

Dezembro de 2010 • Ano V • Nº18 • Trimestral

Medicina Interna *Hoje*

MÉDICO INTERNISTA TEM PAPEL CENTRAL

Ricardo Baptista Leite, conselheiro
político do PSD para a área da Saúde



SPMI faz recomendações
ao Ministério da Saúde

**SABEMOS
DO QUE FALAMOS**

Partilha

Investigação

Esperança
de vida

Faz parte de nós

Contribuir para as melhores soluções que promovam a saúde e a esperança de vida é a nossa missão.

É com empenho que nos dedicamos à investigação e desenvolvimento de novas terapêuticas, acompanhando permanentemente as necessidades reais dos profissionais de saúde, para a melhoria da saúde e aumento da esperança de vida de milhões de doentes em todo o Mundo.

www.janssen-cilag.pt

Estrada Consiglieri Pedrosa, 69-A • QUELUZ DE BADIO • 2734-503 BARCARENA • PORTUGAL
Sociedade por quotas • Matr. na Cons. do Reg. Com. de Oeiras, n.º 10576 • Capital Social: € 2.693.508,64 • N.º Contribuinte: 500 189 412 • www.janssen-cilag.pt



JANSSEN-CILAG
FARMACÉUTICA, Lda.
Inovamos pela Saúde



Faustino Ferreira

Confiança no futuro

O Ministério da Saúde apresentou recentemente o projecto para a Reforma da Organização Interna dos Hospitais elaborado por um grupo de trabalho constituído para o efeito. E, foi com satisfação, que a SPMI recebeu as linhas gerais do projecto que reflecte o que há muito vinha preconizando: atribuir à Medicina Interna o papel preponderante que já tem na prática na vivência hospitalar.

Há, contudo, um reparo a fazer. Embora o projecto nos mereça consideração, a sua implementação será comprometida devido ao insuficiente número de Internistas. Foi este alerta que a SPMI, na voz do seu presidente, António Martins Baptista, fez chegar ao Ministério da Saúde, prevenindo relativamente à falta de médicos Internistas necessários para assegurar a execução da reforma nos moldes defendidos.

Para ultrapassar esta limitação, existem soluções de curto prazo que podem ser seguidas, designadamente a abertura de mais vagas para os internos do complementar que se encontram em formação em Medicina Interna mas que já estão a prestar trabalho. Há, no entanto, um cami-

nho de longo prazo a fazer. Um caminho que passa necessariamente por valorizar a especialidade tornando-a atractiva para os estudantes de medicina no momento de escolha.

Nesta perspectiva, convido a conhecer a opinião transmitida em entrevista à “Medicina Interna Hoje” por Ricardo Baptista Leite, conselheiro político do PSD para a área da saúde e médico (a concluir o internato na especialidade de Infeciologia, no Hospital de Egas Moniz). Considera Ricardo Baptista Leite que a Medicina Interna é hoje encarada pelos recém-licenciados como um caminho árduo e com pouco reconhecimento, tendo de assumir muitas vezes as funções de todas as outras especialidades de modo a garantir a prestação dos serviços mínimos.

Porque a reforma dos hospitais decisivamente terá de passar pelos médicos Internistas é, pois, imperioso ultrapassar definitivamente esta dicotomia entre a importância que a Medicina Interna assume na prática hospitalar e o reconhecimento que lhe é atribuído. No melhor interesse do doente e da qualidade e eficiência dos serviços prestados!

ponto por ponto +

4 raio x

Fígado: Portugal sofre
IV Jornadas do Núcleo de Estudos das
Doenças do Fígado

5 olho clínico

Porque sabemos do que falamos
Recomendações da SPMI apresentadas
ao Ministério da Saúde

6 alta voz

A dúvida sistemática
para um diagnóstico correcto
Por João Araújo Correia, director do Serviço
de Medicina do CHP/Hospital Santo António

8 primeiros passos

O futuro desejado
Por João de Melo

9 vox pop

Medicina Interna
Uma visão partilhada

10 uma palavra a dizer

Entrevista com Ricardo Baptista Leite,
Conselheiro Político do PSD
para a área da Saúde

16 depois da hora

17 do lado de cá

A Medicina Interna
num Portugal envelhecido
Por Cátia Jorge

18 revelações

Fígado: Portugal sofre

IV Jornadas do Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado

Estima-se que oito a 10 por cento dos portugueses sofram de problemas do fígado. Todos os anos morrem mais de dois mil portugueses por cirrose hepática devido, em primeiro lugar, ao consumo de álcool e, em segundo, à infecção pelo vírus da hepatite C. Actualmente, e indo ao encontro das preocupações que atingem este novo milénio, são ainda muito frequentes as alterações do fígado resultantes da deposição de gordura no órgão (esteatose) que resulta, entre outros factores, da obesidade, diabetes e elevação do colesterol. Também esta situação, nalguns casos (10 a 15 por cento), pode evoluir para cirrose. Por outro lado, em consequência da cirrose, surge o cancro do fígado, que tem registado aumentos consecuti-



vos, de ano para ano. Atento a estes números, o Núcleo de Estudos das Doenças do Fígado da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna promoveu, nos dias 15 e 16 de Outubro, as suas IV Jornadas. Samuel Relvas, que presidiu a estas jornadas, aproveitou a ocasião para explicar o papel do Internista no tratamento das patologias

hepáticas, lembrando a sua imprescindibilidade, na medida em que “a Hepatologia, sendo uma subespecialidade médica complexa, exige o contributo científico e assistencial da Medicina Interna, especialidade particularmente vocacionada para as áreas interdisciplinares”.

AVC: DÁ-SE “BEM” COM O SAL...

11.º SIMPÓSIO DE DOENÇA VASCULAR CEREBRAL

A hipertensão associada à elevada ingestão de sal em Portugal (muito acima dos restantes países da UE) poderá ser responsável pela elevada prevalência e mortalidade por Doença Vascular Cerebral em Portugal. Esta foi uma das conclusões do 11.º Simpósio de Doença Vascular Cerebral, promovido pelo Núcleo de Estudos da Doença Vascular Cerebral da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI), que decorreu nos dias 12 e 13 de Novembro, no Porto. O encontro reuniu especialistas, nacionais e estrangeiros, nas áreas de

Medicina Interna, Neurologia, Neuroradiologia, Cardiologia e Cirurgia Vascular que, durante os dois dias de simpósio, reflectiram sobre a prevenção, melhores estratégias de diagnóstico e terapêuticas, e os últimos avanços em investigação no campo do AVC.

Embora sejam conhecidos os factores de risco associados a 90 por cento do risco de AVC e a maioria sejam tratáveis – hipertensão (ingestão de sal), obesidade (razão cinta/anca), dislipidemia, Diabetes Melitus, Fibrilação Auricular, tabagismo, álcool, sedentarismo – esta doença continua a ser a

primeira causa de morte em Portugal, responsável por 15% dos óbitos.

Para Maria Teresa Cardoso, coordenadora do Núcleo de AVC da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna e do Simpósio, o desafio para reduzir o AVC está na prevenção primária e secundária da doença. Como tal, é decisivo lutar junto do público contra a ideia de que no AVC nada se pode fazer, divulgando a mensagem de que, não só, pode ser prevenido, como é possível recuperar de um acidente vascular cerebral.



Recomendações apresentadas ao Ministério da Saúde

Porque sabemos do que falamos

Há já vários anos que a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (SPMI) defende a reorganização hospitalar que o Ministério da Saúde pretende agora implementar. Actualmente, a sua preocupação prende-se com os moldes da implementação desta reforma que deverão ter em conta todos os seus aspectos, desde as suas condições gerais a possíveis obstáculos, tais como a falta de especialistas em Medicina Interna. Foi neste contexto que, no dia 29 de Setembro, a SPMI apresentou ao Ministério da Saúde a sua disponibilidade para integrar as estruturas que irão implementar a Reforma da Organização Interna dos Hospitais, por considerar que as condições de implementação são as menos desenvolvidas de todo o documento – uma lacuna que se poderia traduzir em prejuízos reais na qualidade assistencial. Neste sentido, a SPMI manifestou-se disponível para colocar todos os seus esforços, materiais e humanos, ao serviço das instituições que fiquem com o encargo da divulgação, execução e controlo da proposta “A organização

interna e a governação dos hospitais”, que esteve em discussão pública até ao dia 15 de Setembro.

Também o alerta à falta de especialistas em Medicina Interna ficou feito. As consequências que tal situação poderá provocar são susceptíveis de ameaça à própria implementação da reforma nos hospitais. A SPMI apontou, como solução possível, a abertura de mais vagas para internos do complementar – médicos que estão a ser formados para ser Internistas mas que já estão a prestar trabalho.

Para António Martins Baptista, presidente da SPMI, “a reorganização dos hospitais é um assunto que interessa aos Internistas portugueses, talvez mais que aos médicos de qualquer outra especialidade. Tendo uma vivência predominantemente hospitalar, e ocupando o cerne da sua orgânica, os Internistas e as suas organizações têm, nos últimos anos, produzido vários documentos neste domínio”. Na sua opinião, “a progressiva retirada de poder aos médicos

e a desresponsabilização a que temos assistido, face aos conselhos de administração, anquilosou a capacidade de adaptação e resposta das estruturas hospitalares aos novos desafios demográficos e financeiros, excelentemente descritos nesta proposta. Este processo tem tido como resultado um progressivo desânimo dos profissionais que, mais capacitados, estariam aptos para responder aos novos desafios que se nos deparam”.

A SPMI defendeu ainda que todo o movimento de reorganização hospitalar que implique maior autonomização, flexibilidade, melhoria da informação, transparência, controlo de qualidade e recompensa da excelência do trabalho médico, será recebido com a maior satisfação pelos Internistas portugueses. Tal não é, contudo, garantia de eficácia por si só.

É necessário que se associe, a um sistema eficaz de controlo de processos e resultados, a descentralização das decisões e flexibilização da gestão de meios financeiros, físicos e humanos.

A dúvida sistemática para um **diagnóstico correcto**

Por João Araújo Correia, director do Serviço de Medicina do CHP/Hospital Santo António



Devemos sempre observar o doente que nos chega sem olhar aos “rótulos” que outrem lhe colocou. Não fazemos isso com desrespeito por quem nos precedeu, mas sim porque uma mente “limpa” nos permite o raciocínio clínico mais adequado.

Há verdades que hoje tenho como irrefutáveis. A primeira delas é que devemos sempre observar o doente que nos chega sem olhar aos “rótulos” que outrem lhe colocou. Não fazemos isso com desrespeito por quem nos precedeu, mas sim porque uma mente “limpa” nos permite o raciocí-

nio clínico mais adequado. É também fundamental que nos lembremos a cada instante da fisiopatologia das doenças, para que nos possamos aperceber quando um sinal ou um sintoma não fazem parte do quadro clínico que idealizamos. Por último, ter sempre presente que a clínica pre-

valece sempre sobre qualquer exame, mesmo que seja histológico.

E, em tudo isto, interrogar sempre, o doente e nós próprios, até à exaustão. Esta é aquela que me parece ser a postura mais correcta do Médico perante o doente e que torna o exercício da Medicina Interna tão aliciante para quem a pratica.

Devemos interrogar sempre, o doente e nós próprios, até à exaustão.

CASO I

Homem de 45 anos com um diagnóstico inicial de Síndrome de Budd-Chiari, sem clínica cardiovascular e com biópsia hepática sugestiva, embora o ecodoppler abdominal não afirmasse os achados típicos de obstrução do fluxo venoso hepático. Na investigação também foram excluídas causas secundárias de Síndrome de Budd-Chiari. O doente foi hipocoagulado durante 11 meses, mantendo-se em vigilância. A intolerância a grandes esforços e a tosse levaram à observação por outro clínico que constatou turgescência venosa jugular, dado dificilmente explicável pelo Síndrome de Budd-Chiari. O ecocardiograma sustentou o diagnóstico de Pericardite Constrictiva, comprovada pela TAC tórax e cateterismo cardíaco. A pericardiotomia levou à resolução da TVJ, hepatomegalia e padrão colestático hepático.

CASO II

Homem de 60 anos seguido há um ano em consulta de hepatologia por ascite e edemas dos membros inferiores. Sem evidência de doença hepática (analítica ou imagiológica). Agravamento nos últimos meses do quadro clínico com necessidade de realização de paracenteses evacuadoras. Nova apreciação clínica res-

salta a positividade da turgescência venosa jugular. Os dados são lidos em contexto de insuficiência cardíaca direita (TVJ + ascite + edema dos MIs). Da abordagem do líquido ascítico constata-se um gradiente albumina sérico ascítico de 1g/dl (a favor do mecanismo de não hipertensão portal). O ecocardiograma sustentou a hipótese de se tratar de uma pericardite constrictiva que foi confirmada por cateterismo cardíaco. A etiologia bacilar surge como congregadora dos achados, pelo que o doente realiza laparoscopia com colheita de peritoneu para anatomia patológica e microbiologia, dando esta última o diagnóstico com positividade cultural às quatro semanas para tuberculose. Actualmente o doente encontra-se sob terapêutica antibacilar e corticóides.

CONCLUSÃO

A clínica, que envolve a anamnese, os sinais e os sintomas, é o alimento do Internista. É com ela que se entusiasma e se transcende, perscrutando as interações entre órgãos e sistemas, num caminho de investigação racional, que conduz ao diagnóstico e à decisão, antes da realização de qualquer exame complementar que apenas irá comprovar a hipótese colocada. No caso 1, o diag-

nóstico inicial é afirmado perante o resultado de uma biópsia hepática que aventa a hipótese de Síndrome de Budd-Chiari, levando à hipocoagulação do doente durante cerca de 11 meses. No caso 2, o doente anda vários meses a fazer paracenteses de drenagem repetidas, pela assumpção do diagnóstico de Doença Hepática Crónica com Hipertensão Portal. Em ambos, a simples constatação da presença de turgescência venosa jugular, associada a outros sinais do coração direito, pôs em causa os diagnósticos prévios e conduziu à elaboração do raciocínio clínico, em que só a Pericardite Constrictiva era uma explicação cabal. O cateterismo cardíaco veio comprová-lo. É nestas pequenas vitórias que o Internista ganha alento e sabe que o seu trabalho vale a pena.

Casos Clínicos apresentados pelos Internistas Andrea Mateus (Interna de MI do 5.º ano) João Araújo Correia (director do Serviço de Medicina do CHP/ Hospital Santo António), Luísa Carvalho (assistente Hospitalar de Medicina Interna) e João Pedro Ferreira (Interno de MI do 2.º ano)



O futuro desejado

“Só a Medicina Interna corresponde à minha noção do que é ser Médico”, sublinha João Melo

Para muitos, a infância é sinónimo de carros de brinquedo e jogos de computador. A criança é curiosa, atenta, inocente e fascinada por um mundo que vai descobrindo e conhecendo, enquanto se diverte. João Melo desafia, desde muito pequeno, esta realidade, quer pela troca dos brinquedos pelos livros, quer pela amplitude com que abraça o fascínio e a sede do saber característicos dos mais jovens. João é sobredotado, o que para ele apenas significa ser alguém exactamente igual a todos os outros, com mais vontade e predisposição para aprender.

Foi desde muito cedo que percebeu que iria optar pela Medicina. O desejo crescente de lidar com os seus pares e de os ajudar, satisfazendo a sua necessidade de conhecimento, não poderia fazê-lo enveredar por outro caminho. Com apenas 16 anos, deu os primeiros passos na concretização de um sonho, ao entrar na Universidade de Coimbra (UC), com uma média de 18,83 valores. Fê-lo com a certeza de querer seguir Neurocirurgia.

A ideia que o movia pouco durou. No 3.º ano do curso (ano pré-clínico) percebeu que somente a Medicina Interna iria corresponder às suas expectativas, necessidades e realizações. “A Medici-

na Interna passou a ser o meu projecto de futuro, aquilo que almejo alcançar”, conta. “De certa forma, sinto a Medicina Interna como um desafio, uma luta constante que pretendo vencer, ‘trabalhando’ o doente sob uma perspectiva global e holística, utilizando os meus conhecimentos em prol de cada doente e não de doenças”.

A sede insaciável por novas descobertas e desafios faz parte da vida de João Melo. Talvez por isso, ainda não tenha conseguido optar por nenhuma área específica, dentro da Medicina Interna. Divide-se entre as existentes, abraçando um projecto de vida que para muitos seria utópico, mas para João é apenas o traçar lógico dos seus objectivos. O fascínio que nutre por um mundo que vai estudando e descobrindo, a pouco e pouco, posiciona-o num caminho no qual só fará sentido trabalhar tudo o que há para trabalhar dentro da especialidade. “E tudo é mesmo tudo!”, reforça, determinado. “Além de me identificar com todas as possíveis áreas abrangidas por esta especialidade (Auto-imunidade, Endocrinologia, Infecção, Nefrologia, Pneumologia, entre outras), a inter-relação entre os diversos sistemas do organismo e a abordagem global, enquadrando todas estas áreas,

deslumbra-me”, explica João, ciente de que este não será um rumo fácil.

De neurocirurgião, João passou a Internista. A hipótese, que sempre lhe pareceu remota, assumiu novos contornos e hoje é aquela com a qual mais se identifica. “Só a Medicina Interna corresponde à minha noção do que é ser Médico”, sublinha. Mais do que um trabalho é uma paixão, uma forma de estar na vida. João será eternamente o menino que disse as primeiras palavras cedo, não porque isso o torne diferente dos outros, mas porque nele permanecem a curiosidade, atenção e fascínio que já o caracterizavam nessa altura. A criança continua viva e pronta para aprender sempre, cada vez mais.

João Daniel Gaspar de Melo nasceu em Ribeira de Frades, em 23 de Dezembro de 1986. Licenciou-se em Medicina pela Universidade de Coimbra, em 2009. Frequenta o Ano Comum do Internato Médico, no Centro Hospitalar de Coimbra.



Medicina Interna

Uma visão partilhada

A Medicina Interna tem vindo a desenvolver-se em várias áreas, revelando uma dinâmica de evolução permanente que se espelha, por exemplo, no novo foco dado aos tratamentos da diabetes tipo 2 e à doença pulmonar obstrutiva crónica.

A Sociedade Asturiana de Medicina Interna organizou, entre os dias 17 e 20 de Novembro, o II Congresso Ibérico de Medicina Interna, em Oviedo, Astúrias. Ricardo Gómez de la Torre, especialista de Medicina Interna no Hospital Universitário Central das Astúrias, foi o presidente executivo do Comité Organizador do Congresso.

O encontro decorreu com o intuito de reforçar a noção de que a Medicina Interna deve implicar uma visão partilhada por todos os Internistas, algo que já acontece a nível ibérico e que, por isso mesmo, se torna imperativo fortalecer. “É muito importante que Portugal e Espanha transmitam ao resto da Europa uma visão comum da função da Medicina Interna como especialidade integradora e coordenadora. Não há, nem faria sentido que houvesse, grandes diferenças entre o Internista espanhol e o português. A ideia da Medicina Interna como integradora é comum a toda a Península Ibérica”, defendeu Ricardo de la Torre.

Ao longo de quatro dias, Internistas portugueses, espanhóis e outras personalidades da Federação Europeia de Medicina Interna, debateram conheci-

mentos, experiências, novas descobertas e algumas das condições com mais impacto dentro da especialidade. Do programa fizeram parte, entre outros, mesas redondas e discussões em torno do tratamento da diabetes tipo 2, doenças auto-imunes, doenças raras, doenças infecciosas, osteoporose, insuficiência cardíaca e a geriatria.

As comorbidades relacionadas com os pacientes de idade mais avançada foram, aliás, um dos temas a ocupar particular relevo no Congresso, à semelhança do que já acontece no dia-a-dia do médico Internista. Segundo Ricardo de la Torre, esta sub-especialidade constitui o grosso dos cuidados e um dos desafios mais importantes do sistema de saúde público. As principais causas de internamento hospitalar nas Unidades de Medicina Interna prendem-se, precisamente, com as doenças de geriatria e com a insuficiência cardíaca que têm até 70% de outras doenças associadas e até 40% de apoio de cinco doenças simultâneas.

É também neste contexto que se compreende o debate em redor da necessidade de uma relação muito estreita entre o Internista e o serviço de urgên-

cia do hospital. “Quando os Internistas trabalham nos serviços de urgência, ou quando são eles os responsáveis pelo internamento de doentes, o diagnóstico e a tomada de decisões sofrem menos atrasos, pelo que há uma optimização de todos os recursos disponíveis”, explica o especialista.

Actualmente, colocam-se à Medicina Interna desafios que derivam das mudanças no sistema de saúde e da assistência social e do aumento da proporção dos pacientes mais velhos com várias doenças crónicas ao mesmo tempo.

Por outro lado, a Medicina Interna tem vindo a desenvolver-se em várias áreas, revelando uma dinâmica de evolução permanente que se espelha, por exemplo, no novo foco dado aos tratamentos da diabetes tipo 2 e à doença pulmonar obstrutiva crónica. Têm também surgido novos fármacos no tratamento da fibrilhação auricular, novos tratamentos prolongados da doença tromboembólica venosa, novos tratamentos anticoagulantes, uma simplificação do tratamento anti-retroviral, e novidades no campo dos ultra-sons utilizados nas ecografias dos serviços de urgências.



É indiscutível a centralidade do **papel do Internista**

Ricardo Baptista Leite, Membro do Conselho Consultivo da Comissão para a Revisão do Programa do PSD (GENE PSD) e conselheiro político da Comissão Política Nacional na área da Saúde. Médico e Assistente Convidado na Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

Qual é a sua visão da Medicina Interna?

A Medicina Interna é a especialidade médica central no âmbito hospitalar. O seu papel é incontornável desde o Serviço de Internamento, Consulta Externa, ao Serviço de Urgência, assim como nos múltiplos cargos de

⋮ **A acção dos Internistas é determinante na racionalização dos recursos e pode ter um forte papel na melhoria da eficiência.**

gestão e vigilância. Considero que, se por um lado a Medicina Geral e Familiar deve ser a especialidade pivô do Sistema Nacional de Saúde, por outro lado, a Medicina Interna deverá assumir essa função no contexto da medicina hospitalar.

Está em marcha um processo de reforma da organização interna dos hospitais. Partilha da visão da ministra da Saúde segundo a qual os hospitais devem organizar-se com base no Internista, enquanto responsável pelos doentes?

A visão holística do doente é um valor inalienável da prática médica. Como afirmei anteriormente, essa visão deve ser assegurada primeiramente pela especialidade de Medicina Geral e Familiar que actualmente não dispõe, sobretudo, de recursos humanos suficientes para assegurar o cumprimento cabal desta função. A nível hospitalar, qualquer reforma da natureza daquela que foi proposta pelo governo socialista não surtirá efeito sem resolver este problema de base. Por outro lado, é conhecida a escassez de médicos Internistas que, face à multiplicidade de solicitações e tarefas, se vêem obrigados a trabalhar em condições adversas para poder cumprir, da melhor forma, a sua acção. Por isso, considero que uma reforma desta natureza apenas

servirá para expor as fragilidades de um sistema que há muito ultrapassou os seus limites e para comprometer ainda mais a qualidade dos cuidados prestados.

Em suma, é para mim evidente a centralidade do papel do Internista na gestão clínica do doente a nível hospitalar. Contudo, tal só será possível quando as verdadeiras reformas estruturais ocorrerem, tais como a criação do processo clínico único por doente, o estreitar das relações entre todas as instituições de saúde, desde o centro de saúde aos hospitais, o assegurar do número necessário de médicos Internistas e a reforma desta especialidade médica, de modo a torná-la cativante para as novas gerações de médicos.

A Medicina Interna pode ser decisiva no melhor uso dos meios de diagnóstico e terapêutica e contribuir desta forma para a eficiência nos hospitais?

Tendo em conta o peso relativo da Medicina Interna no universo hospitalar, a acção dos Internistas é determinante na racionalização dos recursos e pode ter um forte papel na melhoria da eficiência. Contudo, todas as especialidades médicas têm a obrigação de fazer cumprir este desígnio e tal só é possível quando o exercício da medicina é feito de acor-

do com o estado da arte. Creio que os Internistas podem desempenhar um papel importante na vigilância dos comportamentos de prescrição, nas auditorias clínicas, e na adaptação das recomendações internacionais à nossa realidade. Considero estas medidas determinantes para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados.

A SPMI alertou recentemente para a falta de especialistas em Medicina Interna, o que pode ameaçar a implementação da reforma dos hospitais nos moldes defendidos pela ministra da Saúde. De que modo se pode incentivar a opção por especialidades como a Medicina Interna?

A especialidade de Medicina Interna é hoje encarada pelos recém-licenciados, antes do momento da escolha da especialidade, como um caminho de trabalho árduo, com pouco reconhecimento, tendo que assumir muitas vezes as funções de todas as outras especialidades de modo a garantir a prestação dos serviços mínimos. Ao invés de elevar o lugar da Medicina Interna, durante gerações sucessivas vimos a degradação do seu posicionamento hierárquico, com o consequente desapareço popular. Os Internistas têm que ter as condições que lhes permitam fazer o que fazem melhor: tratar os doentes. As-

sim, não devem ser apenas os Internistas a serem chamados para a resolução dos problemas crónicos de falta de pessoal nos hospitais, nem podem continuar a ser ignorados no momento da recompensa daqueles que apresentam melhor desempenho. Temos que estipular objectivos claros, não apenas assentes em algoritmos matemáticos que contabilizam o número de doentes observados mas, sobretudo, que avaliem a qualidade dos cuidados prestados, premiando quem melhor cumpre a sua missão de médico. Só assim é que os jovens médicos de hoje quererão ser os Internistas de amanhã.

POLÍTICA DE SAÚDE

O PSD tem sido acusado de defender a extinção do SNS. É mesmo assim?

Pelo contrário, o caminho que tem sido seguido é que levará, caso não se imponham reformas urgentes, à incontornável falência do SNS.

O Dr. Pedro Passos Coelho foi muito claro quando rejeitou essa afirmação e, pelo contrário, afirmou querer assegurar que os fundamentos do estado social possam prevalecer, ao mesmo tempo que se ultrapassam as suas insuficiências. A verdade é que o PSD convidou os demais partidos a participarem neste debate e ninguém quis discutir nada. Ora, quem não quer debater o estado social, de facto não quer resolver os problemas do País.

Que modelo de financiamento do SNS defende para garantir a sua sustentabilidade?

Qualquer que seja o modelo de finan-



“Ninguém conhece a realidade das contas da saúde, o que eu pessoalmente considero ser um acto de gestão danosa”

ciamento do SNS, devem estar garantidos três princípios fundamentais: o princípio da igualdade, liberdade e excelência.

O princípio da igualdade assegurará que a universalidade do acesso seja garantida, o princípio da liberdade permitirá que o cidadão tenha liberdade de escolha, promovendo a competitividade, e o princípio da excelência como matriz cultural fundamental de todo o funcionamento do SNS, desde os actos médicos, pedagógicos, éticos aos da nova gestão pública, passando a ser capaz de premiar a competência.

O actual sistema de financiamento é feito no sentido contrário do que deveria, isto é, não distingue os custos de existência, como a manutenção de infra-estruturas, dos custos efectivamente correspondentes aos actos

prestados, e muito menos tem em conta a qualidade desses mesmos serviços. Para além disso, ninguém conhece a realidade das contas da saúde, o que eu pessoalmente considero ser um acto de gestão danosa. Assim, propõe-se um modelo de financiamento que inverta a lógica actual, passando a calcular-se o verdadeiro custo associado a cada acto de saúde prestado a cada utente, tornando o processo transparente e permitindo a aplicação do modelo de reembolso.

É inevitável o fim de uma saúde tendencialmente gratuita?

A saúde tendencialmente gratuita deixou de existir há muito tempo. Só não reconhece isso quem não tem dificuldades económicas e não tem necessidade de recorrer a cuidados de saúde em Portugal.

O que o Dr. Pedro Passos Coelho assume é que o acesso à saúde não pode estar limitado por falta de recursos. Defende claramente um conceito em que os utentes, em função das suas possibilidades, passem a contribuir parcialmente pelo serviço prestado, deixando assim de ter que estar sufocados por impostos. Trata-se, portanto, de uma reforma “gradualista” que pretende aliviar a carga tributária que existe hoje sobre os cidadãos.

Os hospitais vivem uma situação financeira muito difícil. O problema está na gestão ou tem havido um desajustamento entre os orçamentos e as reais necessidades?

Respondi em parte a esta questão quando me referi ao modelo de financiamento do SNS. Se não sou-

bermos quanto gastamos e em quê, qualquer acto de gestão e de orçamentação será sempre enviesado. O desajustamento é total e impede até que se tenha uma noção concreta da dimensão da dívida do Estado na área da saúde.

Face à situação actual do País, o PSD defendeu a suspensão das Parcerias Público-Privadas (PPP), o que inclui a construção de diversos hospitais. Mantém essa posição?

A suspensão das PPP foi uma exigência responsável do PSD no momento da revisão do Orçamento de Estado para 2011. O Presidente do PSD, Dr. Passos Coelho, tem-nos lembrado o impacto orçamental anual de todas as Parcerias Público-Privadas realizadas ao longo destes anos. Se é certo que para já não têm custos, a partir de 2014 vão ter um custo que pode chegar muito perto de dois por cento do PIB, todos os anos. Perpetuar este tipo de acordos, sem uma estratégia

transparente e devidamente ponderada, poderia abrir o caminho à insolvência.

O Orçamento de Estado para 2011 prevê uma redução de 13 por cento para a Saúde. Considera realista atingir esta meta sem reduzir os cuidados de saúde prestados?

Na medida em que nem o Ministério da Saúde sabe em concreto o valor da despesa real, qualquer redução será sempre dúbia. Contudo, estudos

MEDICINA E POLÍTICA



Como concilia as visões de político e de médico quando olha para o actual estado da saúde em Portugal?

Acima de médico ou político, encaro a realidade do nosso país como cidadão. Numa visão de cidadania, de quem ama o seu país, é com profunda consternação e apreensão

que encaro a conjuntura actual da saúde em Portugal.

Contudo, não permito que esta minha profunda preocupação me paralise e acredito que todos juntos, desde os dirigentes, aos médicos, e restante pessoal de saúde, seremos capaz de inverter este caminho de insustentabilidade e de degradação na prestação de cuidados de saúde a que temos assistido. É minha convicção de que podemos ir muito mais além na intervenção da saúde pública, acção determinante para assegurar uma população mais saudável, mais produtiva e, consequentemente, menos onerosa no que concerne a despesas de saúde.

Tudo isto é possível porque contamos com profissionais de elevadíssimo valor que anseiam por voltar a acreditar numa visão, com consequência prática, para a Saúde em Portugal.

Há quem defenda que, face aos desafios que se colocam no futuro, o

Ministério da Saúde deve ser liderado por um gestor e não por um médico. Partilha deste ponto de vista, ou é essencial a experiência clínica para melhor conhecer as necessidades e desafios para o futuro?

Acima de qualquer classificação académica, precisamos que quem esteja a dirigir o Ministério da Saúde seja competente. A competência do ministro e sua equipa, aliada a um profundo conhecimento do estado actual da saúde em Portugal, é determinante para assegurar a inversão do estado de desânimo e desalento reinantes.

Se for um médico, este deve ter experiência de gestão, se for um gestor terá forçosamente que conhecer a realidade do Serviço Nacional de Saúde (SNS). A equipa dirigente deve ser por isso multidisciplinar, ter uma visão clara e um programa de execução transparente. Repito, acima de tudo, têm que ser competentes.

“Acima de médico ou político, encaro a realidade do nosso país como cidadão. Numa visão de cidadania, de quem ama o seu país, é com profunda consternação e apreensão que encaro a conjuntura actual da saúde em Portugal”

apontam para valores de desperdício no sector da saúde, resultantes de má gestão, na ordem dos 25 a 30 por cento. Por isso, respondendo à pergunta, considero que será inaceitável que não se cumpra a meta prevista, sendo certo que a qualidade dos cuidados prestados nunca poderá ser comprometida.

O PS apresentou uma proposta de alteração ao Orçamento de Estado para 2011 onde sugere que o Governo recorra às descidas administrativas dos preços dos medicamentos para conter a despesa nesta área. Vê alguma viabilidade nesta solução?

No início deste ano, o Ministério da Saúde afirmou que apenas recorreria a novas baixas administrativas nos preços dos medicamentos como uma última medida porque, objectivamente, este tipo de iniciativas legislativas apenas alcançam um ganho momentâneo, sem resolver o problema de base. O facto do Partido Socialista já estar a abrir esta porta é um sinal da falência da sua política do medicamento.

De que forma é possível equilibrar o crescimento da prestação de cuidados de saúde, designadamente pelo aumento da esperança de vida e o controlo da despesa?

Há quem procure culpabilizar apenas as novas tecnologias ou as novas moléculas e fármacos pelo aumento da despesa da Saúde. Esta nova rea-

lidade encarece de facto a prestação de cuidados, mas a verdade é que, sem uma aposta clara nas medidas de saúde pública que garantam a longevidade dos cidadãos em saúde, e se não resolvermos as situações sociais progressivamente degradantes de quem vive em condições de pobreza e de pobreza extrema, então não há reforma do SNS que inverta o caminho da sua falência. Acresce ainda a necessidade imperativa de haver uma nova gestão pública, na qual prevaleça a competência e em que se aposte na implementação de reformas, cuja superioridade tenha sido devidamente demonstrada.

A Oncologia e a Infecçiology estão no topo dos gastos farmacêuticos dos hospitais. Enquanto futuro infectologista parece-lhe possível reduzir esses gastos? Ou pelo contrário, a tendência será para aumentarem?

O SNS deve assegurar que todos os cidadãos tenham sempre acesso aos mais adequados e avançados cuidados de saúde, independentemente da sua patologia de base. Contudo, nem sempre as novas moléculas são as mais adequadas para cada caso, sendo que muitas vezes as supostas vantagens de certos fármacos são justificadas apenas através de estudos de não inferioridade. O futuro exigirá da parte do SNS a capacidade de negociar com a indústria farmacêutica,

que estou certo que compreenderá as suas responsabilidades éticas e sociais. Por outro lado, com a perda da patente de alguns dos fármacos de utilização frequente nas áreas da oncologia e da infecçiology, aumentará a oportunidade de tratar adequadamente os respectivos doentes com fármacos de custos mais reduzidos. Por fim, apostando nas políticas de promoção de saúde e nos hábitos de vida saudáveis, teremos a médio prazo cada vez menos doentes a necessitar destes fármacos.

Quais pensa ser os principais desafios, no âmbito da política de saúde, para os próximos anos?

Os próximos anos serão determinantes para assegurar a sustentabilidade do SNS. Este objectivo só será alcançado mediante a implementação das reformas de saúde que voltem a colocar o cidadão no centro de toda a política do SNS, assentes nos princípios da igualdade, liberdade e competência. Teremos que desenvolver novos modelos organizacionais, com visão europeísta, assentes em metodologias de gestão eficientes, e assegurar a drástica redução do desperdício para valores residuais. A sustentabilidade a longo prazo, por sua vez, apenas será alcançada através da promoção da saúde da população, apostando para isso nas medidas de prevenção primária e secundária.

GENÉRICOS BLUEPHARMA E O AZEITE PORTUGUÊS SABE O QUE TÊM EM COMUM?



O QUE PORTUGAL TEM DE MELHOR

CONHECIMENTO, QUALIDADE, CONFIANÇA...

Somos uma companhia farmacêutica nacional empenhada em melhorar as condições e o acesso à saúde.

A aposta na produção própria dos nossos medicamentos é o ponto de partida para podermos oferecer uma melhor qualidade de vida a todos os portugueses.

 **bluepharma**[®]
GENÉRICOS

Produzimos Bem Estar

PROPRIEDADE



DIRECTOR

Faustino Ferreira

EDIÇÃO E REDACÇÃO



Edifício Lisboa Oriente,
Av. Infante D. Henrique,
nº 333 H, 4º Piso, Escritório 49
1800-282 Lisboa
Telef. 21 850 81 10 • Fax 21 853 04 26
Email: lpmcom@lpmcom.pt

CONSULTORA COMERCIAL
Sónia Coutinho
soniacoutinho@lpmcom.pt
Tel.: 96 150 45 80

Tel. 21 850 81 10 - Fax 21 853 04 26

Impressão

RPO Produção Gráfica, Lda.
Trav. José Fernandes, nº17 A/B
1300 - 330 Lisboa

Periodicidade: trimestral
Tiragem: 4.000 exemplares

Distribuição gratuita aos associados
da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna
Assinatura anual: 8 euros

Depósito Legal nº 243240/06
Isento de Registo na ERC
ao abrigo do artigo 9º
da Lei de Imprensa nº 2/99,
de 13 de Janeiro

Sociedade Portuguesa
de Medicina Interna
Rua da Tobis Portuguesa, nº 8 - 2ª sala 7/9
1750-292 Lisboa
Tel. 21 752 0570 / 8 • Fax 21 752 0579
secretariado@spmi.webside.pt
NIF: 502 798 955

www.spmi.pt

+ depois da hora



VIH/Sida

Vamos aprender com a Violeta?



...vamos! Explicar às crianças que estão doentes e falar-lhes da doença que têm, não é fácil, especialmente tratando-se de patologias tão complexas como a sida e a infecção por VIH. O livro *Violeta no Jardim dos Labirintos*, da autoria de Ana Ramalhete, com ilustrações de Pedro Mamede, vem facilitar essa tarefa aos pais, educadores e profissionais de saúde.

Através da história de Violeta, uma menina infectada com VIH, que adora passear no Jardim dos Labirintos, os mais pequenos ficam a conhecer melhor a doença, a forma como se transmite, a importância das visitas regulares ao médico e de seguir à risca a terapêutica anti-retroviral. As crianças infectadas ficam ainda a saber que não estão sozinhas, que há

muitos meninos no mundo como elas e como a Violeta.

“A informação veiculada através de uma história simples é muito importante, não só para todos aqueles que estão infectados, ao lembrar-lhes a necessidade de tomar sempre os medicamentos para que possam ter uma vida saudável e feliz como a Violeta e a mãe, como para os que não estão infectados, chamando-lhes a atenção para o modo como o vírus se transmite, evitando assim a sua transmissão e até mesmo a discriminação de que os infectados ainda são alvo”, afirma Lino Rosado, pediatra do Hospital Dona Estefânia e autor do posfácio da obra.

O livro é um projecto da Associação Positivo, conta com o apoio do Abbott Laboratórios e está à venda nas lojas FNAC.



A Medicina Interna num Portugal envelhecido

Por Cátia Jorge*

Para gerir a doença e acautelar os efeitos da cura, só o Internista tem a visão holística do doente e a capacidade de intervir “no todo”, garantindo desta forma um envelhecimento de qualidade por mais 10, 15 ou quem sabe 20 anos, certamente marcados pelo aparecimento de novas comorbilidades

É interessante avaliar como a grande conquista do século XX se reflecte no século XXI como um fardo tantas vezes apontado como causa principal da eventual insustentabilidade do SNS (Sistema Nacional de Saúde) e do próprio sistema de segurança social. Com o alargamento, em cerca de 40 anos, da esperança média de vida, não faz sentido viver mais sem viver bem.

A doença crónica associada ao envelhecimento pode, de facto, tornar-se um problema, sobretudo, quando a tão anunciada Medicina Preventiva custa a entrar no terreno e não é sequer considerada nos Orçamentos de Estado para a Saúde. O “mais vale prevenir do que remediar” – que aos olhos do senso comum parece tão evidente – não está nos planos dos decisores políticos que preferem apostar no lema “o que não tem remédio, remediado está”. Mas todos sabemos que não é bem assim, e a prova disso está nos custos avultados do tratamento de doenças que podiam ter sido evitadas com medidas preventivas mais custo-eficazes. É certo que alguns avanços devem ser reconhecidos pois, cedo ou tarde, todos temos a esperança de ver os resultados positivos da legislação anti-tabágica e do maior controlo sobre as porções de sal no pão. No entanto, perante os dados que apontam Portugal como o país mais sedentário da Comunidade Europeia, acabamos de

assistir, em nome da crise, a um aumento da taxa de IVA para os ginásios, como se o exercício físico fosse, nos dias que correm, actividade de luxo.

Pegando no exemplo do Internista mais conhecido do mundo, o Dr. House, trazido para esta rubrica numa edição anterior da Medicina Interna Hoje, atrevia-me a dizer que, da ficção norte-americana à realidade nacional, vai uma grande diferença. Sem desprestigiar a actividade dos que desvendam, diagnosticam e curam portadores de doenças de nome impronunciável e de sintomatologia “esquisita”, parece-me que o grande desafio não será esse. O verdadeiro quebra-cabeças está já diante de todos, e a cada dia que passa vai ganhando contornos mais epidémicos. Afinal, aquela senhora de 70 anos, que já sofreu um enfarte do miocárdio, que tem excesso de peso, diabetes, HTA, alterações lipídicas, provavelmente uma artrose do joelho e uma DPOC que resulta da exposição prolongada ao tabaco, precisa de respostas. Ora vejamos, à luz da Medicina Baseada na Evidência, que é algo que, definitivamente, não consta no dicionário do Dr. House, essa senhora – ou rapariga, como diria o meu avô, que já passou a casa dos 80 – teria de tomar pelo menos seis medicamentos diferentes por dia. (Isto considerando que com um único anti-hipertensor consegue controlar a sua pressão arterial; com um

simples anti-inflamatório não esteróide resolve o problema do joelho; e que o anti-agregante plaquetário, que faz em prevenção secundária, ainda não lhe causou incómodo gastrointestinal). Todos eles com os respectivos efeitos adversos e interacções entre si. Para gerir a doença e acautelar os efeitos da cura, só o Internista tem a visão holística do doente e a capacidade de intervir “no todo”, garantindo desta forma um envelhecimento de qualidade por mais 10, 15 ou quem sabe 20 anos, certamente marcados pelo aparecimento de novas comorbilidades.

A Medicina que outrora permitiu que víssemos por mais tempo não será, seguramente a mesma que se encarregará de nos fazer viver melhor, até porque as doenças que matavam são agora as que moem.

Estarão as sociedades preparadas para o envelhecimento brusco da população? E terão os serviços de saúde – sejam eles hospitalares ou ambulatoriais, de cuidados primários ou diferenciados, do sector público ou do privado – capacidade de “encaixar” de todas estas alterações demográficas?

Neste quadro de incerteza a única garantia que temos é que, hoje e no futuro, a Medicina Interna não só “vai estar na moda”, – como uma vez ouvi o Dr. Faustino Ferreira dizer – como será o pilar principal do SNS.

*Jornalista, 32 anos, Licenciada em Ciências da Comunicação e da Cultura, iniciou a sua actividade profissional no já extinto jornal O Independente, após a conclusão de uma pós-graduação em Jornalismo Médico e de Saúde. Em 2005 integrou a equipa da JASFARMA, colaborando para publicações como Saúde Pública, Medicina e Saúde, Mundo Médico, Informação Sida e Mundo Farmacêutico. Em 2006 assumiu a coordenação da revista especializada Mundo Médico. Desde 2008 é jornalista do Tempo Medicina.

Eventos Médicos

CURSO "INTRODUÇÃO À GERIATRIA"

08 de Janeiro de 2011

No Hotel Ipanema Parque, Porto
Informações: Telefone 217 520 570
Fax 217 520 579
Email: secretariado@spmi.webside.pt

1.º WINTER SCHOOL DA ESCOLA EUROPEIA DE MEDICINA INTERNA (ESIM) - BOLSA DE ESTUDO

16 a 22 de Janeiro de 2011

No Saas-Fee, Suíça
Candidaturas até 15 de Dezembro de 2010
Informações: Telefone 217 520 570
Fax 217 520 579
Email secretariado@spmi.webside.pt

5.º CONGRESSO PORTUGUÊS DE HIPERTENSÃO

17 a 20 de Fevereiro de 2011

No Tivoli Marina Vilamoura, Algarve
Informações: Site www.sphta.org.pt



Jornadas no Funchal

Práticas e saberes de Medicina Interna no topo da agenda

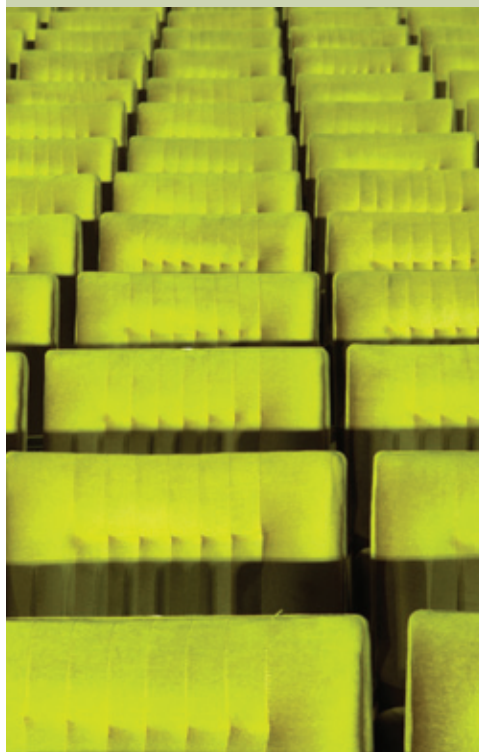
As I Jornadas de Medicina Interna e III Jornadas de Infeciologia do Serviço de Medicina Interna do Hospital Central do Funchal decorreram de 26 a 30 de Outubro, no Centro de Congressos do Hotel CS Madeira. Mais de 400 especialistas, oriundos de todo o país, reuniram-se para partilhar experiências em torno de temas tão diversificados como a infecção por VIH/SIDA, alergias, doenças cardiovasculares, oncologia ou hepatites, em conferências, mesas-redondas, apresentações e em cursos pré-congresso.

Maria da Luz Brazão, médica e directora do Serviço de Medicina Interna do Hospital Central do Funchal, presidiu à comissão organizadora desta reunião científica, cuja cerimónia de abertura esteve a cargo de Miguel Mendonça, presidente da Assembleia Legislativa da Madeira, contando também com a presença de Francis-

co Jardim Ramos, secretário regional dos Assuntos Sociais, António Martins Baptista, presidente da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, e José França, presidente do Conselho Médico da Região Autónoma da Madeira da Ordem dos Médicos.

Neste fórum, Maria da Luz Brazão revelou que o serviço de Medicina Interna do Hospital Central do Funchal tratou mais 6 por cento dos doentes nos últimos três anos. Por seu lado, a taxa de mortalidade regista um decréscimo, ao passar de 12,5 para 11,2 por cento. "A Medicina Interna na Madeira está de parabéns, ao reflectir o esforço e a colaboração de todos", sublinhou a especialista.

Na sua intervenção, Ana Paula Reis, responsável pela Unidade de Infeciologia, justificou a realização conjunta das duas Jornadas por razões puramente orçamentais.



Na vida todos precisamos de referências



Blopress® 16 mg + 12,5 mg

Candesartan cilexetil 16 mg e HCTZ 12,5 mg

Consigo no Coração!



Medicamenta®

Novamente uma referência na área da saúde

Tal como o Sol e a Natureza são grandes referências para viver, a família é a nossa principal referência para crescer. Se no passado as estrelas serviram de referência para navegadores como Cristóvão Colombo descobrirem novos mundos, no futuro a água será a principal referência como suporte à vida. A verdade é que todos precisamos de referências, em que possamos acreditar e confiar. Faz parte de quem somos.



MEDICAMENTA®

por si

LISOMEDICAMENTA - SOCIEDADE TÉCNICA FARMACÉUTICA, S.A.

Unidad Empresarial, Pineda, s/n. E-11010 (Baños de San Pedro), Barcelona.

Sociedade Anónima inscrita no Registo Comercial de Cascais, nº 11249. Capital Social: € 1.000.000,00. N.º de Contribuinte: 507.150.410

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

1. Nome do medicamento Blopress® 16 mg + 12,5 mg Comprimidos. **2. Composição qualitativa e quantitativa** Um comprimido contém 16 mg de candesartan cilexetil e 12,5 mg de hidroclorotiazida. Cada comprimido contém 68,8 mg de lactose mono-hidratada. Lista de excipientes: carmelose cálcica, hidroxipropilcelulose, óxido de ferro vermelho (E172), lactose mono-hidratada, estearato de magnésio, amido de milho, macrogol. **3. Forma farmacéutica** Os comprimidos são cor-de-rosa claro, ovais e planos, com uma ranhura e gravados com 16/12 em ambos os lados. O comprimido pode ser dividido em metades iguais. **4. Indicações terapêuticas** Hipertensão essencial, quando a monoterapia com candesartan cilexetil ou com hidroclorotiazida não é suficiente. **5. Posologia e modo de administração** **Posologia:** A dose recomendada é 1 comprimido, 1x/dia. A dose de candesartan cilexetil deve ser ajustada antes de mudar para Blopress 16 mg + 12,5 mg. Poderá ser feita a transferência directa da monoterapia para Blopress 16 mg + 12,5 mg, quando considerada clinicamente apropriada. A maioria do efeito anti-hipertensivo é, geralmente, obtido nas 4 semanas após o início do tratamento. **Administração:** Administrado 1x/dia, com ou sem ingestão concomitante de alimentos. **Utilização no idoso:** Não é necessário proceder a um ajustamento posológico inicial. **Utilização em doentes com depleção do volume intravascular:** Recomenda-se o ajuste da dose de candesartan cilexetil nos doentes com risco de hipotensão, como os doentes com possível depleção do volume (nestes poderá ser necessária uma dose inicial de 4 mg de candesartan cilexetil). **Utilização na disfunção renal:** É preferível o uso de diuréticos da ansa ao de tiazidas. Recomenda-se o ajuste da dose de candesartan cilexetil, nos doentes cujo depuração da creatinina seja ≥ 30 ml/min/1,73 m² de superfície corporal (a dose inicial recomendada de candesartan cilexetil é de 4 mg nos doentes com disfunção renal ligeira a moderada). Blopress 16 mg + 12,5 mg não deve ser utilizado em doentes com disfunção renal grave. **Utilização na disfunção hepática:** Recomenda-se o ajuste da dose de candesartan cilexetil nos doentes com disfunção hepática ligeira a moderada (a dose inicial recomendada de candesartan cilexetil é de 2 mg). Blopress 16 mg + 12,5 mg não deve ser utilizado em doentes com disfunção hepática grave e/ou colestase. **Utilização na criança:** A segurança e eficácia não foram estabelecidas na criança. **6. Contra-indicações** Hipersensibilidade às substâncias activas ou a qualquer um dos excipientes ou a fármacos derivados das sulfonamidas (como a hidroclorotiazida). Gravidez e aleitamento. Disfunção renal grave. Disfunção hepática grave e/ou colestase. Hipocalcemia e hipercalemia refractárias. Gotas. **7. Efeitos indesejáveis** Nos estudos clínicos controlados, os acontecimentos adversos observados foram de carácter ligeiro e transitório. O número de abandonos do tratamento devido à ocorrência de efeitos adversos (3,3%) foi semelhante ao observado com o placebo (2,7%). Numa análise dos dados dos ensaios clínicos, com base numa incidência de acontecimentos adversos com candesartan cilexetil/hidroclorotiazida superior em pelo menos 1% à incidência observada com o placebo, foram registadas as seguintes reacções adversas: As frequências usadas não definidas como muito frequentes ($\geq 1/10$), frequentes ($\geq 1/100$, $< 1/10$), pouco frequentes ($\geq 1/1000$, $< 1/100$), raras ($\geq 1/10000$, $< 1/1000$) e muito raras ($< 1/10000$). Doenças do sistema nervoso: Frequentes: tonturas/vertigens. Candesartan cilexetil: Na experiência pós-comercialização foram registadas com candesartan cilexetil: Doenças do sangue e do sistema linfático: Muito raras: leucopenia, neutropenia e agranulocitose. Doenças do metabolismo e da nutrição: Muito raras: hipercalemia, hiponatremia. Doenças do sistema circulatório: Muito raras: Tonturas, tonturas. Doenças gastrointestinais: Muito raras: náusea. Ações hepatobiliares: Muito raras: aumento das enzimas hepáticas, alteração da função hepática ou hepática. Ações dos tecidos conjuntivos e dos ossos: Muito raras: angioedema, exantema, urticária, prurido. Ações musculoesqueléticas: dos tecidos conjuntivos e dos ossos: Muito raras: dor nas costas, artralgia, mialgia. Doenças renais e urinárias: Muito raras: disfunção renal, incluindo insuficiência renal em doentes susceptíveis (ver Advertências e precauções especiais de utilização). Hidroclorotiazida: Com a hidroclorotiazida em monoterapia, normalmente em doses de 25 mg ou superiores, foram registadas as seguintes reacções adversas: Doenças do sangue e do sistema linfático: Raras: leucopenia, neutropenia/agranulocitose, trombocitopenia, anemia aplásica, depressão da medula óssea, anemia hemolítica. Doenças do sistema imunitário: Raras: reacções alérgicas. Doenças do metabolismo e da nutrição: Frequentes: hiperglicemia, hiperuricemia, desequilíbrio electrolítico (incluindo hiponatremia e hipocalcemia). Perturbações do fono auditivo: Raras: perturbações do sono, depressão, agitação. Doenças do sistema renoso: Frequentes: delírio, vertigem. Raras: paréstesia. Ações oculares: Raras: visão turva transitória. Cardíacas: Raras: arritmias cardíacas. Vasculares: Pouco frequentes: hipertensão postural. Raras: angina recorrente (vasculite, vasculite cutânea). Doenças respiratórias, brônquicas e do tracto respiratório: Raras: dificuldades respiratórias (incluindo pneumonia e edema pulmonar). Doenças gastrointestinais: Pouco frequentes: anorexia, perda de apetite, inibição gástrica, diarreia, obstipação. Raras: pancreatite. Ações hepatobiliares: Raras: icterícia icterícia colestática intra-hepática. Ações dos tecidos conjuntivos e subcutâneos: Pouco frequentes: erupção cutânea, urticária, reacções de fotossensibilidade. Raras: necrose epidérmica tóxica, reacções do tipo lúpus eritematoso cutâneo, reacção de lúpus eritematoso cutâneo. Ações musculoesqueléticas: dos tecidos conjuntivos e dos ossos: Raras: espasmos musculares. Doenças renais e urinárias: Frequentes: glicosúria. Raras: disfunção renal e nefrite intersticial. Perturbações gerais e alterações no local de administração: Frequentes: fadiga. Raras: fôbre. Exames complementares de diagnóstico: Frequentes: aumentos do colesterol e triglicéridos. Raras: aumentos da BUN e da creatinina sérica. **Resultados laboratoriais:** A frequência de aumentos dos níveis de ácido úrico sérico, de glicemia e de ALT (SGPT) sérica, descritos como acontecimentos adversos, foi ligeiramente superior com candesartan cilexetil/hidroclorotiazida (taxas brutas de 1,1, 1,0 e 0,9%, respectivamente) do que com o placebo (0,4, 0,2 e 0%, respectivamente). Em doentes isolados foram observadas ligeiras diminuições da hemoglobina e aumentos na AST sérica (SGOT). Foram observados aumentos da creatinina, uréia ou potássio e diminuição do sódio. **8. Titular da autorização de introdução no mercado** Lisomedicamenta - Sociedade Técnica Farmacéutica - Sociedade Técnica Farmacéutica, SA Estrada Conselheiro Pedroso, 69 B, Duque de Balse, 2730-055 Barcelona. Medicamento sujeito a receita médica. Comparticipado de acordo com o escalão B (69%). Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado, 01/2009



Quilaban

Química Laboratorial Analítica, Lda.

MEIAS DE DESCANSO E COMPRESSÃO

Saúde e Conforto Para uma vida saudável

O uso de meias Terapêuticas e Medicinais promove uma melhor circulação sanguínea reduzindo eficazmente a fadiga e o inchaço.

