De recordar que o exonerado exercia também funções como coordenador da Comissão de Acompanhamento da Resposta em Urgência de Ginecologia/Obstetrícia e Bloco de Partos da DGS, a tal que dias antes tinha suscitado turbulência na Ordem dos Médicos por Ayres de Campos ter sido conivente no processo que levou à emissão de uma Orientação (2/2023) que institui que o internamento hospitalar, nas situações de baixo risco, pode ser realizado por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Algo que a Ordem dos Médicos, como seria de esperar, jamais admitiria, mesmo que a prática seja corrente há já mais de uma década, ainda que informalmente.

Como é uso nestas situações, os colegas de Ayres de Campos manifestaram a sua solidariedade para com o “chefe” exonerado. Vai daí, sete dos oito chefes de equipe das urgências de obstetrícia do Hospital de Santa Maria apresentaram à administração do centro hospitalar universitário de Lisboa Norte uma carta

na qual apresentaram o seu pedido de demissão. Por seu lado, Carlos Cortes, o Bastonário da Ordem dos Médicos, para além de retirar a sua confiança ao exonerado, pediu, em carta dirigida à DGS, o afastamento do médico como coordenador dos grupos de trabalho da DGS em que exista colaboração com a OM.

Ao contrário do Titan, cuja impulsão fez calar as notícias, no caso das maternidades e sua reestruturação ainda a procissão vai no adro, esperando-se a todo o momento novas explosões de fúria, quer por parte da direção executiva do SNS – que vistas bem as coisas foi quem esteve na origem do conflito – quer pela dos médicos, indignados com a sanção do colega por delito de opinião. E assim vamos...

Miguel Múrias Mauritti



**PORTAL DE INFORMAÇÃO
GERAL E MÉDICA**

Diretor

Miguel Múrias Mauritti
redacao@healthnews.pt

Direção Executiva

Maria Antónia Lisboa
geral@healthnews.pt

Direção Comercial

Celeste Coelho
comercial@healthnews.pt

Redação

Adelaide Oliveira
Nuno Bessone
Eduardo Esteves(caricaturista)
Vaishaly Camoes
Rita Antunes
redacao@healthnews.pt

Colaboradores

António Alvim
António Correia de Campos
Acácio Gouveia
António Silva Graça
António Sousa Uva
Luís Gouveia Andrade
Rui Tato Marinho
Rui Cernadas
Luís Bronze
Maria do Carmo Cafede
Rui Nogueira

Editora e Redação:

Healthnews, VMAL,
Comunicação, Limitada
Empresa jornalística registada
na ERC sob. o n.º 224083
Morada: Avenida Professor
Gama Pinto, 21649-003 Lisboa
redacao@healthnews.pt

Impressão:

Impress, Lda.

Proprietária:

Healthnews, VMAL,
Comunicação, Limitada
NIPC: 515967424
Morada: Avenida Professor
Gama Pinto, 21649-003 Lisboa
geral@healthnews.pt

**Detentores
do capital social:**

Maria Antónia de Jesus Carvalho
Henriques Lisboa (45%); Vilani
Marculino (40%); Antonio Luis
De Rezende Matias Celestino
Da Rocha (10%); Miguel Maria
Múrias Bessone Mauritti (5%)
Atualização: Diária

**Isenção de registo na ERC,
nos termos da alínea a) do
n.º 1 do artigo 12.º do decreto
regulamentar n.º 8/99 de 9 de
junho**

Registo na ERC n.º 127452

06

OPINIÃO

Trabalhadores e Ambiente psicossocial profissional: a perspectiva “do pé e do sapato”!
Sousa Uva

09

OPINIÃO

Mouriscas – um erro de casting
Acácio Gouveia

08

OPINIÃO

I (medical), Robot
Luís Gouveia Andrade

10

OPINIÃO

Melhorar a partilha de informação clínica: Uma necessidade urgente
Vasco Lopes da Silva

12

ENTREVISTA

“É preciso ir mais longe na disponibilização de DIV”
Rui Pinto

18

ENTREVISTA

“O curso de Medicina, por vezes, está doente e é necessário tratá-lo”
Vasco Cremon de Lemos

24

ENTREVISTA

“Infelizmente, é a comunicação social que assume o papel informativo”
Joana Freire

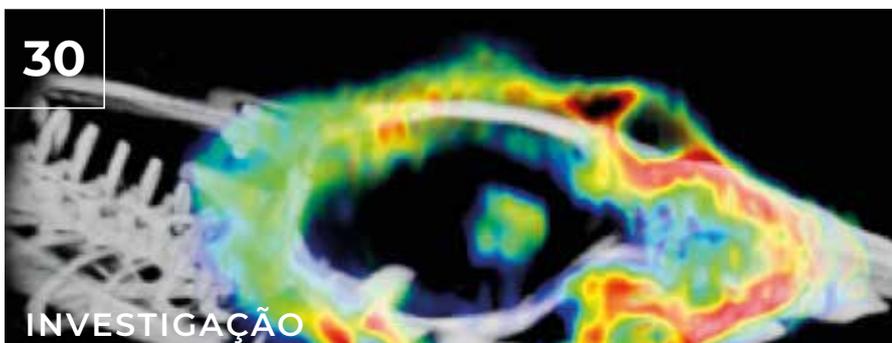
26



INVESTIGAÇÃO

Nova classe de antibióticos para combater as bactérias resistentes

30



INVESTIGAÇÃO

Nova descoberta pode ajudar a detetar tumores cerebrais

36



INVESTIGAÇÃO

Novo estudo relaciona as pílulas contraceptivas com depressão
Therese Johansson

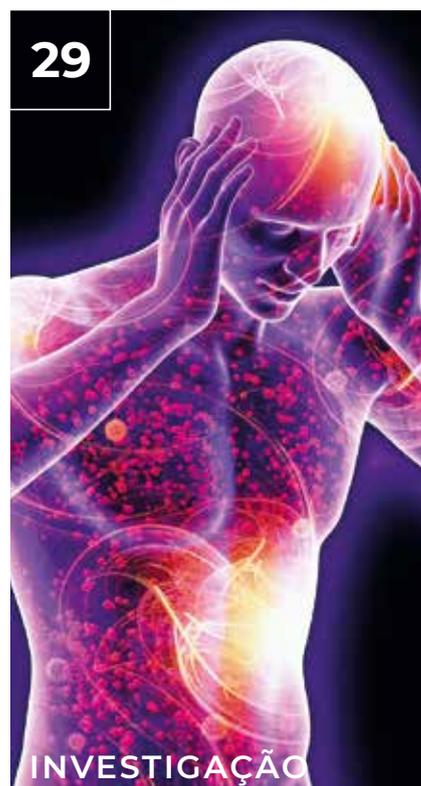
38



INVESTIGAÇÃO

Estudo conclui que resíduos mineiros de carvão em autocombustão têm impacto negativo no meio ambiente
Joana Ribeiro

29



INVESTIGAÇÃO

Doenças autoimunes afetam um em cada dez

34



INVESTIGAÇÃO

Obesidade aumenta risco de perturbações mentais

40



INVESTIGAÇÃO

Cientistas investigam vitaminas presentes nos produtos de beleza



Trabalhadores e Ambiente psicossocial profissional: a perspectiva “do pé e do sapato”!

António de Sousa Uva

Médico do Trabalho, Imunológico e Professor Catedrático

Em ambiente de trabalho é, quase sempre, o stress (relacionado com o trabalho, profissional ou ocupacional, como se prefira) que nós associamos ao seu ambiente psicossocial. Claro que existem inúmeros outros riscos profissionais de natureza psicossocial dos quais, nos nossos dias, o burnout é, talvez, senão o mais visível, o mais falado em determinadas profissões e/ou atividades profissionais nem sempre da melhor forma. Ficam mesmo assim muitos outros por abordar como a violência, os distúrbios da ansiedade ou a depressão, por exemplo.

O stress configura, quase sempre, uma situação de desarmonia entre as necessidades do indivíduo e as exigências do trabalho, ainda que existam muitas outras teorias explicativas da sua etiologia, bem mais complexas e talvez mais rigorosas da sua génese.

Em Saúde e Segurança do Trabalho (SST) a abordagem dos factores de risco profissionais, na perspetiva da sua prevenção, tem-se centrado essencialmente nos factores de risco tradicionais, como são os exemplos das substâncias químicas ou dos agentes físicos. Os aspectos psicossociais, por exemplo, relacionados com a organização do trabalho ou as interações (verticais, ascendentes ou descendentes, ou transversais) entre colegas de trabalho e chefias ou o trabalho de equipa, vão ficando muitas vezes esquecidos. Acresce a circunstância dos modelos de avaliação e gestão do risco se basearem, essencialmente, naqueles factores de risco tradicionais.

A grande mudança nos sectores de actividade económica e as grandes transformações da organização do trabalho são dois, entre muitos outros, aspectos que, pelo menos parcialmente, poderão explicar novas interações entre o trabalho e a saúde (doença) e situações de risco totalmente diversas das clássicas (ou tradicionais).

E o que têm feito as empresas (e outras organizações) para lidar com essa nova realidade?

Serão adequadas as exigências legais para a prevenção

desses riscos psicossociais de natureza profissional?

Serão os modelos actuais de organização da saúde e segurança os mais adequados para lidar com essa nova realidade?

Serão os técnicos de Saúde e Segurança, actualmente em funções, suficientes (e capazes de) para lidar com esses novos riscos?

A área da Saúde Mental e Trabalho tem sido suficientemente valorizada?

A actual perspectiva dominante é a da selecção de trabalhadores, que denominei há uns anos “todo-o-terreno” (“o pé”), para qualquer posto de trabalho (“o sapato”) (Kompier e Levi, 1994) de que o termo “resiliência” é um bom exemplo. Mas o que fazer? entre outros: (i) “procurar o sapato certo para o pé certo” (ii) “adaptar o sapato ao pé”; ou (iii) “fortalecer o pé para se adaptar ao sapato”. Qualquer que seja a opção, talvez não fosse má ideia considerar sempre que o “sapato” é mutável em vez de procurar, quase sempre, o seu “pé certo”.

De facto, quase toda a nossa atenção se tem centrado no “pé” (leia-se trabalhador) mesmo que, caricaturalmente, o sapato (posto de trabalho) seja um desadequado sapato ou mesmo, por exemplo, um número 44 para um pé 36 ... É a vetusta perspetiva do trabalho imutável e da “selecção” de trabalhadores para esse trabalho, digamos “esclerosado”. Essa é uma perspetiva muito prevalente, ainda que clássica e pouco adequada, de muitas organizações na admissão de recursos humanos (leia-se “pessoas”) em vez do maior enfoque na boa concepção do trabalho e na prevenção dos riscos profissionais, na promoção da saúde e na manutenção da capacidade trabalho centradas na “pessoa a trabalhar” que é o que é suposto que a Saúde (e Segurança) Ocupacional(is) faça(m) (SST). Se assim é, será o nosso actual modelo de prestação de cuidados de SST o mais adequado a essa nova realidade?



Ordem promove ciclo de debates “Serões com Ética”

A Secção Regional do Centro da Ordem dos Médicos irá desenvolver ao longo do ano o ciclo de debates “Serões com Ética”. Durante sete sessões, uma quinta-feira por mês, de maio a dezembro (com interrupção em agosto) será desenvolvido um tema diferente, contando com a perspetiva e reflexão de ilustres palestrantes que irão fazer uma reflexão ética sobre várias questões clínicas, atuais e emergentes.

A entrada é gratuita, mas sujeita a inscrição.



Pfizer atribui bolsas de investigação na área de NASH

Já iniciou o processo de submissão de propostas ao Programa Competitivo de Bolsas da Pfizer. Desta vez, serão distinguidos projetos de educação médica na área Esteato-Hepatite Não Alcoólica (NASH).

De acordo com a farmacêutica, está prevista a atribuição de 3-4 bolsas no valor de 100 mil dólares cada.

Apenas serão aceites as propostas que sejam submetidas até dia 22 de junho de 2023.



Candidaturas ao Programa Gilead GÉNESE 2023 decorrem até dia 30

O prazo para submissão de candidaturas ao Programa Gilead GÉNESE 2023 termina no dia 30 de junho.

Na vertente de Investigação, o programa privilegia projetos que promovam a geração de resultados em saúde, a investigação com aplicação clínica e a implementação de sistemas de informação. Na vertente Comunidade, o programa privilegia projetos que promovam a qualidade de vida, o diagnóstico e a ligação aos cuidados de saúde.



Inaugurada casa de acolhimento para doentes hemato-oncológicos em Lisboa

Foi no passado dia 23 de maio que a Associação Portuguesa Contra a Leucemia (APCL) abriu portas à primeira casa de acolhimento para doentes hemato-oncológicos, em Lisboa.

O projeto “pretende permitir às famílias que, durante o período de tratamentos e isolamento necessário à recuperação, possam permanecer na casa e acompanhar o doente”.

A Casa Porto Seguro, composta por oito quartos, situa-se na Rua Dom Luís de Noronha.



I (medical), Robot

Luís Gouveia Andrade

Médico Oftalmologista
Grupo Lusíadas Saúde
Director Geral da InfoCiência

Para este artigo, peço emprestado o nome do filme realizado por Alex Proyas em 2004 e protagonizado por Will Smith, numa antevisão de um futuro (2035) em que as máquinas serviam os humanos mas em que estas acabam por se revoltar contra os seus criadores. É um de tantos filmes e livros que exploraram este tema que, cada vez mais, tem transposto a barreira da ficção para habitar o nosso quotidiano.

Muito se tem falado e escrito sobre o papel da inteligência artificial na Medicina, discussão agora mais incendiada pela introdução das novas ferramentas de escrita e pelo seu potencial impacto no nosso mundo, pela crescente utilização de assistentes virtuais, pelo risco de extinção de milhares de postos de trabalho, enfim, toda uma nova realidade que, como tudo o que é novo, nos assusta, nos faz recuar e gera em nós um sentimento de rejeição.

Já escrevi também sobre as inegáveis vantagens da inteligência artificial no campo da Medicina, permitindo, por exemplo, a leitura e interpretação de exames do fundo ocular no contexto da retinopatia diabética, de estudos imagiológicos do pulmão ou a avaliação de exames histológicos, com uma rapidez e uma fiabilidade verdadeiramente impressionantes e, em muitos casos, com uma acuidade superior à obtida pelos profissionais de saúde. Como tal, é impossível não reconhecer e não aceitar estas novas ferramentas que tornam o nosso trabalho mais célere, mais seguro e, portanto, melhor para os nossos pacientes.

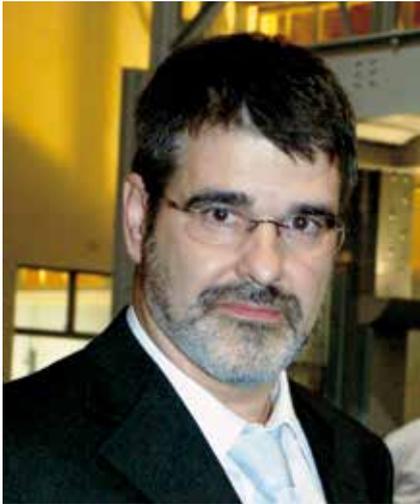
Num trabalho recentemente desenvolvido no Hospital Brigham and Women's, em Boston, deu-se um passo em frente e testou-se a reacção dos utentes à interacção com robots em algumas áreas relacionadas com a sua saúde. Por exemplo, estas máquinas podem dispor de sensores para avaliar a temperatura corporal, a frequência cardíaca e respiratória ou a saturação de oxigénio e enviar essa informação para o enfermeiro ou médico. Outra vantagem, nascida da era Covid, seria a redução das interacções entre humanos, e consequente redução do risco de contágio, e uma economia significativa em equipamentos de protecção.

Neste trabalho, realizado no Serviço de Urgência do referido Hospital, e num outro a uma escala nacional, os investigadores verificaram que a maioria dos inquiridos se sentia aberto a verem a sua triagem ser realizada por um robot, a este executar manobras como a colheita de uma zaragota, colocação de um cateter ou posicionar o doente na cama. Aliás, a maioria dos participantes considerou que a interacção com os robots foi semelhante à interacção com um profissional de saúde de carne e osso. A intenção deste tipo de trabalho é, sem dúvida, nobre: permitir que os robots maximizem a segurança tanto dos pacientes como das equipas de Saúde. Obviamente, as dúvidas que se colocam são colossais nos planos científico, clínico, deontológico e ético. Se algo correr mal quem assume a responsabilidade?... Mas não deixa de ser curioso o resultado deste estudo. Numa área tão sensível como a saúde, a possibilidade de ser interrogado, testado e mobilizado por uma máquina foi bem aceite. Serão estes resultados extrapoláveis? Fará sentido perseguir este caminho?

É importante manter sempre a mente bem aberta. Do mesmo modo que a inteligência artificial, ao disponibilizar e processar em tempo real milhões de bases de dados, permite análises e respostas tremendamente rápidas, reduzindo tempos de espera, minimizando o erro e permitindo melhorar a qualidade de vida das populações, é merecedora de avaliação, reflexão e investigação, o potencial uso de robots para a realização de tarefas devidamente identificadas e enquadradas e sempre sob supervisão humana é um campo que pode e deve ser explorado.

Um dos grandes, e ainda mal avaliados, riscos da inteligência artificial é o seu potencial de se auto-alimentar e de poder adquirir algo semelhante a uma consciência e um sentido crítico que podem evoluir para um sentimento de autonomia e de superioridade face aos humanos. O filme referido aborda esse cenário. Toda a cautela e ponderação serão sempre cruciais de modo a que a Humanidade não se torne o elo mais fraco neste modelo de evolução nada Darwiniano.

Entendo, e penso que não irei mudar, que o factor humano é a chave e a essência da Medicina, mesmo com toda a sua subjectividade e tendência para o erro. O afecto, o olhar, o toque são das armas terapêuticas mais poderosas que conheço e retirá-las da equação seria um erro sem sentido. Assumo, portanto, um olhar optimista perante o futuro. A tecnologia tem sido um dos maiores motores do avanço médico e irá continuar a sê-lo, sob diferentes modelos e estratégias. Contudo, o "I (medical) Robot" será sempre um exercício parcial e complementar à actividade médica, devendo esta ser sempre o apanágio das células e não dos chips, do pensamento complexo e não binário, dos homens e não das máquinas.



Mouriscas – um erro de casting

Acácio Gouveia

aamgouveia55@gmail.com

“Cada mocho em seu galho”

Anexim popular

Foi notícia que o ACES do Médio Tejo recusou a oferta dum cardiologista aposentado para assumir o lugar de médico de família na extensão de saúde das Mouriscas, concelho de Abrantes, há muito carente de clínico. A indignação de autarcas e população foi a esperada. Contudo, com o devido respeito pelo compreensível desespero dos habitantes de Mouriscas e da boa vontade do colega em causa, devo dizer que a direção do ACES tomou a decisão correta. Primeiro, porque quem há dezenas de anos se especializou em cardiologia alienou-se necessariamente da prática e da evolução das outras especialidades, portanto, estando totalmente incapaz para prestar cuidados com o mínimo de

qualidade em tudo o que não seja cardiologia. Que poderá um cardiologista há dezenas de anos afastado da ginecologia saber sobre o seguimento da grávida, por exemplo? Em segundo lugar, porque ficaria patente a pouquíssima importância atribuída pela tutela ao trabalho exercido pelos médicos de família, caso tivessem aceite a generosa proposta do colega aposentado. Que diriam, caso um médico de família reformado se propusesse a ocupar um lugar vago de cardiologia num qualquer hospital deste país? E que diriam os autarcas e os doentes cardíacos, putativos utentes desse médico não cardiologista, assumindo abusivamente uma competência que não teria?

A onda de indignação levantada pela decisão do ACES é prova do ponto a que chegou o desprestígio da medicina familiar. Admitir que qualquer licenciado em Medicina, especializado numa qualquer área, seja capaz de exercer as tarefas dum especialista em medicina

familiar é um erro grave, mas profundamente enraizado na opinião pública (e não só) deste país. Um erro com duas faces: por um lado, a qualidade dos atos clínicos fica severamente comprometida; por outro, passa uma mensagem nada atrativa para os médicos de família. Será que neste descrédito não haverá razões suplementares para a fuga de profissionais para o estrangeiro ou para a esfera privada, onde o exercício da especialidade é valorizado? No entanto, podemos conjecturar sobre alternativas aceitáveis para estas substituições cegas dum médico de família. Em primeiro lugar, pode ser útil um especialista em medicina interna assumir o lugar dum médico de família, com a condição de a saúde da mulher e saúde infantil serem excluídas do “caderno de encargos”. Por outro lado, alvitremos que pediatras ou ginecologistas poderiam responsabilizar-se pelos utentes das respetivas especialidades, e apenas por estes.





Melhorar a partilha de informação clínica: Uma necessidade urgente

Vasco Lopes da Silva

*Enfermeiro especialista
em Médico-Cirúrgica*

O Sistema Nacional de Saúde é um pilar fundamental para a prestação de cuidados de saúde acessíveis e eficientes. No entanto, uma das principais áreas em que este pode melhorar é na partilha de informação clínica entre os seus diferentes intervenientes. A falta de comunicação eficiente e a ausência de um sistema robusto de partilha de informação tem consequências negativas para os utentes, profissionais de saúde e para o próprio sistema.

A partilha efetiva de informação clínica traz diversos benefícios para todos os envolvidos no processo de prestação de cuidados de saúde.

Em primeiro lugar, permite uma melhor coordenação do tratamento e seguimento dos utentes. Com acesso rápido e completo ao histórico de saúde de um utente, os profissionais de saúde podem tomar decisões mais informadas e personalizadas, evitando duplicação de exames e prescrição inadequada de medicamentos. Além disso, a partilha de informação clínica facilita a transição suave entre diferentes níveis de cuidados, como a passagem de informação dos cuidados de saúde primários para os cuidados de saúde hospitalares, garantindo uma continuidade adequada no tratamento.

Em segundo lugar, a partilha de informação clínica promove a segurança do utente. Erros médicos e eventos adversos muitas vezes resultam da falta de acesso a informações cruciais sobre a condição do utente, alergias a medicamentos ou tratamentos anteriores. Com um sistema de partilha de informação eficiente, os profissionais de saúde podem tomar decisões mais seguras, reduzindo os riscos associados à falta de informação.

Por fim, a partilha de informação clínica tem benefícios em termos de eficiência, economia de custos, melhoria de gestão de recursos e permitindo uma melhor alocação de profissionais de saúde e equipamentos.

Apesar dos benefícios claros, existem desafios significativos na implementação de um sistema eficiente de partilha de informação clínica. Um dos principais desafios é a interoperabilidade dos sistemas de informação existentes em diferentes unidades de saúde. Muitas vezes, as variadas instituições de saúde utilizam sistemas de informação incompatíveis entre si, dificultando a troca de dados. Além disso, existem preocupações legais e éticas em relação à privacidade e segurança dos dados do utente, o que exige uma abordagem cuidadosa na implementação de soluções de partilha de informação.

Para superar estes desafios e melhorar a partilha de informação clínica é essencial padronizar os sistemas de informação. É fundamental estabelecer padrões e diretrizes para os sistemas de informação utilizados, garantindo assim a compatibilidade e interoperabilidade dos sistemas, permitindo uma troca eficiente de dados entre as diferentes instituições de saúde.

É urgente investir numa infraestrutura tecnológica sólida para suportar a partilha de informação clínica, incluindo a implementação de redes seguras, sistemas de armazenamento de dados confiáveis e a criação de interfaces amigáveis para facilitar o acesso e a troca de informações entre os profissionais de saúde. Esta estrutura também deve garantir a confidencialidade e a privacidade das informações clínicas dos utentes, também através do consentimento informado do utente para a partilha de dados médicos.

Não só da tecnologia depende o sucesso desta missão. Os profissionais de saúde precisam de formação e treino para utilizarem os sistemas de informação, entender a partilha de dados e seguir as diretrizes éticas e legais relacionadas com a privacidade dos utentes. Deve ser instituída uma cultura de partilha de informação clínica.

Em último lugar, é necessário a colaboração e participação de todos os stakeholders da saúde. Os profissionais de saúde, os gestores de saúde, os desenvolvedores de sistemas de informação e os próprios utentes devem trabalhar em conjunto para identificar as necessidades, definir estratégias e implementar soluções eficazes de partilha de informações.

Resumindo, a partilha de informação clínica é uma necessidade urgente. Os benefícios são evidentes, incluindo uma melhor coordenação dos cuidados, segurança do utente e eficiência na utilização dos recursos. Existem obstáculos que só serão superados com o envolvimento de todos. Ao investir na melhoria da partilha de informação clínica daremos um passo importante para que a prestação de cuidados de saúde em Portugal seja mais eficiente, segura e centrada no utente.



Veneno de abelha é a terceira causa mais frequente de alergia grave

A Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica alertou que o veneno de abelha é a terceira causa mais frequente de alergia grave.

O Registo Português de Anafilaxia indica que, entre 2007 e 2017, a alergia ao veneno de abelha foi a terceira causa mais frequente de anafilaxia, depois dos alimentos e medicamentos.

Reações dermatológicas, gastrointestinais, respiratórias e cardiovasculares são os principais sintomas.



Candidaturas à 5.ª edição do HPV Clinical Cases encerram dia 30 de junho

As candidaturas à 5.ª edição do HPV Clinical Cases devem ser submetidas até dia 30 de junho. De acordo com a MSD, os casos clínicos serão avaliados em função da “pertinência, originalidade, rigor científico, raciocínio clínico e impacto na formação dos profissionais de saúde e nos cuidados a prestar ao doente”. Ao longo dos últimos cinco anos, o HPV Clinical Cases trouxe para a discussão 290 casos clínicos.

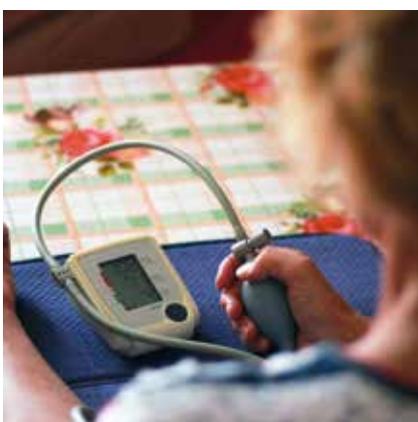
“Missão 70/26” foi o nome dado à iniciativa levada a cabo pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão (SPH) que visa melhorar o controlo da hipertensão arterial (HTA). A SPH quer controlar 70% dos hipertensos vigiados nos cuidados de saúde primários até 2026, através de um conjunto de ações destinadas a profissionais de saúde e doentes. A HTA afeta cerca de 42% da população portuguesa e estima-se que mais de 25% dos doentes desconheça que sofre desta doença.



APORMED: Antonieta Lucas é a nova presidente da Direção

A Associação Portuguesa das Empresas de Dispositivos Médicos anunciou a eleição de Antonieta Lucas como presidente da Direção para o triénio 2023-2025, em representação da Alcon.

Antonieta Lucas é formada em Ciências Farmacêuticas pela Faculdade de Farmácia da Universidade Clássica de Lisboa e pós-graduada em Avaliação Económica pelo ISEG e Gestão Farmacêutica pela Universidade Católica.



SPH quer melhorar controlo da HTA



Rui Pinto, professor da Faculdade de Farmácia da ULisboa: “É preciso ir mais longe na disponibilização de DIV”

Rui Pinto,

*professor da Faculdade de Farmácia da ULisboa
e Diretor Nacional da Ordem dos Farmacêuticos*

Em entrevista exclusiva ao nosso jornal, Rui Pinto, professor da Faculdade de Farmácia da ULisboa e Diretor Nacional da Ordem dos Farmacêuticos responde a questões sobre a importância dos testes de diagnóstico in vitro (DIV) num contexto em que, muito embora o paradigma de cuidados de saúde deva assentar na prevenção, os DIV informam mais de 70% dos diagnósticos médicos. A verdade é que os DIV são subutilizados, sendo o seu uso muitas vezes vedado, seja por normas de autoridades de saúde pública, seja pela introdução de mecanismos que restringem a sua utilização (incentivos à não prescrição e a sua não participação). Nesta entrevista exclusiva, Rui Pinto lembra que nenhuma outra utilização da tecnologia médica fornece, como o DIV, a um custo tão baixo, tanta informação, desde a medicina profilática à medicina corretiva.

HealthNews (HN) – Os cuidados de saúde devem-se centrar na prevenção, defende-se em unísono, mas os testes de diagnóstico in vitro são subutilizados. A sua utilização é muitas vezes vedada, seja por normas da autoridade de saúde pública, seja por introdução de mecanismos que restringem a sua utilização. Como é que se explica este quadro?

Rui Pinto (RP) – Fala-se cada vez mais na evidência como suporte para o diagnóstico, prognóstico e monitorização de uma determinada patologia e também na prevenção de futuras situações que possam acontecer. O nosso sistema nacional de saúde tem caminhado nesse sentido.

HN – Mas não é isso o que acontece no terreno, onde os DIV são subutilizados.

RP - A questão é que o sistema português tem algumas particularidades relativamente ao de outros países. No caso dos dispositivos médicos de diagnóstico in vitro, o SNS apoia-se muito nos laboratórios de hospitais públicos ou privados, também conhecidos por laboratórios convencionados. Existem estudos que mostram que cerca de 70% dos diagnósticos são suportados pelos resultados de testes in vitro. Sendo assim, era desejável que não houvesse uma diferenciação entre ter uma prescrição que só permite recorrer a um hospital do SNS e ter outras que permitem ir quer ao privado, quer ao hospital público. Existem muitas análises clínicas que são importantes para o diagnóstico e para a monitorização do doente que só posso fazer, enquanto utente do SNS, se for ao hospital. O Estado, com o argumento da racionalização de

recursos, limita muitas vezes o acesso às análises. Existe um portfólio oficial de perto de 300 análises que nós, enquanto utentes do SNS, podemos ir fazer a qualquer laboratório, seja público ou privado. Já a grande maioria das restantes análises não podemos fazer fora do SNS, sem custos para os utentes.

HN – E essas cerca de 300 análises são participadas?

RP - São. E atualmente até já não se paga taxa moderadora. Posso ir com a prescrição do SNS a um laboratório privado, ainda que as análises participadas sejam em número muito reduzido relativamente àquilo que é o universo das análises clínicas. Ora, se as análises clínicas são importantes para o diagnóstico, questiona-se o porquê desta limitação.

HN – E como é que, na prática, são limitadas?

RP - Quando vou a uma unidade de cuidados de saúde primários, por exemplo, o médico, quando prescreve as análises, sabe quais são as que estão dentro do quadro da convenção (aquelas que não são pagas pelo utente) e aquelas que estão fora da convenção e que por isso só podem ser feitas sem custos para o utente num laboratório público. Essa listagem reduzida acaba, na minha ótica, por limitar a capacidade do próprio clínico ir mais além na prestação de um serviço de qualidade ao doente. Existem hoje análises que são fundamentais para o seguimento de uma determinada doença.

HN – Um exemplo...

RP - Um exemplo é o de um biomarcador (análise) associado à doença inflamatória intestinal, uma condição que afeta mais de 25 mil portugueses. Um dos melhores marcadores inflamatórios para acompanhar essa doença é a calprotectina fecal, utilizado para avaliar a eficácia do tratamento ou o aparecimento de recidivas. Ora, é uma análise que, curiosamente, não é participada pelo Estado. Ou seja, o utente que quiser fazer essa análise, ou vai a um serviço público ou, se tiver de ir a um serviço privado, vai ter que desembolsar o valor associado à sua determinação.

HN – Como se justifica essa situação?

RP - Provavelmente o que acontece é que o Estado e, obviamente, alguns organismos dentro do Ministério da Saúde, não olharam ainda com a devida atenção para a atual listagem de análises convencionadas,

no sentido de a atualizar. Percebo que os decisores políticos, e sobretudo quem tutela o Ministério da Saúde, têm de ter sempre em conta os custos, a despesa. Agora, também tenho a perceção, e já participei nalguns estudos, que me dizem que às vezes se olha para a questão dos custos das análises clínicas da maneira não adequada.

HN – Como assim?

RP - O que eu quero dizer com isto é que quando o utente faz uma análise num hospital ou num laboratório privado, o Estado paga um determinado valor se a análise for feita no privado, mas também paga se a mesma análise for realizada num hospital público. Há custos associados à realização da análise que o Estado tem de suportar. Por outro lado, é importante notar que é o próprio Estado que define os preços a pagar aos convenccionados. De facto, existem tabelas que fixam os preços das tais 300 análises clínicas. O problema é que, em algumas situações, as tabelas já se encontram desatualizadas, não só em termos de preço/custo, mas também em termos de nomenclatura científica, incluindo novas análises/biomarcadores.

HN – A verdade é que quando olhamos para a situação no terreno e para o modelo de retribuição, constatamos estar perante um sistema perverso que recompensa os médicos mais pela atividade – doença crónica, doença aguda e acompanhamento de outras comorbilidades que afetam principalmente a população idosa – e que não paga pela prevenção, que toda a gente diz ser a bandeira da Saúde Pública.

RP - Sem dúvida alguma. Uma das grandes virtudes dos meios complementares de diagnóstico, onde se incluem os dispositivos médicos de diagnóstico in vitro - as análises clínicas se quisermos ser mais simplistas - está precisamente na prevenção. Devíamos promover a prevenção; a utilização de indicadores – e é aqui que entram as análises - que nos permitem prever o que pode aparecer no futuro. E ter sempre em vista que a nossa população está a envelhecer de forma acelerada. Somos o quinto país mais envelhecido do mundo e, em 2030/2040, a situação vai agudizar-se.

HN – Mas temos a pressão dos custos....

RP - Hoje, o clínico, numa unidade de cuidados de saúde primários, sente-se pressionado porque é monitorizado através de indicadores financeiros. Somos um país com recursos limitados, que devem



ser otimizados, mas aquilo que hoje nos parece ser uma grande despesa, provavelmente no futuro poder-se-á traduzir num investimento gerador de grandes poupanças para todos. Hoje em dia olha-se muito para o momento (“precisamos de reduzir rapidamente custos”, “onde é que vamos cortar”) e não pensamos em termos de médio/longo prazo; do que podemos poupar no futuro.

HN – Os estudos mostram que o impacto da testagem do HPV para o rastreio do cancro do colo do útero permite uma redução da incidência e mortalidade em 30 e 70%, respetivamente, e uma redução de custos de 24% para o SNS face à citologia, o método clássico de rastreio. No entanto, os números mostram que em 2020 foram realizadas menos 29 milhões de testes de diagnóstico do que em 2019, ou seja, uma redução de 30%, entre os quais menos 140 mil rastreios do colo útero e menos 125 mil pessoas que fizeram exames para deteção do cancro colorretal.

RP - Pode-se diagnosticar atempadamente uma infeção pelo HPV, nomeadamente um HPV de alto risco, recorrendo ao laboratório de anatomia

patológica, à citologia, mas também recorrendo aos laboratórios de biologia molecular, que estiveram muito ativos durante a pandemia. Essa metodologia que envolve o estudo genético do vírus, o seu ADN, é também usada para identificar HPV de alto risco. Os nossos laboratórios muniram-se, durante a pandemia, de equipamentos para a identificação do SARS-CoV-2, por biologia molecular, que facilmente se podem adaptar para o HPV. Parece existir uma capacidade instalada que não está a ser utilizada.

HN – E esses testes são convencionados?

RP - Como estamos a falar de um teste de biologia molecular, não é participado pelo Estado. É certo que estamos a falar de um teste muito associado a uma especialidade, a ginecologia, mas o rastreio poderia ser aberto a outras especialidades, se tivessem acesso a prescrever esta análise de uma maneira mais simples. Se um utente do SNS for a uma USF pedir para fazer o rastreio de HPV por biologia molecular, o médico, provavelmente, não vai ter essa análise para selecionar porque não é convencionada. Vai ter de referenciar para os cuidados secundários. Lá está, mais uma vez, se este rastreio for adequadamente realizado, os custos que vamos ter hoje vão ter reflexo com poupanças enormes no futuro. Ao não fazermos estes rastreios, vamos ter muitas pessoas que não vão ser diagnosticadas atempadamente. E quando forem diagnosticadas, pode já ser tarde de mais. Há um estudo que indica que o teste de HPV (DNA-HPV) como método primário de rastreio do cancro do colo do útero permite uma proteção para carcinoma invasivo 60% a 70% superior à citologia apresentando um valor preditivo negativo próximo dos 100%.

Outra situação que também afeta milhares de portugueses são as úlceras pépticas e gastrites associadas à infeção pela bactéria *Helicobacter pylori*. Há um teste - foi inclusive publicada uma guideline em 2021 sobre este teste - que está estudado e validado, que permite o auxílio no diagnóstico antes de se ter de recorrer a uma endoscopia, que é sempre muito invasiva. É um teste respiratório ao *Helicobacter pylori*, não invasivo, em que é possível detetar a bactéria no estômago através da toma de uma solução constituída por um conjunto de componentes que depois são analisados no ar expirado da pessoa em causa. Trata-se de um teste muito utilizado em gastroenterologia e que não é participado. Ora, muitas vezes, o sucesso da terapêutica antibiótica contra a *Helicobacter pylori* resulta da realização deste teste. O problema é que se trata de um teste que não é participado, facto que limita muito o acesso. E podíamos entrar em muitos outros campos, como o da imunoalergologia, por exemplo.

HN– Numa perspetiva de prevenção da doença, onde deveriam estar localizados os point of care?

RP - Relativamente aos point of care, é preciso olharmos para eles com algum cuidado e ver o seu interesse dentro daquilo que temos estado a discutir. Os point of care, são um tipo de testes que as pessoas geralmente associam a testes rápidos, de despiste, que podem dar uma orientação, no momento, ao médico. Atenção que os testes point of care não se aplicam a todo o portfólio de análises clínicas. Alguns podem ser feitos, outros não. Vamos supor que alguém se dirige a uma unidade de cuidados de saúde primários para avaliação. Está cansado e o médico quer saber se está com uma anemia. Poderia existir no centro de saúde um equipamento que pudesse dar ao médico uma indicação imediata da situação e ajudar a tomar decisões em tempo real, sem prejuízo de depois poder fazer os testes complementares e confirmatórios a nível laboratorial. Pensamos que este tipo de testes de point of care, e desde que sejam bem utilizados, podem ajudar o clínico a tomar uma decisão na altura, de urgência. Todos queremos que o utente tenha um acesso rápido ao seu diagnóstico e que seja um diagnóstico assertivo. Para isso é também necessário ter em atenção que a monitorização deste tipo de testes deve ser feita pelos Especialistas em Análises Clínicas/Patologia Clínica que estão associados ao laboratório que é responsável por estes equipamentos/testes. Depois, obviamente, pode-se fazer o acompanhamento mais calmo, mais dedicado, utilizando as análises clínicas convencionais. Aliás, já se faz isso. Nas farmácias já se fazem testes de despiste, da glicemia por exemplo. A questão aqui é que às vezes, o fazerem-se esses testes na farmácia não tem uma implicação para o utente: pode ir a uma farmácia fazer um teste de glicemia, e até obter um valor fora do normal, levando a que o farmacêutico o aconselhe a ir ao médico, ao seu centro de saúde, mas como não se sente mal, não vai. Era importante, neste caso, que o próprio sistema permitisse que o farmacêutico comunitário comunicasse com o SNS e este alertasse imediatamente o doente: “estamos à sua espera para vir ser acompanhado”. E a diabetes afeta cerca de 13,5% da população portuguesa, ou seja, mais de um milhão de portugueses são diabéticos, e o mais grave é que, provavelmente, um terço deles nem sequer sabe que o são ou estão em risco de o ser.

HN– Li num artigo que um dos exames menos prescritos nos cuidados de saúde primários é o da sensibilização aos alérgenos e que normalmente os doentes são enviados para a consulta hospitalar. Não seria de esperar o contrário,

ou seja, serem testados nos cuidados de saúde primários e, em caso de alguma suspeita, serem referenciados para os cuidados secundários?

RP - Nas alergias ou hipersensibilidades a muitos componentes - aquilo a que nós chamamos alérgenos - muito provavelmente a questão está relacionada com a própria complexidade da especialidade de alergologia.

HN - A verdade é que o número de imunoalergologistas é substancialmente reduzido para as necessidades, portanto estar a enviar as pessoas para lá é estar a matar a prevenção à partida porque quando chegam ao momento da consulta já pode ser tarde...

RP - Como nas alergias se trata de situações por vezes crónicas, que se mantêm, pode ajudar.

HN- É necessária formação?

RP - Exatamente. Nesta área e noutras (reumatologia, por exemplo) em que o médico com uma formação mais global pode não estar tão informado. Neste caso, penso que se deve promover a elaboração de normas ou orientações que auxiliem a tomada de decisão na altura do diagnóstico com base em dados laboratoriais.

HN- Que conjunto de testes deveria ser obrigatório fazer nos cuidados de saúde primários, numa perspetiva de point of care?

RP- Esses testes estão mais ou menos identificados. Eu diria que, por exemplo, na área da endocrinologia e da diabetologia, precisamos da glicemia e da hemoglobina glicada; E aqui, mais uma vez, sublinho que estamos a falar de dispositivos médicos que têm de ser sujeitos a monitorização, a controlo, a manutenção por profissionais. É esse o espírito que está na lei do licenciamento dos laboratórios. Tudo isso pode existir desde que esteja associado a um laboratório, independentemente da sua figura jurídica - se é público ou se é privado - até pela segurança do próprio utente.

HN- Um dirigente da saúde afirmou recentemente que os diagnósticos precoces são vitais e merecem por isso mesmo uma atenção especial no PRR. Há sinais de que isso esteja a acontecer no terreno?

RP- Eu acho que aquilo tudo que nós já dissemos responde a isso. Há limitações à prescrição, há incentivos para que não se gaste tanto. Provavelmente não. Provavelmente há a necessidade de tentar ir mais longe; o que foi feito ainda não é suficiente.



Olbete®

oxicodona

Outra perspectiva no tratamento da dor



INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO.

NOME DO MEDICAMENTO: Olbete 5 mg comprimidos de liberação prolongada. Olbete 20 mg comprimidos de liberação prolongada. Olbete 40 mg comprimidos de liberação prolongada. Olbete 80 mg comprimidos de liberação prolongada. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada comprimido contém: 5 mg de cloridrato de oxicodona correspondendo a 4,5 mg de oxicodona; 10 mg de cloridrato de oxicodona correspondendo a 9 mg de oxicodona; 20 mg de cloridrato de oxicodona correspondendo a 18 mg de oxicodona; 40 mg de cloridrato de oxicodona correspondendo a 35,56 mg de oxicodona ou 80 mg de cloridrato de oxicodona correspondendo a 71,11 mg de oxicodona. Excipiente(s) com efeito conhecido: 5 mg; cada comprimido contém 13,8 mg de sacarose; 10 mg; cada comprimido contém 27,6 mg de sacarose; 20 mg; cada comprimido contém 11,04 mg de sacarose; 40 mg; cada comprimido contém 22,08 mg de sacarose; 80 mg; cada comprimido contém 44,16 mg de sacarose. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido de liberação prolongada. 5 mg: Comprimidos revestidos por película brancos e esbranquiçados, redondos e biconvexos; 10 mg: Comprimidos revestidos por película em tom rosa, oblongos e biconvexos, ranhurados em ambas as faces. O comprimido pode ser dividido em doses iguais; 20 mg: Comprimidos revestidos por película brancos e esbranquiçados, oblongos e biconvexos, ranhurados em ambas as faces. O comprimido pode ser dividido em doses iguais; 40 mg: Comprimidos revestidos por película em tom rosa, oblongos e biconvexos, ranhurados em ambas as faces. O comprimido pode ser dividido em doses iguais; 80 mg: Comprimidos revestidos por película em tom vermelho, oblongos e biconvexos, ranhurados em ambas as faces. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:** Dor intensa que seja analgésicos opioides para ser tratado adequadamente. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** **Posologia:** A posologia depende da intensidade da dor e da sensibilidade individual do doente ao tratamento. Aplicam-se as seguintes recomendações gerais de posologia: Adultos e adolescentes com idade igual e superior a 12 anos: Ajuste da dose: Em geral, a dose inicial para doentes nunca medicados com opioides é 10 mg de cloridrato de oxicodona, administrados em intervalos de 12 horas. Alguns doentes podem beneficiar de uma dose inicial de 5 mg para minimizar a incidência de reações adversas. Os doentes que já estejam a ser tratados com opioides podem iniciar o tratamento com doses mais elevadas, tendo em conta a sua experiência com analgésicos terapêuticos com opioides. Segundo estudos clínicos bem controlados, uma dose de 16-13 mg de cloridrato de oxicodona correspondem a aproximadamente a uma dose de 20 mg de sulfato de morfina, ambas sob a forma farmacéutica de liberação prolongada. Dadas as diferenças de sensibilidade de cada indivíduo aos diversos opioides, recomenda-se que os doentes comecem a terapêutica com comprimidos de liberação prolongada de cloridrato de oxicodona de forma conservadora, após conversão de outros opioides, com 50-75% da dose calculada de oxicodona. Alguns doentes que tomam comprimidos de liberação prolongada de cloridrato de oxicodona, segundo um horário fixo, necessitam de analgésicos de liberação rápida como medicação SOS para conseguirem controlar a dor pontual. Os comprimidos de liberação prolongada de cloridrato de oxicodona não estão indicados para o tratamento da dor aguda e/ou pontual. A dose única da medicação SOS deve corresponder a 1/5 da dose diária equianalgésica dos comprimidos de liberação prolongada de cloridrato de oxicodona. O uso de comprimidos de liberação prolongada de cloridrato de oxicodona mais do que duas vezes por dia indica que a dose de comprimidos de liberação prolongada de cloridrato de oxicodona tem de ser aumentada. A dose não deve ser ajustada mais frequentemente do que uma vez, e cada 1-2 dias, até se obter uma administração estável duas vezes ao dia. Após um aumento de dose de 10 mg para 20 mg, com uma dose a cada 12 horas, os ajustes de dose devem ser feitos por fases de aproximadamente um terço da dose diária. O objetivo é uma posologia específica para o doente que, com uma administração duas vezes ao dia, permita a analgesia adequada com efeitos indesejáveis toleráveis e com o mínimo possível de medicação SOS, enquanto for preciso manter a terapêutica para a dor. Até à distribuição equilibrada (a mesma dose de manhã e à noite), seguindo um horário fixo (a cada 12 horas) é apropriada para a maioria dos doentes. Para alguns doentes, pode ser vantajoso distribuir as doses de forma diferente. De um modo geral, deve ser escolhida a dose analgésica eficaz mais baixa. Para o tratamento da dor não-maligna, uma dose diária de 40 mg é geralmente suficiente, mas podem ser necessárias doses mais elevadas. Doentes com dor relacionada com cancro podem necessitar de dosagens de 80 a 120 mg que, em casos individuais, podem ser aumentadas até 400 mg. Se forem necessárias doses ainda mais elevadas, a dose deve ser decidida individualmente, pesando a eficácia, a tolerância e o uso de outros indesejáveis. Os doentes idosos sem manifestação clínica do compromisso renal ou hepático não devem necessitar de ajustes de dose. **Populações especiais:** Os doentes de risco, como por exemplo, os doentes com compromisso hepático ou renal, baixo peso corporal ou metabolismo lento do medicamento, devem tomar inicialmente metade da dose recomendada para um adulto, se nunca tiverem sido medicados com opioides. Por conseguinte, a dose recomendada mais baixa, isto é, 10 mg, pode não ser adequada como dose inicial. O ajuste da dose deve ser efetuado de acordo com a situação clínica individual. **Modo de administração:** Olbete deve ser tomado duas vezes por dia, com base num horário fixo e na dose determinada, e podem ser tomadas as refeições, ou fora delas, com uma quantidade suficiente de líquido. **Duração da administração:** Olbete não deve ser tomado mais tempo do que o necessário. Se for necessário um tratamento prolongado por causa do tipo e gravidade da doença, deve ser feita uma monitorização minuciosa e regular para determinar se, e até que ponto, o tratamento deve ser continuado. Se a terapêutica com opioides deixar de ser indicada, é aconselhável reduzir gradualmente a dose diária para evitar sintomas típicos de uma síndrome de abstinência. **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes, Depressão respiratória grave com hipoxia ou hipercapnia, Doença pulmonar obstrutiva crónica grave; Cor pulmonale; Azemia brônquica grave; Ileo paralítico; Gravidez; Aleitamento; Abdómen agudo, esvaziamento gástrico retardado. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO:** Deve ter-se cuidado com doentes idosos ou debilitados, doentes com compromisso renal, hepático ou pulmonar grave, mixodermia, hipotroidismo, doença de Addison (insuficiência adrenal), psicose da intoxicação (por exemplo, álcool), hipertrofia prostática, alcoolismo, conhecida dependência dos opioides, delírium tremens, pancreatite, doenças do trato biliar, cólica biliar ou urémica, estados clínicos com um aumento da pressão cerebral, perturbações da regulação circulatória, epilepsia ou tendência para ataques e em doentes que tomem inibidores da MAO. Se a terapêutica com oxicodona já não for necessária, pode ser aconselhável reduzir gradualmente a dose diária para evitar a ocorrência de sintomas de abstinência. Em caso de injeção parenteral abusiva, os excipientes do comprimido podem causar a necrose do tecido local, granulomas do palmo ou outros eventos graves e potencialmente fatais. **Ação por uso de opioides (tolerância e dependência):** Poderá ocorrer tolerância e dependência física e/ou psicológica após a administração repetida de opioides, tais como oxicodona. E conhecida a ocorrência de dependência iatrogénica no seguimento da utilização terapêutica de opioides. A utilização repetida de Olbete poderá originar alteração por uso de opioides (AUC). O abuso ou a má utilização intencional de Olbete poderá resultar em sobreexposição e/ou morte. Para doentes com sinais e sintomas de AUC, deve ser considerada a consulta de um especialista em dependências. **Intervenções cirúrgicas:** Não foi determinada a segurança de Olbete em fase pré-operatória e, por conseguinte, a sua utilização não é recomendada. **População pediátrica:** A utilização em crianças com menos de 12 anos não é recomendada. **Doentes com compromisso hepático grave:** Os doentes com compromisso hepático grave devem ser muito bem vigiados. **Alcool:** A toma de Olbete com bebidas alcoólicas deve ser evitada. **Aviso anti-doping:** O uso de Olbete pode produzir resultados positivos nos controlos antidoping. A utilização de Olbete como agente dopante pode constituir um perigo para a saúde. Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à frutose, malabsorção do glicose-galactose ou insuficiência do sacarase-isomaltase não devem tomar este medicamento. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** A oxicodona pode causar depressão respiratória, miopia, espasmos brônquicos e espasmos dos músculos lisos e pode inibir o reflexo da tosse. As reações adversas consideradas, pelo menos, possivelmente relacionadas com o tratamento estão abaixo indicadas por classe de sistema de órgãos e frequência absoluta. Dentro de cada classe de frequência, os efeitos indesejáveis são apresentados por ordem decrescente de gravidade. **Muito frequentes** (≥ 1/10); **Frequentes** (≥ 1/100, < 1/10); **Muito frequentes** (≥ 1/1000, < 1/100); **Raros** (≥ 1/10000, < 1/1000); **Muito raros** (< 1/10000). **Desconhecido** (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). **Doenças do metabolismo e da nutrição:** Frequentes: anorexia; Raros: desidratação; Perturbações do fôro psiquiátrico: Frequentes: Diversas reações adversas psicológicas, incluindo alterações de humor (por exemplo, ansiedade, depressão, euforia), alterações na atividade (principalmente, inibição da atividade por vezes associada à letargia; ocasionalmente aumento com agitação, nervosismo e irritação) e alterações no desempenho cognitivo (pensamento anormal, confusão, amnésia); **Doenças do sistema nervoso:** Muito frequentes: sonolência, tonturas, tontaleira; Frequentes: ataxia, paréstesia; **Cardiopatas:** Frequentes: desidratação da tensão arterial, raramente acompanhada por sintomas secundários, como palpitações, síncope, broncoespasmo; **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino:** Frequentes: depressão respiratória; **Desconhecido:** Síndrome de apnéia central do sono; **Doenças gastrointestinais:** Muito frequentes: obstipação, náuseas, vômitos; Frequentes: boca seca, raramente acompanhada por sede e dificuldade em engolir; distúrbios gastrointestinais como dor abdominal, diarreia, eructação, dispênia, perda do apetite; **Ações dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** Muito frequentes: prurido; Frequentes: erupção cutânea; **Doenças reinais e urinárias:** Frequentes: distúrbios da micção (retenção urinária, mas também um aumento da necessidade de urinar); **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** Frequentes: suores, arrepios; **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação das suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma reavaliação contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pode-se aos profissionais de saúde que notifiem quaisquer suspeitas de reações adversas através do sistema nacional de notificação mencionado abaixo: INFARMEC, I.P. - Direção de Gestão do Risco do Medicamento, Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53, 1749-004 Lisboa, Tel. +351 21 798 71 40, Linha de Medicamento: 800222444 (gratuito), Fax: +351 21 798 73 97, Site da internet: http://estruetu.infarmed.pt/baço_serao_hortofico_serao_medicamento, Email: formaco@infarmed.pt. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** Julho 2022. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. Medicamento comparticipado escalão C, MSRM especial. Comparticipado a 90% (escalão A), quando prescrito ao abrigo das portarias 329/2016 de 20 de dezembro e 331/2016 de 22 de dezembro.

Vasco Cremon de Lemos (ANEM): “O curso de Medicina, por vezes, está doente e é necessário tratá-lo”

Vasco Cremon de Lemos
(ANEM)

O subfinanciamento das escolas médicas conduz à degradação do ensino clínico. As faculdades estão sobrelotadas em termos de espaço e docência. Os locais de estágio estão sobrecarregados de estudantes. A ANEM fez o diagnóstico do curso de Medicina e está apostada no tratamento. “O nosso objetivo não é só expor problemas, nós queremos ser parte da solução”, garante o presidente, Vasco Cremon de Lemos.

HealthNews (HN) – O subfinanciamento dos recursos das escolas médicas é um dos problemas maiores que apontam ao atual quadro de funcionamento das Escolas de Medicina. Como se repercute esse impacto no dia-a-dia?

Vasco Cremon de Lemos (VCL)

- Este subfinanciamento, no dia-a-dia, acaba por se repercutir de várias formas, sendo que um dos principais impactos acaba por ser junto do nosso ensino clínico. Isto porque o subfinanciamento leva à subcontratação de tutores, o que leva a que haja cada vez mais estudantes para o mesmo número de tutores. Isto conduz, por um lado, a uma menor oportunidade de praticar gestos clínicos e uma menor oportunidade de contacto com doentes. Por outro lado, do ponto de vista do doente, leva a uma degradação da qualidade da prestação de cuidados, porque o doente está a ser observado, não por um médico e um estudante, mas por um médico e três estudantes ou, em muitos casos, por um médico e 10 estudantes, num consultório ou numa enfermaria, o que, naturalmente, acaba por criar desconforto.

Consideramos que não é ético por parte do sistema de saúde fazer isto aos seus doentes. Acaba por pôr em causa algumas das premissas deontológicas às quais estamos obrigados.

HN – A pressão pelo aumento do numerus clausus é outro dos aspetos negativos que vos levou a avançar para uma posição pública. As Escolas estão no seu limite no que respeita ao número de alunos que podem receber?

VCL - Acredito que sim. Para termos mais estudantes precisamos de ter condições para os receber. Neste momento, temos auditórios sobrelotados nas escolas médicas, em que nem todos os estudantes que lá estudam têm lugar para se sentar. Portanto, estarmos a acrescentar



estudantes faz com que estas infraestruturas não sejam suficientes. Temos um número de tutores também sobrelotado. E temos, no Porto e em Lisboa, centros hospitalares que acabam por ser divididos por duas ou por três faculdades. Eu, estudante da Nova, posso partilhar estágio, no hospital, com a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa e, em breve, com a Faculdade de Medicina da Universidade Católica Portuguesa. Portanto, sim, as faculdades estão já sobrelotadas em termos de espaço, condições e docência, mas também os nossos locais de estágio acabam por estar muito sobrelotados com estudantes.

HN – Não há falta de médicos em Portugal? Pelo que nos vão contando as notícias, parece haver. Estamos perante um problema de número ou de gestão de recursos?

VCL - Eu diria que o problema é a gestão de recursos. Somos um dos países do mundo que mais

forma médicos, que tem mais estudantes de Medicina e em que mais estudantes de Medicina terminam o seu curso; portanto, a formação de médicos, de facto, não é um problema em Portugal, nem tem sido nos últimos anos. O problema está na gestão de recursos. A questão que nós colocamos muitas vezes é: os médicos existem; é preciso saber onde é que eles estão. E quando falamos de falta de médicos em Portugal, importa aqui reforçar que geralmente nos referimos a falta de médicos no SNS, não a falta de médicos per si. Portanto, importa fazer uma reflexão maior sobre o futuro da Medicina, e mais para a frente, num período profissional, e não tanto num período pré-graduado, enquanto somos estudantes.

HN – Novas escolas e escassez de recursos humanos: De que forma têm sentido o impacto da abertura de novas escolas de Medicina?

VCL - Em relação às novas escolas,

acho que difere um pouco, porque depende de que nova escola estamos a falar. Abrir uma nova escola privada ou uma nova escola pública poderá ter implicações diferentes nos recursos e no subfinanciamento, porque uma escola médica privada, suponho eu, acaba por não ter tanto o problema do subfinanciamento como uma escola médica pública. Se existe um hospital em Lisboa, existem três escolas médicas e vão passar a existir quatro, esse hospital vai ter de ser dividido por mais escolas médicas; ou seja, vai fazer com que aquele rácio de que eu falei de estudante-tutor seja cada vez mais agravado e se registre cada vez mais uma degradação do nosso ensino clínico.

HN – Mas os privados não estão a receber também estudantes de Medicina?

VCL - Estão. Nós, estudantes das escolas médicas públicas, fazemos estágios em unidades hospitalares privadas, da mesma forma que



quem está no ensino privado irá fazer estágios nas unidades privadas, mas também em unidades hospitalares públicas.

HN – O que pretendem afirmar quando assinalam uma “violação dos direitos da pessoa doente: reserva, privacidade e maleficência”? Qual é a gravidade que isso atinge?

VCL - Nós consideramos que talvez atinja níveis de gravidade um pouco elevados. Um doente está numa situação de vulnerabilidade quando está num hospital e o que se passa é que nós, por vezes, temos um médico a observar esse doente, ou uma equipa de profissionais de saúde, e 10 estudantes a acompanhar um tutor. Estamos a falar de 10 pessoas a ter de fazer os mesmos gestos clínicos no mesmo doente, a ter de fazer as mesmas perguntas ao mesmo doente. Achamos

que isto acaba por degradar os seus cuidados médicos no sentido da forma como a pessoa se sente no hospital. Acreditamos que a pessoa sairá de lá igualmente bem cuidada e com resultados eficazes, no entanto terá uma experiência no Serviço Nacional de Saúde, que é onde isto acontece mais, que não é ética. Enquanto estudantes de Medicina não nos sentimos bem a perpetuar uma prestação de cuidados não ética aos nossos doentes. Para além disto, acreditamos que isto poderá ter implicações no futuro. Estamos a falar de um curso de seis anos em que o objetivo é ter uma grande prática clínica, uma grande oportunidade de praticar gestos. Quanto mais estudantes tivermos para o mesmo número de doentes, menos gestos cada um de nós praticará. Se houver duas análises para fazer a um doente e nós formos quatro estudantes, dois de nós não

irão fazer. Portanto, quantos mais formos, menos estudantes praticarão gestos clínicos ao longo do curso.

HN – Existem propostas para a resolução destes problemas de que temos vindo a falar?

VCL - Sim. Antes de mais, assumimos desde logo que não sabemos tudo e que também precisamos de discutir com o governo para chegarmos a propostas realistas, para também conseguirmos perceber para onde podemos caminhar. Achamos que os caminhos poderão ser vários. Um deles poderá ser o aumento do financiamento do Estado proporcional ao aumento do número de estudantes que é obrigatório. Se o Estado nos obriga a aumentar os estudantes, também tem de aumentar o financiamento, de forma proporcional, e não da forma que tem acontecido. É necessário que este aumento seja feito

com base nas necessidades do país e, também, com base nas capacidades. Aqui é necessário ver o corpo docente da faculdade, o corpo discente da faculdade, mas também as infraestruturas da faculdade, porque este financiamento pode ter de ser acompanhado de remodelações das infraestruturas das universidades que precisam. E é necessário, também, um maior investimento na investigação. Uma das formas que temos de colmatar este aumento de estudantes acaba por ser a simulação médica e a prática clínica orientada sem doentes. Esta prática clínica necessita de um grande investimento inicial, um financiamento em infraestruturas tecnológicas, em recursos humanos capacitados para tal. É necessário investir numa série de coisas, para que este aumento do número de estudantes possa ser feito de forma ponderada.

HN – Qual o peso dos problemas de saúde mental na comunidade estudantil? Existe algum estudo que reflita essa situação?

VCL - Existe, sim. A ANEM tem um estudo designado Burnout Buddy. É um estudo em que auscultámos os estudantes sobre o que eles sabiam do burnout e quantos estudantes é que tinham ultrapassado o burnout. Foi um estudo que acabou por abranger 1600 estudantes, o que dá mais que 10% da nossa comunidade estudantil. No entanto, temos conhecimento de outros estudos feitos por outras associações académicas que relatam dados semelhantes. De facto, a conclusão a que nós chegámos é que a maioria dos estudantes sentem burnout ou sintomas de burnout ao longo do curso. Isto é algo que nos preocupa. Ainda que nos

preocupe mais a percentagem de estudantes que não consegue aceder a cuidados de saúde mental através das instituições de ensino superior, dependendo, então, dos seus meios financeiros, porque o SNS também não consegue, infelizmente, suprir estas necessidades, pela falta de psicólogos que ainda existe no nosso SNS. Portanto, estes estudantes acabam por ficar dependentes das suas condições financeiras. Estamos a falar de estudantes na maioria dos casos deslocados, portanto, que já têm um gasto adicional na sua vida. Estarmos aqui a pôr uma variável tão grande como a condição financeira, quando consultas de psicologia não são baratas em Portugal, é uma coisa que para nós é muito relevante. Por vezes o acesso existe, as universidades acabam por ter disponível um psicólogo clínico para a sua comunidade académica, a questão está na rapidez desta resposta. Por vezes estamos semanas ou meses à espera de uma resposta por parte da universidade. Compreendemos que a culpa não está nos profissionais que já lá existem, os casos são muito superiores à resposta que eles conseguem dar, e portanto é necessário aumentar o número de psicólogos e o número de prestadores de cuidados de saúde mental, bem como incrementar políticas que promovam o bem-estar e a saúde mental, apostando na prevenção da saúde mental e não apenas numa correção dos casos em que a saúde mental já está degradada.

HN – Que iniciativas a plataforma “A tua voz. O teu diagnóstico” tem agendadas para fazer valer os seus pontos de vista?

VCL - A principal iniciativa que nós tivemos foi uma auscultação

aos estudantes de Medicina, que se chamou “A Tua Voz, o Teu Diagnóstico”. Através desta campanha, o que nós fizemos foi recolher vinhetas clínicas. A ideia das vinhetas nasceu do facto de estarmos habituados a ver os nossos doentes com uma vinheta clínica. O que nós fizemos foi fazer uma vinheta clínica ao nosso curso de Medicina. Os estudantes, puderam, livremente, escrever aquilo que consideravam sobre o seu curso de Medicina, os principais problemas e soluções e um plano terapêutico para o nosso curso, porque consideramos que o curso de Medicina, por vezes, está doente e é necessário tratá-lo. Portanto, fizemos um diagnóstico ao nosso curso e estamos agora a apostar no seu tratamento. Assinámos mais de 900 vinhetas a nível nacional, com estudantes a dar o seu contributo de forma livre. Já analisámos a maior parte delas e agora iremos reunir com o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, que é o órgão que nos tutela, para conseguir discutir com eles soluções. Aqui é que é a parte relevante. O nosso objetivo não é só expor problemas, nós queremos ser parte da solução. Queremos ajudar e trabalhar com o Ministério, dar o ponto de vista dos estudantes de Medicina na procura de soluções para melhorar a formação na Medicina, porque acreditamos que isto se irá repercutir, no futuro, num melhor sistema de saúde e numa melhor prestação de cuidados de saúde. Paralelamente a isto, estamos a desenvolver algumas outras iniciativas juntamente de órgãos específicos. Por exemplo, fomos recentemente recebidos na Assembleia da República, na Comissão Parlamentar de Saúde, para discutir o estatuto do estudante de Medicina, em conjunto com o Conselho de Escolas Médicas Portuguesas,

algo que consideramos também muito relevante quer para o acesso a equipamentos de proteção individual, quer para o acesso aos registos clínicos de forma controlada, algo que ainda não é possível atualmente, mas que acreditamos que o será brevemente. Por outro lado, temos outras “guerras” sobre a prova nacional de acesso, nomeadamente a redução de locais, porque a prova nacional de acesso, o antigo Harrison, para entrar na especialidade, realizava-se em vários locais do país que atualmente foram reduzidos para apenas três, tendo-se mantido os locais nas ilhas. Acreditamos que isto também cria injustiças junto dos estudantes que, para fazer a prova mais importante da sua vida nesta fase em que nos encontramos, têm de se deslocar centenas de quilómetros. Isto era uma coisa que não acontecia no tempo do Harrison e que acaba por trazer encargos quer financeiros, quer temporais, quer de desgaste mental e emocional para aquele dia que já é um dia stressante per si.

HN – Quanto à prova de acesso em si, há coisas que devem ser alteradas?

VCL - A prova nacional de saúde sofreu uma remodelação muito grande em 2018. Portanto, é uma prova ainda muito recente. Acreditamos que sim, que há coisas a melhorar na prova, nomeadamente as questões logísticas. Já falei dos locais, mas posso também falar no custo da prova nacional de acesso, que era gratuita até 2018 e que atualmente tem um custo de 90 euros. Achamos que é necessária uma reflexão maior quando à prova, também em conjunto com quem já a fez – perceber a perspetiva que têm da prova. A prova nacional de acesso é uma prova de seriação, uma prova que



vai do 0 ao 150, com o objetivo de seriar estudantes. O que temos verificado ano após ano é que as notas nunca chegam ao 150 e que também raramente chegam ao 0. Ou seja, de 150 lugares que temos para seriar, estamos a usar apenas 70/80 lugares. Isto faz com que existam estudantes muito condensados na mesma nota. Ou seja, a prova não está a seriar esses estudantes, está apenas a dizer que cerca de 30 estudantes estão na mesma nota e eles terão de ser seriados posteriormente pela sua média. Isto é um problema que a partir 2024 poderá ficar um pouco

dissolvido com a adição da média a valer 20%. A prova vai passar a valer apenas 80%. No entanto, achamos que é necessário refletir aqui no porquê de as notas estarem a ter um espectro cada vez menor, porque, de facto, o espectro da PNA tem sido menor ano após ano; este último ano foi o pior, com a nota mais alta a ficar nos 120 e poucos. Ou seja, estamos aqui com 20 lugares que seriam úteis para seriar os 3000 estudantes a ficar vagos. É necessário que os estudantes consigam chegar ao espectro e é preciso perceber o porquê de isto não estar a acontecer.



molinar
COLECALCIFEROL

FORMULAÇÃO
PIONEIRA¹

Fonte de Vitamina

- ✓ Saúde óssea^{2,3}
- ✓ Menor risco de quedas e fraturas²
- ✓ Mais força muscular³

**Indicado na Prevenção
e Tratamento da deficiência
em Vitamina D, em adultos²**

Comparticipado

✓ **Simplicidade:**

1 cpr.
(22.400 U.I.)
a cada 28 dias
(equivalente
a 800 U.I./dia)²

Molinar 22.400 U.I., comprimidos revestidos por película

COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA
Cada comprimido revestido por película de Molinar 22.400 U.I. contém 560

µg de colecalciferol. Excipiente(s) com efeito conhecido: Cada comprimido contém 429,60 mg de lactose mono-hidratada. **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido revestido por película. Comprimidos brancos, oblongos.

INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS Indicado na prevenção e no

tratamento da deficiência em vitamina D, em adultos. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** Posologia: Via oral. Um comprimido (22.400 U.I.) a cada 28 dias (equivalente a 800 U.I./dia). População pediátrica: Este medicamento não deve ser administrado em crianças. Populações

especiais: Doentes com insuficiência hepática: Não é conhecida a necessidade de efectuar ajustes de dose em doentes com insuficiência hepática. Doentes com insuficiência renal: Este medicamento deve ser administrado com precaução em doentes com doença renal, não devendo ser administrado em doentes com insuficiência renal grave. **MODO DE ADMINISTRAÇÃO** Os comprimidos devem ser administrados oralmente, inteiros, com água. A duração do tratamento dependerá da indicação, da

severidade da doença e da resposta do doente ao tratamento. **CONTRAINDICAÇÕES** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer dos excipientes. Hipervitaminose D; Nefrolitíase; Doença ou condição resultante de hipercalcemia e/ou hipercalciúria; Insuficiência renal grave. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO** Molinar não deve ser administrado a doentes com hipercalcemia. Este medicamento deve ser usado com precaução em doentes com insuficiência renal (ou cálculos renais) e o efeito nos níveis de cálcio e fosfato devem ser monitorizados regularmente. É necessária precaução em doentes sob tratamento para doença cardiovascular (ex.: digitálicos). É recomendada a monitorização, em intervalos regulares, das concentrações plasmáticas de cálcio de doentes em tratamento com doses farmacológicas de vitamina D, em particular no início do tratamento ou se os sintomas sugerirem toxicidade. Este medicamento contém lactose mono-hidratada. Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à frutose, intolerância à galactose, galactosemia ou malabsorção de glucose-galactose não devem tomar este medicamento. Tratamento de longa duração - Durante o tratamento de longa duração os níveis séricos de cálcio e a função renal devem ser regularmente monitorizados. Em caso de hipercalcemia ou sinais de comprometimento da função renal a dose deve ser reduzida ou o tratamento descontinuado. **EFEITOS INDESEJÁVEIS** As reações adversas estão listadas abaixo, por sistema de órgãos e classificação por frequência. As frequências são definidas por: muito frequentes (≥1/10); Frequentes (≥1/100, <1/10); Pouco frequentes (≥1/1.000, <1/100); Raros (≥1/10.000, <1/1.000); Muito raros (<1/10.000); desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis) Doenças do metabolismo e da nutrição - Pouco frequentes: Hipercalcemia e hipercalciúria. Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos - Raros: Prurido, exantema e urticária. Notificação de suspeitas de reações adversas - A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao INFARMED, I.P.: INFARMED, I.P. Direção de Gestão do Risco de Medicamentos Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53 1749-004 Lisboa Tel: +351 21 798 71 40 Fax: + 351 21 798 73 97 Sítio da Internet: <http://extranet.infarmed.pt/page.seram.frontoffice.seramhomepage> E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt **DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** março 2021. MSRM. Medicamento participado no escalão C. **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:** 1. IMS Dataview. 2021 [citado a 2021 Nov 1]. 2. MOLINAR 22.400 U.I. [Resumo das Características do Medicamento]. Sintra: Tecnimede - Sociedade Técnico-Medicinal, S.A.; 2021. 3. Lamberg-Ailardt C, Brustad M, Meyer HE, Steingrimsdóttir L. Vitamin D - a systematic literature review for the 5th edition of the Nordic Nutrition Recommendations. Food Nutr Res 2013 Oct 3;57:22671.



Joana Freire, APFertilidade: “Infelizmente, é a comunicação social que assume o papel informativo”

Joana Freire

APFertilidade

Surpreendentemente, há um desconhecimento sobre a idade a partir da qual começa a diminuir a capacidade reprodutiva da mulher e, também em Portugal, a maioria ouve falar de infertilidade pela comunicação social e não pelos profissionais de saúde. São conclusões do inquérito a mil pessoas da Associação Portuguesa de Fertilidade (APFertilidade), da Sociedade Portuguesa de Medicina de Reprodução (SPMR) e da Merck, realizado entre abril e maio deste ano – e analisadas nesta entrevista por Joana Freire, da APFertilidade.

HN- O inquérito revela um desconhecimento generalizado sobre a saúde reprodutiva. Quais os dados mais alarmantes ou que merecem destaque?

Joana Freire (JF) - O mais alarmante foi o desconhecimento sobre quando começa a diminuir a capacidade reprodutiva da mulher. Ainda que 33,2% tenha indicado os 35 anos, 34,3% considera que só a partir dos 40 é que a fertilidade feminina diminui, havendo mesmo mais de 10% que acredita ser depois dos 45. Essa perceção, que só mais tarde a mulher começa

a apresentar dificuldades em engravidar, revela que parte da população acredita que um casal pode adiar o seu projeto de parentalidade, o que está longe de ser o indicado. A partir dos 35 anos, a qualidade e quantidade de óvulos são afetadas progressivamente, e em muitos casos é necessário recorrer a tratamentos de procriação medicamente assistida.

HN - Como é que se explica esta realidade? O que é que falha em Portugal?

JF - Essa realidade explica-se com o facto de cada vez mais as mulheres adiarem a maternidade, devido a fatores económicos e sociais. No intervalo de idade em que é expectável que a saúde reprodutiva da mulher esteja no seu melhor, entre os 20 e os 25 anos, muitas não encontraram ainda um companheiro com o qual queiram constituir família, a situação profissional é incerta ou encontram-se numa fase de progressão da carreira incompatível com o ser mãe. Também as dificuldades financeiras e a instabilidade que provocam levam a que as mulheres esperem para assegurar os cuidados necessários aos seus filhos.

Perante esta realidade, e a de que desconhecem a partir de quando o seu corpo começa a ter

dificuldades em chegar a uma gravidez, a fertilidade pode ficar comprometida e ser necessária a intervenção médica.

HN – Neste estudo, o que é que a surpreendeu mais?

JF - Que a maioria dos inquiridos tenha ouvido falar de infertilidade pela comunicação social e não pelos profissionais de saúde. Ainda que não existam indicações para uma dificuldade em engravidar, os casais não estão a ser sensibilizados para as questões que envolvem a fertilidade, como o risco de adiar a parentalidade ou a análise da sua saúde reprodutiva. A comunicação social assume o papel informativo, quando deveria ser nos centros de saúde ou nas consultas de ginecologia ou urologia que a população deveria ser alertada para estas questões. Também as escolas, numa fase mais precoce, poderiam incluir nos currículos de algumas disciplinas a sensibilização para a prevenção e preservação.

HN – De que forma pode a Associação Portuguesa de Fertilidade ajudar a educar os portugueses para a prevenção e tratamento da infertilidade? E o sistema de saúde?

JF - Desde a sua fundação, em maio de 2006, que a APFertilidade trabalha no sentido de sensibilizar e informar a sociedade que há uma doença que se chama infertilidade, que é possível tentar impedi-la, tal

como é possível preservar a fertilidade. Nesse sentido, temos desenvolvido campanhas ao longo dos anos a sublinhar a importância da doação de gâmetas, de que existem doenças cujas características podem interferir com a fertilidade, como é o caso da endometriose ou anomalias genéticas, ou o tratamento em doentes oncológicos. Estas ações são desenvolvidas não só para a população adulta, mas também nas escolas, onde nos temos deslocado para sublinhar que não existe apenas saúde sexual ou prevenção da gravidez, mas também a necessidade de ter uma vida com hábitos de consumo e atividade física equilibrados.

HN – Atualmente, quais são as principais preocupações da associação?

JF - Que a doença infertilidade tenha a mesma importância e cuidado que outras doenças abrangidas pelo apoio do Sistema Nacional de Saúde. Atualmente, a distribuição geográfica dos centros de apoio à fertilidade continua a excluir a população na zona Sul do país e Açores; os profissionais de saúde da área da Procriação Medicamente Assistida (PMA) integram as escalas da PMA, Ginecologia e Obstetrícia; não existem infraestruturas e equipamentos adequados nos centros públicos; o número de dadores de gâmetas nas unidades do SNS é insuficiente para dar resposta aos casos em que os tratamentos com recurso à doação de óvulos ou esperma podem ser a única possibilidade de mulheres e homens serem pais. **HN/RA**



Nova classe de antibióticos para combater as bactérias resistentes



Investigadores da Universidade de Zurique e da empresa Spexis modificaram a estrutura química de péptidos naturais para desenvolver moléculas antimicrobianas que se ligam a novos alvos no metabolismo das bactérias. A descoberta vai ao encontro da necessidade urgente de novos antibióticos para combater as bactérias resistentes.

Todos os anos, mais de cinco milhões de pessoas em todo o mundo morrem devido a bactérias resistentes aos antibióticos mais comuns, o que induz a necessidade urgente de novos antibióticos para garantir que as infeções bacterianas possam continuar a ser tratadas com sucesso. “Infelizmente, a linha de desenvolvimento de novos antibióticos está bastante vazia”, diz o químico Oliver Zerbe, diretor das instalações de RMN da Universidade de Zurique. “Já passaram mais de 50 anos desde que foram aprovados os últimos antibióticos contra moléculas-alvo anteriormente não utilizadas”.

Num estudo recentemente publicado na revista “Science Advances”, Zerbe fala agora do desenvolvimento de uma classe de antibióticos altamente eficaz que combate as bactérias Gram-negativas de uma forma inovadora. A OMS classifica este grupo de bactérias como extremamente perigoso. O grupo, cuja resistência é particularmente elevada devido à sua dupla membrana celular inclui, por exemplo, as enterobactérias resistentes aos carbapenemes. Para além da equipa do UZH, participaram também no estudo investigadores da empresa farmacêutica Spexis AG, no âmbito de uma colaboração cofinanciada pela “Innosuisse”.

Péptido natural otimizado quimicamente

O ponto de partida para o estudo dos investigadores foi um péptido natural chamado tanatina, que os insetos utilizam para se defenderem de infeções. A tanatina interrompe uma importante ponte de transporte de lipopolissacarídeos entre a

membrana externa e interna das bactérias Gram-negativas, como aliás já havia sido demonstrado há alguns anos num estudo do professor aposentado do UZH, John Robinson. Como resultado, estes metabolitos acumulam-se no interior das células e as bactérias morrem. No entanto, a tanatina não é adequada para utilização como medicamento antibiótico, entre outras coisas devido à sua baixa eficácia e ao facto de as bactérias se tornarem rapidamente resistentes a ela.

Assim, os investigadores modificaram a estrutura química da tanina para melhorar as características do péptido. “Para isso, as análises estruturais eram



essenciais”, diz Zerbe. A sua equipa montou sinteticamente os vários componentes da ponte de transporte bacteriana e depois utilizou a ressonância magnética nuclear (RMN) para visualizar onde e como a tanina se liga à ponte de transporte e a perturba. Com base nesta informação, os investigadores da Spexis AG planearam as modificações químicas necessárias para aumentar os efeitos antibacterianos do péptido. Foram efetuadas outras mutações para aumentar a estabilidade da molécula, entre outras coisas.

Eficaz, seguro e imune à resistência

Os péptidos sintéticos foram

então testados em ratos com infeções bacterianas - e produziram resultados excelentes. “Os novos antibióticos revelaram-se muito eficazes, especialmente no tratamento de infeções pulmonares”, diz Zerbe. “São também altamente eficazes contra enterobactérias resistentes aos carbapenemes, onde a maioria dos outros antibióticos falham.” Além disso, os péptidos recém-desenvolvidos não são tóxicos nem prejudiciais para os rins e também se revelaram estáveis no sangue durante um período mais longo - todas estas propriedades são necessárias para obter a aprovação como medicamento. No entanto, são necessários mais estudos pré-clínicos antes de

se poderem iniciar os primeiros testes em seres humanos. Ao escolher os péptidos mais promissores para o seu estudo, os investigadores certificaram-se de que também seriam eficazes contra as bactérias que já desenvolveram resistência à tanatina. “Estamos confiantes de que isto irá abrandar significativamente o desenvolvimento da resistência antibacteriana”, diz Zerbe. “Temos agora a perspetiva de uma nova classe de antibióticos que também é eficaz contra bactérias resistentes”.

Fonte: <https://www.news.uzh.ch/en/articles/media/2023/Antibiotics.html>



75% das pessoas com doença renal crónica são hipertensas

A Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) alertou para a relação entre a hipertensão arterial e a doença renal.

Os especialistas chamam a atenção que 75% das pessoas com doença renal crónica são hipertensas e têm necessidade de fazer mais do que dois fármacos anti-hipertensores, para além da restrição de sal na dieta.

O presidente da SPN alerta que “as pessoas com pressões arteriais muito elevadas têm risco elevado de agravamento da função renal.”



Projeto liderado pela UC recebe 9,5 ME para combater obesidade

Um projeto liderado pela Universidade de Coimbra (UC) vai receber 9,5 milhões de euros para combater a obesidade em crianças e jovens.

O “Pas Gras” pretende “desenvolver, ao longo de cinco anos, estratégias interdisciplinares de investigação e inovação capazes de mudar o paradigma da prevenção e do tratamento da obesidade, fornecendo soluções práticas para uma vida saudável na sociedade contemporânea”.

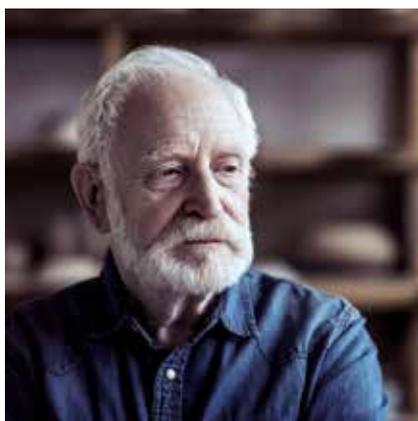
A Sociedade Portuguesa de Terapia da Fala (SPTF) alertou que o envelhecimento da população faz disparar necessidades de terapia. A presidente da SPTF explicou que a população mais idosa tem uma probabilidade de necessitar destes cuidados “muito superior” a outras faixas etárias, devido a dificuldades alimentares, de deglutição, alterações neurológicas e de linguagem, na sequência de AVC e do próprio processo de envelhecimento.



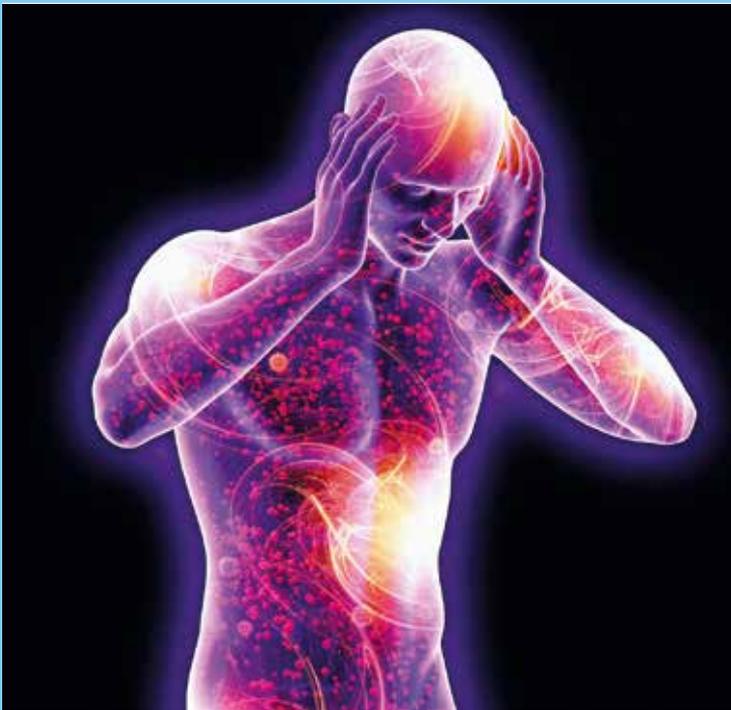
Fígado Gordo: Especialistas alertam para importância da prevenção

A Associação Portuguesa para o Estudo do Fígado (APEF) está a promover uma ação de consciencialização para o Fígado Gordo. De acordo com a APEF, “é uma doença silenciosa” que pode afetar “quer crianças quer idosos”. A patologia “pode causar inflamação do fígado e evoluir para cirrose hepática ou cancro do fígado.”

A iniciativa visa alertar a população para a importância de prevenir, detetar e tratar precocemente esta doença.



Envelhecimento da população faz disparar necessidades de terapia da fala



Doenças autoimunes afetam um em cada dez

A EULAR - Aliança Europeia de Associações de Reumatologia alerta para um aumento da incidência das doenças autoimunes e autoinflamatórias, levantando a possibilidade de esta incidência poder ser afetada por fatores ambientais. Mas há falta de dados disponíveis e os pontos comuns e as diferenças entre algumas doenças individuais também continuam a ser mal compreendidos.

Uma equipa de investigadores, liderada por Nathalie Conrad, do Departamento de Saúde Pública e Cuidados Primários da KU Leuven, na Bélgica decidiram clarificar este quadro, investigando 19 das doenças autoimunes mais comuns. O seu trabalho - partilhado no congresso EULAR 2023 em Milão, Itália - avalia as tendências ao longo do tempo, por sexo, idade, estatuto socioeconómico, estação do ano e região, e examina as taxas de coocorrência entre doenças autoimunes. Os investigadores utilizaram dados dos registos de saúde eletrónicos de 22 milhões de pessoas no Reino Unido para calcular a incidência e a prevalência, tendo depois modelado as tendências e variações temporais.

Entre 2000 e 2019, um novo diagnóstico de uma ou mais doenças autoimunes foi feito em 978.872 pessoas. Em conjunto, as 19 doenças autoimunes estudadas afetaram 10.2% da população (13.1% das mulheres e 7.4% dos homens).

É importante notar que as taxas de incidência padronizadas por idade das doenças autoimunes aumentaram 4% durante o período do estudo, com taxas semelhantes tanto nos homens como nas mulheres. Os maiores aumentos foram registados na doença de Graves, na doença celíaca e na síndrome de Sjogren, cujas incidências duplicaram nas últimas duas décadas. Durante o mesmo período, a incidência diminuiu significativamente em duas doenças: a tiroidite de Hashimoto e a anemia perniciosa.

Quando a equipa examinou as tendências dos dados, encontrou um gradiente socioeconómico em várias doenças, incluindo a doença de Graves, a anemia perniciosa, a artrite reumatóide e o lúpus eritematoso sistémico. Foram observadas variações sazonais para a diabetes tipo 1 e o vitiligo, que são mais frequentemente diagnosticados no Inverno e no Verão, respetivamente. Foram também observadas variações regionais numa série de doenças.

“As doenças autoimunes estão normalmente associadas umas às outras, em particular a doença de Sjogren, o lúpus eritematoso sistémico e a esclerose sistémica”, afirma Nathalie Conrad, que acrescenta: “os doentes com diabetes tipo 1 também têm taxas significativamente mais elevadas de doenças de Addison, celíacas e da tiroide, e a esclerose múltipla destaca-se por ter baixas taxas de coocorrência com outras doenças autoimunes.”

Estes resultados sugerem que o peso das doenças autoimunes continua a aumentar ao longo do tempo, embora de forma modesta. Um possível fator pode ser o facto de a sensibilização para algumas doenças ter aumentado durante o período do estudo, juntamente com melhores práticas de codificação e um reconhecimento mais precoce. Outra possibilidade que pode ser inferida a partir das disparidades socioeconómicas, sazonais e regionais observadas é a de que os fatores ambientais podem estar implicados na patogénese da doença. Os autores concluem ainda que as inter-relações entre as doenças autoimunes apontam para mecanismos ou fatores comuns.

Fonte: Conrad N, et al. Incidence, prevalence and co-occurrence of autoimmune disorders, trends over time and by age, sex and socioeconomic status. A population-based study in 22 million individuals. Presented at EULAR 2023; Abstract OP0007.

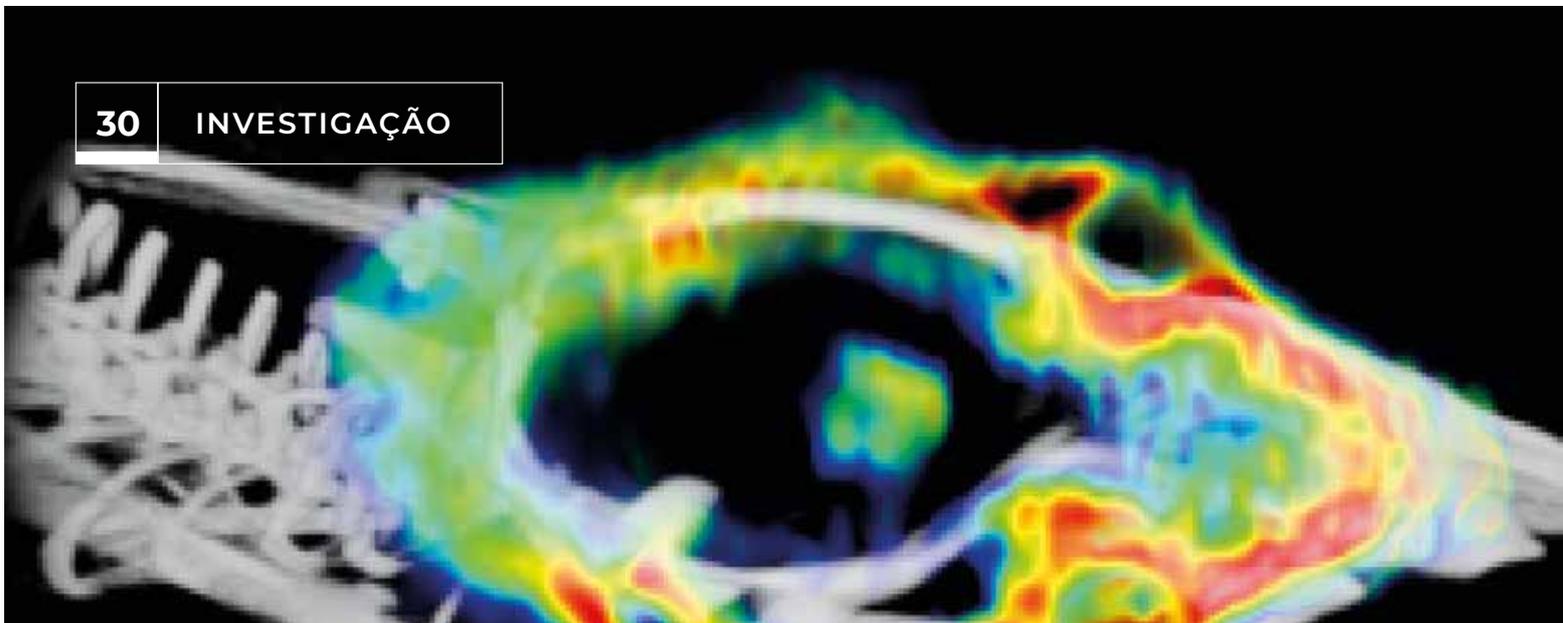


Imagem de fusão 3D PET/CT de folato marcado com flúor-18 de um rato com um glioma visível na região central do cérebro

Nova descoberta pode ajudar a detetar tumores cerebrais

Os resultados de um estudo realizado por investigadores da Universidade de Turku e da Universidade de Purdue (EUA), liderados pela Professora Anne Roivainen, mostram que os radiofármacos à base de folato podem ser utilizados em imagens de tomografia por emissão de positrões (PET) para detetar recetores de folato em tumores cerebrais. A descoberta dos recetores de folato e do seu potencial de exploração no que respeita aos tumores cerebrais é uma descoberta nova e significativa neste domínio.

A descoberta está relacionada com os gliomas, um grupo de tumores cerebrais graves. Os investigadores descobriram que os tumores cerebrais contêm uma maior quantidade de expressão de recetores de folato em relação ao tecido cerebral adjacente. Este fenómeno foi observado tanto em modelos experimentais como em amostras de tumores humanos.

“Antes desta descoberta, a presença de recetores de folato e o seu aumento nos gliomas não tinham sido reconhecidos, pelo que ainda não tinham sido utilizados para fins de imagiologia nem de tratamento”, resume Maxwell Miner, investigador doutorado do Centro PET de Turku da Universidade de Turku, na Finlândia.

De acordo com a líder do grupo, a Professora Anne Roivainen, investigadora principal do InFLAMES este é um alvo particularmente interessante para potenciais tratamentos futuros.

“Os nossos resultados mostram um aumento médio

de 100 vezes na acumulação de radiofármacos à base de folato no tecido do glioma em comparação com o tecido cerebral saudável adjacente”, afirma a Professora Roivainen.

Necessidade urgente de novos tratamentos de quimioterapia

Os tumores cerebrais do tipo glioma têm origem nas células gliais não-neuronais do cérebro, que são em maior número do que os neurónios. Os gliomas compreendem numerosos subgrupos, com um elevado grau de variabilidade morfológica e de recetores dentro de uma única lesão cancerosa.

Esta excecional heterogeneidade celular pode dificultar o tratamento. Há uma necessidade urgente de novos tratamentos de quimioterapia, em especial para os cancros cerebrais mais malignos, uma vez que estes crescem frequentemente de forma infiltrativa na sua periferia, tornando difícil distinguir as fronteiras entre glioma e não-glioma. Os investigadores do Centro de PET de Turku esperam que esta descoberta conduza a novas investigações sobre a deteção e o tratamento de tumores cerebrais orientados para o folato.

Os resultados foram obtidos no âmbito de um projeto conjunto multidisciplinar que envolveu investigadores do Centro PET de Turku da Universidade de Turku, do Hospital Universitário de Turku, da iniciativa emblemática de investigação InFLAMES e colaboradores da Universidade de Purdue, nos EUA. As amostras de glioma foram obtidas do Auria Biobank.

ENCARAR A DIABETES COM SEGURANÇA

Na escolha do tratamento, escolha proteger o idoso¹

Melhoria do perfil de risco
cardiometabólico com alogliptina:

- ✓ Inibição seletiva da DPP-4²
- ✓ Redução eficaz e duradoura da HbA1c³⁻⁷
- ✓ Segurança cardiovascular demonstrada em doentes diabéticos pós-SCA^{8*}
- ✓ Reduções significativas nos TGs⁹

Vipidia (alogliptina)

Vipdomet (alogliptina e metformina)

Incresync (alogliptina e pioglitazona)

DPP-4, dipeptidil peptidase; HbA1c, hemoglobina glicada; SCA, síndrome coronária aguda; TG, triglicéridos.

*Único inibidor DPP-4 avaliado em estudo multicêntrico, aleatorizado e em dupla ocultação, controlado por placebo, para avaliação da segurança cardiovascular em doentes diabéticos que tenham um episódio recente de SCA.

1. Duarte R, Melo J, Nunes JS, Melo PC, Raposo JF, Carvalho D, pelo Grupo de Trabalho para as Recomendações Nacionais da SPD sobre a Terapêutica da Diabetes Tipo 2. Recomendações Nacionais da SPD para o Tratamento da Hiperglicémia na Diabetes Tipo 2 – Atualização 2018/19 com Base na Posição Conjunta ADA/EASD. *Revista Portuguesa de Diabetes*. 2018;13(4):154-180; 2. Baetta R, Corsini A. Pharmacology of dipeptidyl peptidase-4 inhibitors: similarities and differences. *Drugs* 2011; 71 (11): 1441-1467. 3. Gallwitz B, Rosenstock J, Rauch T, Bhattacharya S, Patel S, von Eynatten M, et al. 2-year efficacy and safety of alogliptin compared with glimepiride in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin: a randomised, double-blind, non-inferiority trial. *Lancet* 2012;380:475-483. 4. Seck T, Nauck M, Sheng D, Song S, Davies MJ, Stein PP, et al. Safety and efficacy of treatment with alogliptin or glipizide in patients with type 2 diabetes inadequately controlled on metformin: a 2-year study. *Int J Clin Pract* 2010;64:562-576. 5. Goke B, Gallwitz B, Eriksson JG, Hellqvist A, Gause-Nilsson I. Saxagliptin vs. glipizide as add-on therapy in patients with type 2 diabetes mellitus inadequately controlled on metformin alone: long-term (52-week) extension of a 52-week randomised controlled trial. *Int J Clin Pract* 2013;Apr;67(4):307-16. 6. Matthews DR, DeJager S, Abzin B, Fonseca V, Ferrannini E, Douligeris A, et al. Vildagliptin add-on to metformin produces similar efficacy and reduced hypoglycaemic risk compared with glimepiride, with no weight gain: results from a 2-year study. *Diabetes Obes Metab* 2010 Sep;12(9):780-9. 7. Del Prato S, Cammisica R, Wilson C, Fleck P. Durability of the efficacy and safety of alogliptin compared with glipizide in type 2 diabetes mellitus: a 2-year study. *Diabetes Obes Metab* 2014 Dec;16(12):1239-46. 8. White WB, Cannon CP, Heller DR, Nissen SE, Bergenstal RM, Bakris GL, et al. EXAMINE Investigators. Alogliptin after acute coronary syndrome in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2013 Oct 3;369(14):1327-1335. 9. Eliasson B, Moller-Goede D, Egg-Olofsson K, Wilson C, Cederholm J, Fleck P, et al. Lowering of postprandial lipids in individuals with type 2 diabetes treated with alogliptin and/or pioglitazone: a randomised double-blind placebo-controlled study. *Diabetologia*. 2012;55: 915-25

TVIPI232A1CG, Janeiro 2023, revalidado anualmente



TECNIMEDE - Sociedade Técnico-Medicinal, S.A.

Rua da Tapada Grande, n.º 2, 2710-089 ABRUNHEIRA, PORTUGAL | Tel: +351 210 414 100 Fax: +351 219 412 157 | www.grupotecnimede.com



800 20 28 38

IEC_RCM

Vipdomet 12,5 mg/850 mg comprimidos revestidos por película. Vipdomet 12,5 mg/1.000 mg comprimidos revestidos por película. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** - Cada comprimido contém benzoato de alogliptina equivalente a 12,5 mg de alogliptina e 850 mg de cloridrato de metformina, ou a 12,5 mg de alogliptina e 1000 mg de cloridrato de metformina. **FORMA FARMACÉUTICA** - Comprimido revestido por película (comprimido). Vipdomet 12,5 mg/850 mg comprimidos revestidos por película. Comprimidos revestidos por película amarelos claros, oblongos (aproximadamente 21,0 mm de comprimento e 10,1 mm de largura) e biconvexos com as gravações "12.5/850" numa das faces e "322M" na outra. Vipdomet 12,5 mg/1.000 mg comprimidos revestidos por película. Comprimidos revestidos por película. Comprimidos revestidos por película amarelos pálido, oblongos (aproximadamente 22,3 mm de comprimento e 10,7 mm de largura) e biconvexos com as gravações "12.5/1000" numa das faces e "322M" na outra. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS** - Indicado no tratamento de adultos a partir dos 18 anos com diabetes mellitus tipo 2: • como um adjuvante da dieta e do exercício físico para melhorar o controlo glicémico em doentes adultos que não conseguem ser controlados adequadamente com a dose máxima tolerada de metformina isolada ou aqueles que já estejam a ser tratados com a associação de alogliptina e metformina. • em associação com a pioglitazona (isto é, terapêutica de associação tripla) como um adjuvante da dieta e do exercício físico em doentes adultos que não conseguem ser controlados adequadamente com a dose máxima tolerada de metformina e pioglitazona. • em associação com a insulina (isto é, terapêutica de associação tripla) como um adjuvante da dieta e do exercício físico para melhorar o controlo glicémico em doentes quando a insulina numa dose estável e a metformina isolada não assegurarem o controlo glicémico adequado. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** - **Posologia** - Vipdomet está disponível nas dosagens de 12,5 mg/850 mg, 12,5 mg/1.000 mg comprimidos revestidos por película, para os diferentes regimes posológicos. **Adultos (idade ≥ 18 anos)** com função renal normal (taxa de filtração glomerular (TFG) ≥ 90 mL/min): A dose deve ser personalizada de acordo com o regime atual de tratamento do doente. Para os doentes que não conseguem ser controlados adequadamente com a dose máxima tolerada de cloridrato de metformina isolada, a dose recomendada é um comprimido de 12,5 mg/850 mg ou 12,5 mg/1.000 mg, duas vezes ao dia, correspondendo a 25 mg de alogliptina mais 1.700 mg ou 2.000 mg de cloridrato de metformina por dia, dependendo da dose de cloridrato de metformina que já está a ser tomada. Para os doentes que não conseguem ser controlados adequadamente com uma terapêutica dupla com a dose máxima tolerada de metformina e pioglitazona, a dose de pioglitazona deve ser mantida e Vipdomet deve ser administrado concomitantemente; a alogliptina deve ser desoada a 12,5 mg, duas vezes ao dia (25 mg de dose diária total) e o cloridrato de metformina numa dose igual (850 mg ou 1.000 mg, duas vezes ao dia) que já está a ser tomada. Devem ser tomadas precauções quando a alogliptina for utilizada em combinação com metformina e tiazolidinediona, uma vez que foi observado um risco aumentado de hipoglicemia com esta terapêutica tripla. Em caso de hipoglicemia, pode ser considerada uma dose inferior de tiazolidinediona ou metformina. Para os doentes estivessem a tomar comprimidos separados de alogliptina e metformina (como terapêutica dupla ou como parte da terapêutica tripla com insulina), tanto a alogliptina como a metformina devem ser dosadas de acordo com a dose diária total que já está a ser tomada; a dose individual de alogliptina deve ser reduzida para metade uma vez que será tomada duas vezes ao dia, enquanto a dose de metformina não deve sofrer alterações. Para os doentes que não conseguem ser controlados adequadamente com uma terapêutica de associação dupla com insulina e a dose tolerada máxima de metformina, a dose de Vipdomet deve fornecer alogliptina desoada a 12,5 mg, duas vezes ao dia (25 mg de dose diária total) e uma dose de metformina igual à que já está a ser tomada. Pode ser considerada uma dose inferior de insulina para reduzir o risco de hipoglicemia. A dose diária máxima recomendada de 25 mg de alogliptina não deve ser excedida. **Populações especiais** - **Idosos (idade ≥ 65 anos)**: Não é necessário qualquer ajuste posológico com base na idade. No entanto, o regime posológico da alogliptina deve ser conservador nos doentes com idade avançada devido ao potencial para função renal diminuída nesta população. **Compromisso renal**: Nos doentes com maior risco de o compromisso renal continuar a evoluir e nos idosos, a função renal deve ser avaliada com maior frequência, p. ex., a cada 3-6 meses. A dose máxima diária de metformina deve ser preferencialmente dividida em 2 a 3 doses diárias. Os fatores que podem aumentar o risco de acidose láctica devem ser revistos antes de se considerar iniciar a metformina em doentes com TFG <60 mL/min. Caso não esteja disponível uma dosagem adequada de Vipdomet, devem utilizar-se os componentes individuais em separado em vez de combinação de dose fixa. **Compromisso hepático**: Vipdomet não deve ser utilizado em doentes com compromisso hepático. **População pediátrica**: A segurança e eficácia de Vipdomet em crianças e adolescentes com idade <18 anos não foram ainda estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Modo de administração**: Via oral. Vipdomet deve ser tomado duas vezes ao dia devido à farmacocinética da metformina. Deve ser tomado às refeições para reduzir as reações adversas gastrointestinais associadas à metformina. Os comprimidos devem ser engolidos inteiros com água. Em caso de esquecimento de uma dose, esta deve ser tomada assim que o doente se lembrar. Não deve ser tomada uma dose a dobrar no mesmo tempo. Nesse caso, a dose esquecida não deve ser tomada. **CONTRAINDICAÇÕES** • Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes ou história de uma reação grave de hipersensibilidade, incluindo reação anafilática, choque anafilático e angioedema, a qualquer inibidor da dipeptidil-peptidase-4 (DPP-4). • Qualquer tipo de acidose metabólica aguda (tal como acidose láctica ou cetocidose diabética). • Pré-coma diabético. • Insuficiência renal aguda (TFG <30 mL/min). • Doenças agudas com o potencial para alterar a função renal como: desidratação; infeção grave; choque; • Doença aguda ou crónica que pode causar hipoxia tecidular como: insuficiência cardíaca ou respiratória; enfarte do miocárdio recente; choque; • Compromisso hepático; • Intoxicação alcoólica aguda, alcoolismo. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO** Vipdomet não deve ser utilizado em doentes com diabetes mellitus tipo 1. Vipdomet não é um substituto da insulina nos doentes insulino-dependentes. **Acidose láctica**: A acidose láctica é uma complicação metabólica muito rara, mas grave, que ocorre habitualmente com o agravamento agudo da função renal, com a doença cardiocirculatória ou com a sepsia. Com o agravamento agudo da função renal, dá-se uma acumulação de metformina que aumenta o risco de acidose láctica. Em caso de desidratação, a Vipdomet deve ser temporariamente interrompida, recomendando-se contactar um profissional de saúde. Os medicamentos que podem comprometer a função renal de forma aguda devem ser iniciados com precaução nos doentes tratados com metformina. Os doentes e/ou cuidadores devem ser informados do risco de acidose láctica. **EFEITOS INDESEJÁVEIS** A pancreatite aguda é uma reação adversa e é atribuída ao componente de alogliptina de Vipdomet. As reações de hipersensibilidade, incluindo síndrome de Stevens-Johnson, reações anafiláticas e angioedema são graves e atribuídas ao componente de alogliptina de Vipdomet. A acidose láctica é uma reação adversa grave, que pode ocorrer muito raramente (<1/10.000) e é atribuída ao componente de metformina de Vipdomet. Outras reações, como infeções do trato respiratório superior, nasofaringite, dor de cabeça, gastroenterite, dor abdominal, diarreia, vômitos, gastrite, doença do refluxo gastroesofágico, prurido, erupção cutânea, hipoglicemia podem ocorrer com mais frequência (≥1/100 a <1/10), a que são atribuídas ao Vipdomet. Os resultados dos estudos de bioequivalência demonstraram que os comprimidos revestidos por película de Vipdomet são bioequivalentes às doses correspondentes de alogliptina e metformina coadministradas em comprimidos separados. **Lista tabelada das reações adversas**: As reações adversas encontram-se listadas por classes de sistemas de órgãos e frequência. As frequências são definidas como muito frequentes (≥1/10); frequentes (≥1/100 a <1/10); pouco frequentes (≥1/1.000 a <1/100); raras (≥1/10.000 a <1/1.000); muito raras (<1/10.000); desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). **Alogliptina**: observaram-se as reações adversas frequentes abaixo listadas: Infeções e infestações: infeções no trato respiratório superior, nasofaringite, hipoglicemia. **Doenças do sistema nervoso**: cefaleia. **Doenças gastrointestinais**: Dor abdominal, diarreia, doença do refluxo gastroesofágico e subcutâneas: prurido, erupção cutânea. **Metformina**: observaram-se as reações adversas abaixo listadas: **Doenças do sistema nervoso**: fadiga, paladar metálico. **Doenças gastrointestinais**: muito frequentes: Dor abdominal, diarreia, vômitos, perda de apetite, náuseas. Vipdomet observaram-se as reações adversas frequentes abaixo listadas: Infeções e infestações: infeções no trato respiratório superior, nasofaringite, hipoglicemia. **Doenças do sistema nervoso**: cefaleia. **Doenças gastrointestinais**: Gastroenterite, Dor abdominal, diarreia, vômitos, gastrite, doença do refluxo gastroesofágico. **Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneas**: Prurido, Erupção cutânea. **Notificação de suspeitas de reações adversas**: A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pode-se aos profissionais de saúde que notifiem quaisquer suspeitas de reações adversas através do sistema nacional de notificação mencionado abaixo: INFARMED, I.P. - Direção de Gestão do Risco de Medicamentos, Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53, 1749-004 Lisboa, Tel. +351 21 798 73 73. Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita). Fax: + 351 21 798 73 97. Site da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissao.htm>. E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO**: janeiro de 2021. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado, MSRM, Medicamento compartilhado no escãlo A. Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no site da internet da Agência Europeia de Medicamentos: <http://www.ema.europa.eu>.

Vipdia 6,25 mg comprimidos revestidos por película. Vipdia 12,5 mg comprimidos revestidos por película. Vipdia 25 mg comprimidos revestidos por película. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Cada comprimido contém benzoato de alogliptina equivalente a 6,25 mg, 12,5 mg ou 25 mg de alogliptina. **FORMA FARMACÉUTICA** Comprimido revestido por película (comprimido). 6,25 mg: Comprimidos revestidos por película, rosa claro, ovais (aproximadamente 9,1 mm de comprimento por 5,1 mm de largura), biconvexos, com "TAK" e "ALG-6,25" impressos a cinzento numa das faces. 12,5 mg: Comprimidos revestidos por película, amarelos, ovais (aproximadamente 9,1 mm de comprimento por 5,1 mm de largura), biconvexos, com "TAK" e "ALG-12,5" impressos a cinzento numa das faces. 25 mg: Comprimidos revestidos por película, vermelhos claros, ovais (aproximadamente 9,1 mm de comprimento por 5,1 mm de largura), biconvexos, com "TAK" e "ALG-25" impressos a cinzento numa das faces. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS** Indicado para adultos a partir dos 18 anos de idade com diabetes mellitus tipo 2 para melhorar o controlo glicémico em associação com outros medicamentos para baixar a glicose, incluindo a insulina, quando estes, juntamente com a dieta e o exercício físico, não asseguram um controlo glicémico. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** Disponível nas dosagens de 25 mg, 12,5 mg e 6,25 mg comprimidos revestidos por película, para os diferentes regimes posológicos. **Adultos (idade ≥ 18 anos)**: Dose recomendada: um comprimido de 25 mg, uma vez ao dia, como terapêutica adjuvante à metformina, uma tiazolidinediona, uma sulfonilureia ou insulina ou em terapêutica tripla com metformina e uma tiazolidinediona ou insulina. Quando a alogliptina é utilizada em associação com a metformina e/ou uma tiazolidinediona, a dose de metformina e/ou a tiazolidinediona devem ser mantidas, e a Vipdia deve ser administrado concomitantemente. Quando a alogliptina é utilizada em associação com uma sulfonilureia ou insulina, pode considerar-se a utilização de uma dose inferior de sulfonilureia ou insulina, para reduzir o risco de hipoglicemia. Devem ser tomadas precauções quando a alogliptina é utilizada em associação com metformina e com uma tiazolidinediona, uma vez que foi observado um risco aumentado de hipoglicemia com esta terapêutica tripla. Em caso de hipoglicemia, pode considerar-se a utilização de uma dose inferior de tiazolidinediona ou metformina. **Populações especiais**: Não é necessário qualquer ajuste posológico com base na idade. No entanto, o regime posológico da alogliptina deve ser conservador nos doentes com idade avançada devido ao potencial para função renal diminuída nesta população. Nos doentes com compromisso renal ligeiro não é necessário qualquer ajuste de dose da alogliptina, com compromisso renal moderado deve ser administrada metade da dose recomendada de alogliptina (12,5 mg uma vez ao dia). Nos doentes com compromisso renal grave ou doença renal em fase terminal que necessitam de diálise, deve ser administrado um quarto da dose recomendada de alogliptina (6,25 mg uma vez ao dia). A alogliptina pode ser administrada independentemente do horário da diálise. A experiência em doentes que requerem diálise renal é limitada. A alogliptina não foi estudada em doentes que estão a ser submetidos a diálise peritoneal. **Recomenda-se uma avaliação adequada da função renal antes do início do tratamento e periodicamente durante o tratamento**. Não é necessário qualquer ajuste posológico nos doentes com compromisso hepático ligeiro a moderado (de 5 a 9 na escala de Child-Pugh). A alogliptina não foi estudada em doentes com compromisso hepático grave e, por conseguinte, não é recomendada a sua utilização nestes doentes. **População pediátrica**: A segurança e eficácia de Vipdia em crianças e adolescentes com idade <18 anos não foram ainda estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Administração**: Via oral. Vipdia deve ser tomado uma vez ao dia com ou sem alimentos. Os comprimidos devem ser engolidos inteiros com água. Em caso de esquecimento de uma dose, esta deve ser tomada assim que o doente se lembrar. Não deve ser tomada uma dose a dobrar no mesmo dia. **CONTRAINDICAÇÕES** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes, ou história de uma reação grave de hipersensibilidade, incluindo reação anafilática, choque anafilático e angioedema, a qualquer inibidor da dipeptidil-peptidase-4 (DPP-4). **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO** Foram recebidas notificações de disfunção hepática, incluindo insuficiência hepática, durante o período de pós-comercialização. Não foi estabelecida uma relação causal. Os doentes devem ser observados atentamente para a deteção de possíveis anomalias hepáticas. Devem ser efetuados imediatamente testes à função hepática em doentes com sintomas sugestivos de lesão hepática. Se for detetada uma anomalia e não for estabelecida uma etiologia alternativa, considerar a descontinuação do tratamento com alogliptina. **EFEITOS INDESEJÁVEIS** A reação adversa mais frequente em doentes tratados com 25 mg de alogliptina foi cefaleia. A segurança da alogliptina em doentes idosos (idade ≥ 65 anos) e não idosos (idade < 65 anos) foi semelhante. **Lista tabelada das reações adversas**: As reações adversas encontram-se listadas por classes de sistemas de órgãos e frequência. As frequências são definidas como muito frequentes (≥1/10); frequentes (≥1/100 a <1/10); pouco frequentes (≥1/1.000 a <1/100); raras (≥1/10.000 a <1/1.000); muito raras (<1/10.000); desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Nos estudos clínicos pivô combinados e controlados de fase 3 com alogliptina em monoterapia e como terapêutica adjuvante de associação envolvendo 5.659 doentes, observaram-se as reações adversas abaixo listadas. **Reações adversas frequentes** - **Infeções e infestações**: infeções no trato respiratório superior, nasofaringite; **Doenças do metabolismo e da nutrição**: hipoglicemia; **Doenças do sistema nervoso**: cefaleia; **Doenças gastrointestinais**: dor abdominal, doença de refluxo gastroesofágico, diarreia; **Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos**: prurido, erupção cutânea. **Notificação de suspeitas de reações adversas**: A notificação de suspeita de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pode-se aos profissionais de saúde que notifiem quaisquer suspeitas de reações adversas através do sistema nacional de notificação mencionado abaixo: INFARMED, I.P. - Direção de Gestão do Risco de Medicamentos, Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53, 1749-004 Lisboa, Tel. +351 21 798 73 73. Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita). Fax: + 351 21 798 73 97. Site da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissao.htm>. E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO**: janeiro de 2021. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado, MSRM, Medicamento compartilhado no escãlo A. Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no site da internet da Agência Europeia de Medicamentos: <http://www.ema.europa.eu>.

Increxyn 12,5 mg/30 mg comprimidos revestidos por película. Increxyn 25 mg/30 mg comprimidos revestidos por película. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Cada comprimido contém benzoato de alogliptina e cloridrato de pioglitazona equivalente a 12,5 mg de alogliptina e 30 mg de pioglitazona, ou 25 mg de alogliptina e 30 mg de pioglitazona. **Excipientes** com efeito conhecido **12,5 mg/30 mg**: Cada comprimido contém 121 mg de lactose (mono-hidratada); **25 mg/30 mg**: Cada comprimido contém 121 mg de lactose (mono-hidratada). **FORMA FARMACÉUTICA** Increxyn 12,5 mg/30 mg comprimidos revestidos por película. Comprimidos revestidos por película cor de péssago claro, redondos (aproximadamente 8,7 mm de diâmetro) e biconvexos com "AP" e "12.5/30" impressos a vermelho numa das faces. Increxyn 25 mg/30 mg comprimidos revestidos por película. Comprimidos revestidos por película cor de péssago, redondos (aproximadamente 8,7 mm de diâmetro) e biconvexos com "AP" e "25/30" impressos a cinzento numa das faces. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS** Indicado como tratamento de segunda ou terceira linha em adultos a partir dos 18 anos com diabetes mellitus tipo 2: • como adjuvante da dieta e do exercício físico para melhorar o controlo glicémico em doentes adultos (particularmente doentes com excesso de peso) que não conseguem ser controlados adequadamente só com pioglitazona e para quem a metformina é inadequada devido às contra-indicações ou intolerância. • em associação com a metformina (isto é, terapêutica de associação tripla) como um adjuvante da dieta e do exercício físico para melhorar o controlo glicémico em doentes adultos (particularmente doentes com excesso de peso) que não conseguem ser controlados adequadamente com a dose máxima tolerada de metformina e pioglitazona. **Além disso**, Increxyn pode ser utilizado para substituir comprimidos separados de alogliptina e pioglitazona em doentes adultos a partir dos 18 anos com diabetes mellitus tipo 2 que já estejam a ser tratados com esta associação. Após o início da terapêutica com Increxyn, os doentes devem ser observados passados 3 a 6 meses para avaliar a eficácia de resposta ao tratamento (isto é, redução na HbA1c). Nos doentes que não apresentem uma resposta adequada, Increxyn deve ser descontinuado. Face aos potenciais riscos de uma terapêutica prolongada com pioglitazona, os médicos devem confirmar nas consultas de rotina subsequentes que o benefício de Increxyn se mantém. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** **Adultos (idade ≥ 18 anos)**: A dose deve ser personalizada de acordo com o regime atual de tratamento do doente. Para os doentes com intolerância à metformina ou para aqueles em que a metformina é contra-indicada, que não conseguem ser controlados adequadamente apenas com a pioglitazona, a dose recomendada de Increxyn é um comprimido de 25 mg/30 mg uma vez ao dia. Para os doentes que não conseguem ser controlados adequadamente com uma terapêutica dupla com pioglitazona e uma dose máxima tolerada de metformina, a dose de metformina deve ser mantida e Increxyn deve ser administrado concomitantemente. A dose recomendada é de um comprimido de 25 mg/30 mg uma vez ao dia. Devem ser tomadas precauções quando a alogliptina for utilizada em associação com metformina e tiazolidinediona, uma vez que foi observado um risco aumentado de hipoglicemia com esta terapêutica tripla. Em caso de hipoglicemia, pode ser considerada uma dose inferior de tiazolidinediona ou metformina. Para os doentes que estivessem a tomar comprimidos separados de alogliptina e pioglitazona, tanto a alogliptina como a pioglitazona devem ser administrados na dose diária que já está a ser tomada. **Populações especiais** - **Idosos (idade ≥ 65 anos)**: Não é necessário qualquer ajuste posológico com base na idade. No entanto, o regime posológico da alogliptina deve ser conservador nos doentes com idade avançada devido ao potencial para função renal diminuída nesta população. Para os doentes com compromisso renal ligeiro (depuração da creatinina (CrCl) ≥ 30 mL/min), não é necessário qualquer ajuste posológico de Increxyn. Para os doentes com compromisso renal moderado, deve ser administrada metade da dose recomendada de alogliptina. Por conseguinte, um comprimido de 12,5 mg/30 mg uma vez ao dia. Não é recomendado para doentes com compromisso renal grave ou doença renal em fase terminal que necessitam de diálise. **Recomenda-se uma avaliação adequada da função renal antes do início da administração de Increxyn e periodicamente durante o tratamento**. Increxyn não pode ser utilizado em doentes com compromisso hepático. A segurança e eficácia de Increxyn em crianças e adolescentes com idade <18 anos não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Modo de administração**: Via oral. Increxyn deve ser tomado uma vez ao dia com ou sem alimentos. Os comprimidos devem ser engolidos inteiros com água. Em caso de esquecimento de uma dose, esta deve ser tomada assim que o doente se lembrar. Não deve ser tomada uma dose a dobrar no mesmo dia. **CONTRAINDICAÇÕES** - Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes, ou história de uma reação grave de hipersensibilidade, incluindo reação anafilática, choque anafilático e angioedema, a qualquer inibidor da dipeptidil-peptidase-4 (DPP-4). - Insuficiência cardíaca ou história de insuficiência cardíaca. - Compromisso hepático. - Cetocidose diabética. - Câncer diagnosticado na bexiga ou história de câncer na bexiga. Hematúria macroscópica não investigada. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO** Increxyn não deve ser utilizado em doentes com diabetes mellitus tipo 1. Increxyn não é um substituto da insulina em doentes insulino-dependentes. Os comprimidos de Increxyn contêm lactose. Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência total de lactase ou má-absorção de glicose-galactose não devem tomar este medicamento. **EFEITOS INDESEJÁVEIS** A pancreatite aguda é uma reação adversa e é atribuída ao componente de alogliptina de Increxyn. As reações de hipersensibilidade, incluindo síndrome de Stevens-Johnson, reações anafiláticas e angioedema são graves e atribuídas ao componente de alogliptina de Increxyn. Outras reações, como infeções do trato respiratório superior, sinusite, dor de cabeça, hipoglicemia, náuseas, aumento de peso e edema podem ocorrer com mais frequência (≥1/100 a <1/10). Os resultados dos estudos de bioequivalência demonstraram que os comprimidos revestidos por película de Increxyn são bioequivalentes às doses correspondentes de alogliptina e pioglitazona coadministradas em comprimidos separados. **Lista tabelada das reações adversas**: As reações adversas encontram-se listadas por classes de sistemas de órgãos e frequência. As frequências são definidas como muito frequentes (≥1/10); frequentes (≥1/100 a <1/10); pouco frequentes (≥1/1.000 a <1/100); raras (≥1/10.000 a <1/1.000); muito raras (<1/10.000); desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). **Reações adversas frequentes**: Alogliptina: Infeções e infestações: Infeções no trato respiratório superior, Nasofaringite. **Doenças do metabolismo e da nutrição**: Hipoglicemia. **Doenças do sistema nervoso**: fadiga. **Doenças gastrointestinais**: frequentes: Dor abdominal, Doença de refluxo gastroesofágico, diarreia. **Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos**: frequentes: Prurido, Erupção cutânea. **Populações especiais**: Infeções e infestações: Infeção no trato respiratório superior. **Doenças do sistema nervoso**: Hiposteisia. **Afeções oculares**: Perturbação visual. **Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos**: Fratura óssea. **Exames complementares de diagnóstico**: Aumento de peso. **Notificação de suspeitas de reações adversas**: A notificação de suspeita de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pode-se aos profissionais de saúde que notifiem quaisquer suspeitas de reações adversas através do sistema nacional de notificação mencionado abaixo: INFARMED, I.P. Direção de Gestão do Risco de Medicamentos, Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53, 1749-004 Lisboa, Tel. +351 21 798 73 73. Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita). Fax: + 351 21 798 73 97. Site da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissao.htm>. E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt. **DATA DA REVISÃO DO TEXTO**: janeiro de 2021. Para mais informações deverá contactar o representante do titular da autorização de introdução no mercado, MSRM, Medicamento compartilhado no escãlo A. Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no site da internet da Agência Europeia de Medicamentos: <http://www.ema.europa.eu>.



Distinguido projeto de gomas que evitam sofrimento dos animais

O projeto "HaPILLness" venceu a 19ª edição do Concurso Regional Poliemprende do Politécnico de Coimbra.

A iniciativa consiste na produção de gomas medicamentosas para doseamento oral de substâncias a animais de laboratório, de forma a evitar o seu sofrimento.

A equipa de trabalho é composta por Sofia Viana, docente da ESTeSC-IPC; Sara Nunes, diplomada da ESAC-IPC e Pedro Vieira, diplomado da ESTeSC-IPC.



Incontinência: Medo e a vergonha dificultam diagnóstico

A Medtronic, com a colaboração do Movimento Pela Continência e Disfunção Pélvica, lançou uma campanha para dar visibilidade ao estigma sentido pelos doentes com incontinência.

A maioria dos doentes com incontinência urinária, fecal, ou que sofre de ambas, não consultam o médico, porque sentem medo ou vergonha. Estima-se que, em Portugal, a incontinência urinária afete cerca de 600 mil pessoas e 5 a 18% da população sofra de algum tipo de incontinência fecal.

A nova aplicação MyCHOeste já está disponível para os utentes das unidades de Caldas da Rainha, Peniche e Torres Vedras.

A app visa aproximar, facilitar e poupar tempo ao utente quando este necessita interagir com o CHO.

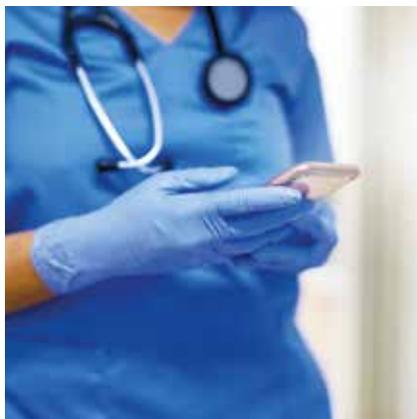
A aplicação permite efetuar pedidos de marcação de consultas, pedidos de remarcação e cancelamento de consultas; requerer pedidos de informação clínica e atestado multiusos; consultar as taxas moderadoras em dívida, entre outras possibilidades.



Dádiva de sangue pode salvar três vidas

O Instituto Português do Sangue e da Transplantação e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde lançaram uma campanha de sensibilização da dádiva de sangue.

De acordo com as duas instituições, uma dádiva de sangue pode salvar três vidas. A campanha pretende levar mais pessoas a agir, "mostrando como um gesto simples e fácil pode fazer a diferença na vida de muitas pessoas".



Hospitais do Oeste com nova aplicação móvel

Obesidade aumenta risco de perturbações mentais

De acordo com dados de um estudo recente realizado por investigadores da Universidade de Medicina de Viena e do Complexity Science Hub Vienna, publicados na revista especializada "Translational Psychiatry", as pessoas que sofrem de obesidade correm um risco significativamente maior de também desenvolverem perturbações mentais. Isto aplica-se a todos os grupos etários, sendo que as mulheres correm mais riscos do que os homens para a maioria das doenças.

No contexto deste estudo, a equipa de investigação analisou um conjunto de dados de base populacional de todos os internamentos hospitalares na Áustria de 1997 a 2014, com o objetivo de determinar os riscos relativos de doenças concomitantes na obesidade e identificar diferenças de género estatisticamente significativas. Esta análise tornou evidente que um diagnóstico de obesidade

aumenta significativamente a probabilidade de um amplo espectro de perturbações mentais em todos os grupos etários - incluindo depressão, dependência de nicotina, psicose, ansiedade, perturbações alimentares e de personalidade. "Do ponto de vista clínico, estes resultados sublinham a necessidade de sensibilizar para os diagnósticos psiquiátricos em doentes obesos e, se necessário, de consultar especialistas numa fase inicial do diagnóstico", explica o líder do estudo, Michael Leutner, do Departamento de Medicina Interna II do MedUni Vienna.

A Obesidade como primeiro diagnóstico

"Para descobrir qual a doença que normalmente aparece antes e depois do diagnóstico de obesidade, tivemos de desenvolver um novo método. Isto permitiu-nos determinar se existem tendências e padrões típicos na ocorrência de doenças", explica a coautora do primeiro estudo, Elma Dervic, do Centro de Ciências da

Complexidade. "No caso de todos os codiagnósticos, com exceção do espectro da psicose, a obesidade foi, com toda a probabilidade, o primeiro diagnóstico feito antes da manifestação de um diagnóstico psiquiátrico".

Até agora, os médicos partiam frequentemente do princípio de que os psicofármacos eram a causa da ligação entre as perturbações mentais e a diabetes. "Isto pode ser verdade para a esquizofrenia, onde vemos a ordem cronológica inversa, mas os nossos dados não apoiam esta ideia; não pode ser replicada para a depressão ou outros diagnósticos psiquiátricos", explica o primeiro autor Alexander Kautzky, do Departamento de Psiquiatria e Psicoterapia da MedUni Vienna. No entanto, ainda não se sabe se a obesidade afeta diretamente a saúde mental ou se as fases iniciais das perturbações psiquiátricas não são devidamente reconhecidas.

Surpreendentemente, os investigadores encontraram diferenças significativas entre os sexos para a maioria das perturbações - com as mulheres a apresentarem um risco acrescido para todas as perturbações, exceto para a esquizofrenia e a dependência da nicotina. Enquanto 16,66% dos homens obesos sofrem de dependência da nicotina, no caso das mulheres obesas essa percentagem é de 8,58%. No caso da depressão, passa-se o contrário. A taxa de episódios depressivos diagnosticados é quase três vezes

superior nas mulheres obesas (13,3% obesas; 4,8% não obesas). Os homens obesos foram afetados com o dobro da frequência (6,61% obesos; 3,21% não obesos).

É necessário um rastreio dos problemas de saúde mental. A obesidade afeta mais de 670 milhões de pessoas em todo o mundo. O facto de a doença promover perturbações metabólicas e complicações cardiometabólicas graves (diabetes mellitus, hipertensão arterial e dislipidemia) já foi amplamente estudado.

O facto de, segundo o presente estudo, a obesidade preceder frequentemente perturbações mentais graves sublinha a sua importância como fator de risco para os problemas de saúde de todas as crianças. Isto é principalmente verdade para os grupos etários jovens, onde o risco é mais acentuado. Por este motivo, os investigadores defendem ser urgente efetuar um rastreio exaustivo dos problemas de saúde mental nos doentes obesos, a fim de facilitar a prevenção ou garantir a prestação de um tratamento adequado.



Novo estudo relaciona as pílulas contraceptivas com depressão

De acordo com um novo estudo da Universidade de Uppsala, as mulheres que usam pílulas contraceptivas combinadas correm maior risco de desenvolver depressão do que as que não as usam. As pílulas contraceptivas aumentaram o risco das mulheres em 73% durante os primeiros dois anos de utilização.



Therese Johansson, estudante de doutoramento no Departamento de Imunologia, Genética e Patologia e WOMHER, Universidade de Uppsala, liderou o estudo.

A nível mundial, a depressão é a principal causa de problemas de saúde e de incapacidade. Mais de 264 milhões de pessoas são afetadas e pelo menos 25% de todas as mulheres e 15% de todos os homens sofrem de uma depressão que requer tratamento em algum momento da sua vida.

Há muito que se discute a possibilidade de as pílulas contraceptivas poderem ter efeitos negativos na saúde mental e até levar à depressão. Embora muitas mulheres optem por deixar de usar pílulas contraceptivas devido à sua influência no humor, até

agora o quadro que emerge da investigação não era claro. Este estudo, liderado por Therese Johansson, do Departamento de Imunologia, Genética e Patologia da Universidade de Uppsala, é um dos maiores e mais abrangentes até à data, tendo acompanhado mais de um quarto de milhão de mulheres do “UK Biobank” desde o nascimento até à menopausa.

Os investigadores recolheram dados sobre a utilização de pílulas contraceptivas pelas mulheres, o momento em que lhes foi diagnosticada a depressão pela primeira vez e quando tiveram os primeiros sintomas de depressão sem receberem um diagnóstico. O método de contraceção estudado foi a pílula contraceptiva combinada, que contém progestagénio, um

composto semelhante à hormona progesterona, e estrogénio. O progestagénio impede a ovulação e torna o muco cervical mais espesso para evitar que os espermatozóides entrem no útero, enquanto o estrogénio torna o revestimento uterino mais fino para impedir a implantação de um óvulo fertilizado.

“Embora a contraceção tenha muitas vantagens para as mulheres, tanto os médicos como as pacientes devem ser informados sobre os efeitos secundários identificados neste estudo e em estudos anteriores”, afirma Therese Johansson.



De acordo com o estudo, as mulheres que começaram a usar pílulas contraceptivas na adolescência tiveram uma incidência 130% maior de sintomas de depressão, enquanto o aumento correspondente entre as utilizadoras adultas foi de 92%.

“A forte influência das pílulas contraceptivas nas adolescentes pode ser atribuída às alterações hormonais causadas pela puberdade. Como as mulheres nessa faixa etária já sofreram alterações hormonais substanciais, podem ser mais recetivas, não só às alterações hormonais, mas também a outras experiências de vida”, aponta Johansson.

Os investigadores também puderam constatar que o aumento da incidência de depressão diminuiu quando as mulheres continuaram a usar pílulas contraceptivas após os primeiros dois anos. No entanto, as adolescentes utilizadoras de pílulas contraceptivas continuaram a ter um aumento da incidência de depressão mesmo depois de terem parado de usar a pílula, o que não foi observado nas adultas utilizadoras de pílulas contraceptivas.

“É importante sublinhar que a maioria das mulheres tolera bem as hormonas externas, sem sentir efeitos negativos no seu humor, pelo que as pílulas contraceptivas combinadas são uma excelente opção para muitas mulheres. As pílulas contraceptivas permitem que as mulheres evitem gravidezes não planeadas e podem também prevenir doenças que afetam as mulheres, incluindo o cancro do ovário e o cancro do útero. No entanto, algumas mulheres

podem ter um risco acrescido de depressão depois de começarem a usar pílulas contraceptivas”.

Os resultados do estudo apontam para a necessidade de os profissionais de saúde estarem mais conscientes das possíveis ligações entre diferentes sistemas do corpo, como a depressão e o uso de pílulas contraceptivas. Os investigadores concluem que é importante que os prestadores de cuidados de saúde informem as mulheres que estão a considerar utilizar pílulas contraceptivas sobre o risco potencial de depressão como efeito secundário do medicamento.

“Uma vez que neste estudo apenas investigámos as pílulas contraceptivas combinadas, não podemos tirar conclusões sobre outras opções contraceptivas, tais como minipílulas, adesivos contraceptivos, espirais hormonais, anéis vaginais ou varetas contraceptivas. Num estudo futuro, planeamos examinar diferentes formulações e métodos de administração. A nossa ambição ao comparar diferentes métodos contraceptivos é dar às mulheres ainda mais informação para as ajudar a tomar decisões bem informadas sobre as suas opções contraceptivas”, conclui Johansson.

Fonte: T. Johansson, et al., S. Vinther Larsen, M. Bui, W. E. Ek, T. Karlsson and Å. Johansson. Population-based cohort study of oral contraceptive use and risk of depression [published online June 12, 2023]. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2023; doi: <https://doi.org/10.1017/S2045796023000525>



Estudo conclui que resíduos mineiros de carvão em autocombustão têm impacto negativo no meio ambiente

Um estudo do Departamento de Ciências da Terra (DCT) da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra (FCTUC) concluiu que os resíduos mineiros de carvão em autocombustão representam um impacto negativo para o meio ambiente devido à produção de drenagem ácida que, como consequência, pode afetar os solos e os ecossistemas da área envolvente.

A investigação sobre os resíduos mineiros em autocombustão em Portugal, com início em 2007, além de incidir sobre a identificação de autocombustão de resíduos mineiros resultantes da exploração de carvão no passado, tem como objetivo identificar e compreender o impacto desse processo no ambiente, particularmente nos solos, nas águas e na atmosfera.

“O impacto mais significativo poderá estar relacionado com as emissões de compostos orgânicos voláteis durante a combustão. Foram detetadas substâncias, nomeadamente hidrocarbonetos policíclicos aromáticos e outros compostos orgânicos, que são emitidas para a atmosfera e que são prejudiciais para a saúde humana. Esta situação pode ser particularmente preocupante quando as escombrelas em autocombustão se encontram perto de áreas habitadas”, revela Joana Ribeiro, professora do DCT e autora do estudo.

De acordo com a investigadora da FCTUC, em Portugal são conhecidos três casos de escombrelas de resíduos mineiros de carvão cuja ignição começou em 2005 devido a incêndios florestais. Uma dessas escombrelas, em São Pedro da Cova, Gondomar, permanece em autocombustão há quase duas décadas, sendo uma fonte de contaminação para a atmosfera devido à emissão de compostos orgânicos voláteis que resultam da combustão do carvão, e para o meio envolvente devido à drenagem ácida. Em 2017, outras duas escombrelas entraram em combustão, também devido a incêndios florestais, mas nestes casos a Empresa de Desenvolvimento Mineiro (EDM) implementou um projeto de reabilitação que permitiu a extinção da combustão.

“Há sempre formas de resolver situações como a da escombrela de São Pedro da Cova, no entanto, são dispendiosas e complexas”, assegura Joana

Ribeiro, acrescentando que existem várias soluções, nomeadamente a que foi aplicada pela EDM que inclui a remobilização do material do local, arrefecimento com água e um agente retardador da temperatura, recolocação e compactação no local. “Essa compactação é fundamental, uma vez que faz com o acesso e a circulação do oxigénio no interior da escombrela, que alimenta o processo de combustão, seja limitado”, garante.

Segundo a professora do DCT, este é um processo que acontece em todo o mundo e que tem não só impacto ambiental e na saúde, mas também a nível económico, uma vez que pode ocorrer numa mina de carvão e nas camadas de carvão propriamente ditas, alterando e inviabilizando o recurso geológico.

Assim, Joana Ribeiro considera “muito importante fazer uma inventariação das escombrelas de carvão que existem em Portugal, das respetivas características e condições de deposição, assim como da situação em relação ao enquadramento em zonas florestais. Desta forma, o risco de ignição e conseqüente autocombustão de escombrelas de carvão poderia ser minimizado através da gestão florestal e territorial adequada”, conclui.

Para além da participação de investigadores do DCT da FCTUC, a investigação contou também com investigadores da Universidade do Porto.

*Joana Ribeiro,
professora
do DCT
e autora
do estudo*





Uma questão central do novo projeto de investigação levado a cabo por investigadores da Universidade de Malmö é saber qual a quantidade de vitaminas que é efetivamente absorvida pela pele. Sabemos que a pele seca pode ser aliviada com cremes que contêm determinadas vitaminas, mas não sabemos por que razão isso acontece e qual a quantidade de vitaminas necessária para que seja eficaz, explicam os investigadores.

As vitaminas são utilizadas em vários produtos de cuidados da pele e os estudos clínicos demonstraram que os cremes que contêm vitaminas ou provitaminas tornam a pele mais suave e mais hidratada, mas ainda há grandes dúvidas sobre a forma como as diferentes substâncias afetam aquele que é, na verdade, o maior órgão do corpo.

“Uma das armadilhas de muitos ensaios clínicos reside no facto de as pessoas terem sido autorizadas a testar cremes com uma mistura bastante complexa de componentes. Mas o que é que funciona e porquê? Um primeiro passo importante é, portanto, testar vitaminas específicas separadamente e estudar o seu percurso através da pele”, diz Sebastian Björklund, professor associado de Físico-Química da Universidade de Malmö.

Os investigadores vão testar tanto vitaminas lipossolúveis, como o retinol, como vitaminas hidrossolúveis, como a niacina. Uma questão fundamental é saber que quantidade de vitaminas é efetivamente absorvida através da pele e atinge o alvo onde pode ter efeito. A dose correta é também uma questão importante.

Cientistas investigam vitaminas presentes nos produtos de beleza

O corpo pode facilmente eliminar um excesso de vitaminas hidrossolúveis. No entanto, algumas vitaminas lipossolúveis não devem ser sobredoseadas, uma vez que tendem a acumular-se em alguns dos nossos órgãos e a afetar negativamente a saúde do organismo.

“Para que as diferentes vitaminas promovam os processos biológicos na pele de uma forma semelhante à que acontece quando as ingerimos, é necessário que atravessem a barreira cutânea e cheguem às células vivas. Mas não sabemos até que ponto isto é eficaz e qual a concentração necessária, por isso vamos analisar tanto a permeabilidade cutânea destas vitaminas como o seu impacto nas células cultivadas”, diz Björklund, acrescentando: “Não excluímos que algumas das substâncias possam promover as propriedades de barreira da pele de uma forma mais direta, sem terem de atingir as células vivas”.

“Começámos a estudar a forma como as vitaminas afetam as células da pele quando estas são cultivadas numa solução com ou sem vitaminas. Em estudos paralelos, estamos a investigar como são transportadas através da barreira cutânea. No futuro, também estudaremos como as vitaminas afetam o processo em que as células vivas da pele formam a barreira cutânea, que pode ser vista mais como um tecido morto que protege o nosso corpo cheio de água”, conclui Björklund.

Informação completa:

<https://mau.se/en/research/projects/beneficial-effects-of-vitamins-in-skin/>

SOMOS FORA DA CAIXA A COMUNICAR EM SAÚDE.

CONSULTORIA • COMUNICAÇÃO •
DOCUMENTÁRIOS • ORGANIZAÇÃO DE
WEBINARES E EVENTOS • COORDENAÇÃO DE
REUNIÕES E MODERAÇÃO DE CONGRESSOS •
MEDIA TRAINING • BRANDING

CRIATIVIDADE E EMPENHO, SOMOS:

FDC
CONSULTING



GERAL@FDC.COM.PT | 965 846 041



Gripe: Governo autoriza 19,7 milhões de euros para compra de vacinas

O Governo autorizou uma despesa de cerca de 19,7 milhões de euros para aquisição de vacinas contra a gripe, no âmbito da época gripal 2023/2024.

O despacho determina que os encargos não podem exceder os cerca de 7,4 milhões de euros na ARS do Norte, os cerca de 3,9 milhões de euros na ARS do Centro, os cerca de 7,3 milhões de euros na ARS de Lisboa e Vale do Tejo, os cerca de 407 mil euros na ARS do Alentejo e os 803 mil euros na ARS do Algarve.

Breves



Lesões da medula espinhal têm forte impacto no sistema urinário

Um grupo de investigadores do Porto descobriu que as lesões traumáticas da medula espinhal são acompanhadas por alterações marcadas na parede da uretra. De acordo com o trabalho, as lesões traumáticas que afetam o sistema nervoso central provocam uma acentuada reorganização da uretra que resulta de uma adaptação à alteração do controlo nervoso da função urinária.



Mulheres que tomam estrogénio por via oral podem ter maior risco de pressão alta

Um estudo recente alerta que as mulheres, com 45 anos ou mais, que fazem terapêutica hormonal com estrogénio em forma de comprimido têm maior probabilidade de desenvolver pressão alta do que aquelas que usam formulações transdérmicas ou vaginais.

O estrogénio por via oral foi associado a um aumento de 14% do risco de pressão alta em comparação com cremes transdérmicos.



CHUSJ abre consulta de Neurologia-Visão

O Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ) passa a dispor da Consulta de Neurologia-Visão, que nasce da estreita colaboração entre os serviços de Neurologia e de Oftalmologia. Com esta consulta, o São João pretende otimizar o atendimento e reduzir o número de deslocações ao hospital.

O CHUSJ estima chegar aos 125 utentes com primeira consulta, até ao final do ano de 2023.



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



edarbi[®]
azilsartan medoxomilo
20mg • 40mg • 80mg comprimidos

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

classificadas por frequência, utilizando a seguinte convenção: muito frequentes (≥ 1/10); frequentes (≥ 1/100, < 1/10); pouco frequentes (≥ 1/1.000, < 1/100); raras (≥ 1/10.000, < 1/1.000); muito raras (< 1/10.000). Incluindo notificações isoladas. Dentro de cada classe de frequência, as reações adversas são apresentadas por ordem decrescente de gravidade. Doenças do metabolismo e da nutrição - Reações adversas frequentes: Aumento do ácido úrico no sangue, hiperuricémia. Doenças do sistema nervoso - Reações adversas frequentes: Tonturas, tonturas posturais. Vasculopatias - Reações adversas frequentes: Hipotensão. Doenças gastrointestinais - Reações adversas frequentes: Diarreia, náuseas. Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos - Reações adversas frequentes: Espasmos musculares. Perturbações gerais e alterações no local de administração - Reações adversas frequentes: Fadiga. Exames complementares de diagnóstico - Reações adversas: muito frequentes: Aumento da creatinina no sangue; Reações adversas frequentes: Aumento da ureia no sangue. **Informação adicional sobre os componentes individuais:** As reações adversas que se sabe ocorrerem com cada componente administrado isoladamente mas que não foram observadas nos estudos clínicos podem ocorrer durante o tratamento com Edarclor. **Clorotalidona:** Adicionalmente às reações adversas listadas para o Edarclor, foram notificadas as seguintes reações adversas para a clorotalidona: Doenças do metabolismo e da nutrição - Reações adversas muito frequentes: Aumento dos lípidos no sangue; Reações adversas frequentes: Hipomagnesémia. Cardiopatias - Reações adversas frequentes: Hipotensão postural. Doenças gastrointestinais - Reações adversas frequentes: Perda de apetite, desconforto gastrointestinal menor. Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos - Reações adversas frequentes: Urticária. Doenças dos órgãos genitais e da mama - Reações adversas frequentes: Impotência. Exames complementares de diagnóstico: Creatinina sérica: O tratamento com Edarclor resultou numa maior incidência de aumentos da creatinina sérica, comparativamente com o azilsartan medoxomilo e a clorotalidona. Estes aumentos foram temporários ou não progressivos e reversíveis, e associados com acentuadas reduções da pressão arterial. **Ácido úrico:** O Edarclor esteve associado a aumentos do ácido úrico sérico. Os aumentos de ácido úrico são dependentes da dose, aumentando com a dose de clorotalidona, embora tenham sido pouco frequentes as notificações de gota nos grupos de tratamento, mesmo nos estudos de longo prazo. **Hemoglobina e hematócrito:** O Edarclor esteve associado com reduções ligeiras nos níveis de hemoglobina, hematócrito, e na contagem de células vermelhas, consistentes com os efeitos farmacológicos conhecidos dos inibidores do sistema renina-angiotensina-aldosterona. Experiência pós-comercialização: Foi notificada uma rara incidência de angioedema associado ao uso de Edarclor. Não foram identificadas outras reações adversas nas notificações espontâneas pós-comercialização. **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao INFARMED, I.P.; (preferencialmente) ou através dos seguintes contactos: Direção de Gestão do Risco de Medicamentos | Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53 | 1749-004 Lisboa | Tel: +351 21 798 73 73 | Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita) | E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt | **DATA DA REVISÃO DO TEXTO** setembro 2021. Para mais informações deverá contactar o representante do titular da autorização de introdução no mercado. MSRM. Medicamento participado no escalão B.

NOME DO MEDICAMENTO: Edarbi 20 mg comprimidos. Edarbi 40 mg comprimidos. Edarbi 80 mg comprimidos. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada comprimido contém 20 mg, 40mg ou 80 mg de azilsartan medoxomilo (sob a forma de potássio). **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido branco a estranqueado redondo, com 6,0 mm, 7,6 mm ou 9,6 mm de diâmetro, com "ASL" gravado numa das faces e "20", "40" ou "80" gravado na outra face, para os comprimidos de 20 mg, 40 mg ou 80 mg respetivamente. **INDICAÇÕES TERAPEÚTICAS:** Edarbi é indicado para o tratamento da hipertensão essencial em adultos. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Posologia: A dose inicial recomendada em adultos é de 40 mg uma vez ao dia. A dose pode ser aumentada até um máximo de 80 mg uma vez ao dia nos doentes cuja pressão arterial não é adequadamente controlada com a dose mais baixa. O efeito anti-hipertensor perto do máximo torna-se visível ao fim de 2 semanas, com os efeitos máximos atingidos às 4 semanas. Se a pressão arterial não for adequadamente controlada com o Edarbi isoladamente, pode obter-se uma redução adicional da pressão arterial quando o Edarbi é administrado concomitantemente com outros medicamentos anti-hipertensores, incluindo diuréticos e bloqueadores dos canais do cálcio. **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. No segundo e terceiro trimestres da gravidez. O uso concomitante de Edarbi com medicamentos contendo aliscireno é contraindicado em doentes com diabetes mellitus ou compromisso renal (TFG < 60 mL/min/1,73 m²). Edarbi não é indicado para utilização em crianças ou adolescentes com menos de 18 anos de idade. **EFETOS INDESEJÁVEIS:** Resumo do perfil de segurança Edarbi nas doses de 20, 40 ou 80 mg foi avaliado em termos de segurança em estudos clínicos com doentes adultos tratados durante até 56 semanas. Nestes estudos clínicos, as reações adversas associadas ao tratamento com o Edarbi foram, na sua maioria, ligeiras ou moderadas, com uma incidência global semelhante ao placebo. As tonturas constituíram a reação adversa mais frequente. A incidência das reações adversas com o Edarbi não foi afetada pelo sexo, idade ou raça. Lista tabelada de reações adversas: As reações adversas baseadas nos dados agregados (doses de 40 e 80 mg) estão classificadas abaixo por frequência. Frequentes (≥ 1/100 a < 1/10); tonturas; diarreia e aumento da creatinina fosfoquinase plasmática. Pouco frequentes (> 1/1000, < 1/100): hipotensão, náuseas, erupção cutânea e prurido, espasmos musculares, fadiga e edema periférico, aumento da creatina plasmática e aumento do ácido úrico plasmático. Raras (> 1/10.000, < 1/1000): angioedemas. As reações adversas foram notificadas para a dose de Edarbi 20 mg com uma frequência semelhante às doses de 40 e 80 mg num estudo controlado por placebo. **Notificação de suspeitas de reações adversas:** A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao INFARMED, I.P.; Sítio da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/>; submissoram (preferencialmente) ou através dos seguintes contactos: Direção de Gestão do Risco de Medicamentos | Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53 | 1749-004 Lisboa | Tel: +351 21 798 73 73 | Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita) | E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt. **Data da revisão do texto:** Abril 2022. **MSRM, Medicamento participado escalão B.** Para mais informações contactar o titular da autorização de introdução no mercado. Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos: <http://www.ema.europa.eu>.



TECNIMEDE
GROUP

tecnimede



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

TEDAC2223A2CA/Mar/2022, invalidado #noinsert

