

FARMACÊUTICO

A N U Á R I O 2 0 1 8

Bial

Keeping
life in
mind.

Claritine®

Loratadina



TRATAMENTO DA RINITE ALÉRGICA
E URTICÁRIA IDIOPÁTICA CRÔNICA



INDEPENDENTE DO HORÁRIO
DAS REFEIÇÕES



CONVENIÊNCIA 1 X / DIA



ALÍVIO 24H



APROVADO PELA ORGANIZAÇÃO DA AVIAÇÃO CIVIL INTERNACIONAL
COMO UM ANTI-HISTAMÍNICO COM O MÍNIMO EFEITO SEDATIVO¹

Nome: Claritine. **Composição:** 1 ml de xarope contém 1 mg de loratadina. 1 comprimido contém 10 mg de loratadina. **Formas farmacêuticas:** Xarope, Comprimido. **Indicações terapêuticas:** Tratamento sintomático da rinite alérgica e urticária crônica idiopática em adultos e crianças com idade superior a 2 anos (Xarope), com peso corporal superior a 30 Kg (Comprimidos). **Posologia e modo de administração:** Adultos e crianças mais de 12 anos: (Xarope): 10ml (10 mg) de xarope 1 x dia. (Comprimido): 1 comprimido (10mg) 1 x dia. Crianças 2 a 12 anos: (Xarope): ajuste posológico definido de acordo com o peso: Peso corporal superior a 30 kg: 10 ml (10 mg) de xarope 1 x dia; Peso corporal igual ou inferior a 30 kg: 5 ml (5 mg) de xarope 1 x dia. (Comprimido): Peso corporal superior a 30 kg: 10 mg 1 x dia (1 comprimido 1 x dia). A segurança e eficácia em crianças com idade inferior a 2 anos não foram estabelecidas. Doentes com compromisso hepático grave: (Xarope e Comprimido): dose inicial de 10 mg em dias alternados em adultos e crianças com mais de 30 kg de peso; e (Xarope) em crianças com peso igual ou inferior a 30 kg, dose de 5 ml (5 mg) em dias alternados. Doentes com compromisso renal: não é necessário efetuar ajustes posológicos. Idosos: Não é necessário efetuar ajustes posológicos. O medicamento pode ser tomado com ou sem alimentos. **Contraindicações:** Hipersensibilidade. **Advertências:** Precaução em doentes com compromisso hepático grave. **Xarope:** contém sacarose. (Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à frutose, má absorção da glicose-galactose ou insuficiência de sacarase-isomaltase não devem tomar este medicamento). **Comprimido:** contém lactose. (Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase de Lapp ou má absorção de glicose-galactose não devem tomar este medicamento). Antes de se proceder a testes cutâneos, suspender administração de Claritine pelo menos 48 horas. **Efeitos indesejáveis:** Reações de hipersensibilidade (incluindo angioedema e anafilaxia), tonturas, convulsões, taquicardia, palpitações, náuseas, xerostomia, gastrite, alterações da função hepática, exantema, alopecia, fadiga, sonolência, aumento do apetite e insônia, cefaleia, nervosismo. **Data da revisão do texto:** 10/2015. Medicamentos Sujeitos a Receita Médica. Regime de comparticipação: 37%. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. 1. Vuurman, E. F. P. M. & Van Veggel, L. M. A. Seasonal Allergic Rhinitis and Antihistamine Effects on Children's Learning. American College of Allergy and Immunology; 71 (2) (1993), 121-12. L.PT.MKT.05.2016.0494



ÍNDICE



16 – Doenças alérgicas têm vindo a aumentar
Entrevista a Elisa Pedro, presidente da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica



35 – Crescimento sustentado e consolidação internacional
Entrevista a Filipe Pernas, diretor técnico da Xaroadis



22 – Formação em saúde é essencial
Entrevista a Eduardo Nogueira Pinto, sócio da PLMJ



37 – Farmacêuticos na linha da frente
Entrevista a Jaime Pina, vice-presidente da Fundação Portuguesa do Pulmão



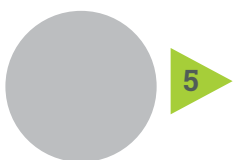
4 – Um olhar sobre o setor da farmácia



24 – Porque precisamos os portugueses das farmácias?
Artigo de opinião de António Hipólito de Aguiar, farmacêutico e docente universitário



40 – O podologista representa uma garantia na qualidade da saúde dos pés
Artigo de opinião de Manuel Azevedo Portela, presidente do conselho diretivo da Associação Portuguesa de Podologia



5 – Carreira no SNS para farmacêuticos é uma prioridade
Entrevista a Ana Paula Martins, Bastonária da Ordem dos Farmacêuticos



26 – Farmacêuticos devem alertar para a importância do tratamento
Entrevista a Eduardo Serra Brandão, diretor do Instituto de Recuperação Vascular



42 – Dispensa de medicamentos antirretrovirais nas farmácias comunitárias: o papel das associações e organizações da sociedade civil
Artigo de opinião de Maria Eugénia Saraiva, presidente da direção da Liga Portuguesa Contra Sida



11 – Dor crónica
Artigo de opinião de Ruipe Antunes, vice-presidente da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor



28 – Doenças respiratórias crónicas: saúde de qualidade e atividade física
Artigo de opinião de Cátia Caneiras, farmacêutica



44 – Alimentação saudável em todas as idades
Artigo de opinião de Helena Real, secretária-geral da Associação Portuguesa de Nutrição



12 – A poupança que os medicamentos genéricos e biossimilares geram para o serviço nacional de saúde
Artigo de opinião de Paulo Lilaia, presidente da APOGEN



30 – Um desconforto feminino
Entrevista a Fernanda Águas, presidente da Sociedade Portuguesa de Ginecologia



45 – Expofarma regressa em outubro



14 – A importância de uma boa saúde oral e de uma boa articulação entre profissionais de saúde
Artigo de opinião de Pedro Mesquita, presidente da Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária



32 – Os prébióticos no cuidado da pele do bebé
Artigo de opinião de Graça Oliveira, neonatologista



Diretório



PUBLISHER



Edifício Lisboa Oriente
Av. Infante D. Henrique, 333 H | 37
1800-282 Lisboa
T: 218 504 060 | F: 210 435 935

DIRETORA-GERAL
Sandra Silva
T: 967 088 124
sandrasilva@newsengage.pt

FARMACÊUTICO
ANUÁRIO 2017

COORDENADORA
DE PUBLICIDADE
Sónia Coutinho
T: 961 504 180
soniacoutinho@newsengage.pt

IMPRESSÃO
TYPOL - Grupo Monterreina
Área Empresarial Andalucía
28220 Pinto Madrid - España

SAÚDE: QUE FUTURO E QUE DESAFIOS?



Numa altura em que se assiste a um choque tecnológico no setor da Saúde, o Anuário Farmacêutico dá a voz aos protagonistas mais relevantes em busca de respostas e reflexões sobre os desafios que se perspectivam. É que a farmácia, mais do que local de venda de medicamentos,

alargou o seu *core business* e é hoje uma unidade prestadora de serviços de saúde, com grande foco no digital e na omnicalidade.

Em entrevista, o presidente da Associação Nacional de Farmácias (ANF), Paulo Cleto Duarte, afirma que, além da retoma económica do setor, a prioridade da associação é proteger as farmácias mais pequenas e isoladas, que são o único recurso perto das pessoas.

Já Eduardo Nogueira Pinto, sócio e coordenador da equipa de Saúde, Ciências da Vida e Farmacêutico da PLMJ Advogados, considera fundamental pensar num Sistema Nacional de Saúde mais abrangente, que inclua profissionais e empresas fora do perímetro público.

Numa outra perspetiva,

João Teixeira, presidente da Associação Portuguesa de Jovens Farmacêuticos (APJF), escreve que na profissão se vivem tempos muito desafiantes: “somos uma classe profissional jovem que persevera num mercado de trabalho que não consegue reter os jovens nas áreas assistenciais da profissão (farmácia comunitária, farmácia hospitalar e análises clínicas), o que nos obriga a desenvolver competências que levem à especialização noutras áreas do conhecimento”. Destaque ainda para abordagens a temas tão distintos como medicamentos genéricos, suplementação, saúde oral, prevenção de doença de venosa ou doença alérgica. Boas leituras.



**PAULO CLETO
DUARTE**

PRESIDENTE
DA ASSOCIAÇÃO
NACIONAL DAS
FARMÁCIAS (ANF)

“Não deixámos que este modelo de farmácia, que é um dos melhores do mundo, ruísse definitivamente”

A

lém da retoma económica do setor, a prioridade da ANF é proteger as farmácias mais pequenas e isoladas, que são o único recurso perto das pessoas. A garantia é deixada pelo presidente da associação, Paulo Cleto Duarte, que se propõe dar continuidade ao projeto que assumiu em maio de 2013 e para o qual foi reeleito em 2016, por entender que “o trabalho está inacabado”. Na agenda, está, nomeadamente, a revisão do modelo remuneratório e do modelo económico.

Com a liberalização da propriedade das farmácias e da venda de medicamentos sujeitos a receita médica, desde 2005, o setor entrou em crise. O que falta, neste momento, às farmácias, para que sejam viavelmente económicas?

Eu acho que são 13 anos de mudanças estruturais significativas, e não acredito que haja uma medida que permita reverter este processo, portanto, o que nós sentimos que falta às farmácias é, no fundo, aproveitar as suas capacidades. Nós somos, seguramente, a rede de cuidados de saúde mais próxima dos portugueses, nós temos a melhor qualificação a nível europeu do ponto de vista do mundo farmacêutico, portanto, há profissionais de saúde permanentemente perto das pessoas. E, o que nós acreditamos ser a única

A PRINCIPAL PRIORIDADE NÃO É SÓ A RETOMA ECONÓMICA DO SETOR FARMÁCIAS COMO UM TODO, É A PROTEÇÃO DAS FARMÁCIAS MAIS PEQUENAS E PRÓXIMAS DA POPULAÇÃO, QUE ESTÃO ISOLADAS E SÃO O PRIMEIRO E ÚNICO RECURSO PERTO DAS PESSOAS

forma de ter uma relação que respeite a situação que o país ainda vive, que responda às necessidades das pessoas, e ajude a rede das farmácias a sair das dificuldades em que se encontra, é aproveitar esta capacidade.

O que falta, mesmo, é dar espaço. Aquilo que têm sido os discursos em torno do espaço que as farmácias podem ocupar no Serviço Nacional de Saúde (SNS) têm de transformar-se em realidade, e, a partir daí, seguramente, que as farmácias vão começar a retomar os níveis, do ponto de vista económico, que lhes permitam sobreviver.

Como é que tem evoluído o setor, economicamente, no pós-troika?

A situação, infelizmente, não evoluiu favoravelmente, ou seja, apesar de haver alguns sinais de uma estabilização das dificuldades, efetivamente, não sentimos ainda uma melhoria. E, quando ela existe, infelizmente, não é simétrica. O que quer isto dizer? Mesmo quando os primeiros sinais de crescimento surgem, eles não impactam as farmácias todas da mesma forma, o que faz com que ainda existam, principalmente nas zonas mais isoladas, farmácias em grande sofrimento.

Eu diria que a prioridade principal que temos que ter não é só de retoma económica do setor como um todo, mas, principalmente, de proteção das farmácias



mais pequenas e mais próximas da população e que estão isoladas, e são, neste momento, o primeiro e único recurso perto das pessoas. Esta é uma situação que é, realmente, relevante.

A que estão mais isoladas sofrem mais com a falta de medicamentos?

Nesse caso, não podemos concluir que isso seja exatamente assim, porque as razões pela qual há um conjunto de embalagens que estão em falta nas farmácias são diferentes. E há razões que são transversais, ou seja, independentemente

de onde a farmácia se encontra, há um conjunto de medicamentos que estão em falta, e, por esse facto, as farmácias não conseguem resolver os problemas às pessoas. Esses fatores não dependem da localização. Há outros casos que têm a ver com a situação económica da farmácia, pois uma farmácia mais pequena tem muito menos capacidade económica de ter no seu stock os produtos e medicamentos de que necessita. Aí sim, o facto de haver problemas na rede de farmácias, principalmente nas que estão mais isoladas,



CONTINUA A EXISTIR UM CONJUNTO DE FALHAS NO ACESSO AOS MEDICAMENTOS

Dispensa de Medicamento em Portugal 2015, 2016 e Projeções de 2017”, o número de farmácias no país está em linha com a média europeia e acima da média mundial. Qual é o cenário daqui para a frente?

Essa é uma questão muito relevante...

Nós não queremos deixar ninguém para trás, não queremos que o equilíbrio do setor seja feito à custa do encerramento de mais farmácias. Temos, neste momento, cerca de 20 e poucos por cento de farmácias, cerca de uma

em cada quatro, uma em cada cinco, que estiveram em risco de penhora, em risco de insolvência. Estiveram e estão.

Nessas circunstâncias, não queremos que a retoma seja feita porque a farmácia média melhora pois houve um conjunto de farmácias que saíram do mercado. Por uma razão simples, porque a saída dessas significa que há uma desproteção da população, maioritariamente do interior.

Isto é um problema estrutural, que é muito importante para as farmácias, mas também é importante para as populações que elas servem. Queremos que a retoma económica proteja a rede como um todo. Não há, aparentemente, um excesso de farmácias

também impacta a sua situação económica. Eu diria que continua a existir um conjunto de falhas no acesso aos medicamentos. Há medidas positivas – recentemente o Ministério da Saúde, connosco e com o envolvimento de todos os outros parceiros da indústria e os grossistas, reviu aquilo a que chamamos a “Via Verde do Medicamento”, e esperamos que essa questão do acesso e das falhas do acesso, em questões que são transversais, se resolva. Nós não aceitamos que um português tenha uma

receita médica e não haja uma solução que garanta que, ao fim de doze horas, ele tem o medicamento de que necessita, onde quer que se encontre no país, através da sua farmácia. Com a revisão a via verde que foi feita no primeiro semestre, seguramente que vamos garantir um melhor acesso, não só das pessoas, mas também das farmácias, independentemente da sua dimensão.

Há falta de milhões de embalagens de medicamentos, e, de acordo com o estudo “Sustentabilidade da





em Portugal, embora, comparando com outros países, nomeadamente os nórdicos, nós tenhamos mais farmácias, isto é, eles têm menos farmácias face à população. Não acho que haja um problema estrutural no número de farmácias, há, sim, um problema no modelo económico que as sustenta.

E uma questão que é importante é: como é que conseguimos que esta estrutura seja aproveitada? Se eu mexo no denominador e retiro

NÓS NÃO QUEREMOS DEIXAR NINGUÉM PARA TRÁS, NÓS NÃO QUEREMOS QUE O EQUILÍBRIO DO SETOR SEJA FEITO À CUSTA DO ENCERRAMENTO DE MAIS FARMÁCIAS

farmácias, o valor médio, o número médio, e a economia de todas as que ficam sobrevive. Apesar disso, nós temos cerca de 150 farmácias que reabriram ou abriram no mesmo período de tempo, ou seja, enquanto umas encerraram, outras abriram.

Apesar de tudo, há uma alguma dinâmica positiva no mercado, o que significa que algumas estão a conseguir retomar a normalidade e, dessa forma, também servir a população.

O que as farmácias têm feito para se adaptar às novas exigências do mercado?

As farmácias fizeram muito boa parte do caminho. Reduziram, significativamente, a sua estrutura de custos, têm vindo a procurar melhorar a sua eficiência operacional, ou seja, têm tentado fazer o mesmo, ou mais, com menos.

Fomos dos poucos setores que conseguiu não reduzir força de trabalho neste período de tempo, apesar de, naturalmente, ter tido impactos do ponto de vista da massa salarial. Essa é uma questão muito importante para nós – a forma como tratamos as nossas equipas é fundamental.

Como disse no início, somos o país da Europa que tem mais farmacêuticos por farmácia. Temos este ativo, mas, para este ativo funcionar é preciso que as pessoas estejam motivadas para exercer. Nós temos de reconhecer que, nos últimos anos, por força da crise, isto abanou um bocadinho, porque não era possível garantir os mesmos níveis; assim como as farmácias e os proprietários não tinham os mesmos níveis de rendimento, também as pessoas que lá trabalhavam não tiveram.

Sofremos todos, mas eu acho que as coisas hão de evoluir e sinto que, pelo menos, há uma luz ao fundo do túnel que está a acender, para que as coisas retomem esse caminho. Há um aspeto essencial

PORTUGAL É O PAÍS DA EUROPA QUE TEM MAIS FARMACÊUTICOS POR FARMÁCIA, QUANDO COMPARADO COM OUTROS A NÍVEL EUROPEU. TEM-SE ESTE ATIVO, MAS PARA FUNCIONAR É PRECISO QUE AS PESSOAS ESTEJAM MOTIVADAS PARA EXERCER

portugueses sentiram falta do conjunto de pequenas peças, mas, como rede, acho que as pessoas sentiram que as farmácias estiveram lá sempre.

Esse valor de referência pode deixar de existir?

O que nós pretendemos é, primeiro, equidade. Eu aceito e é razoável que os portugueses paguem determinado valor por medicamento, e acho que é razoável termos como critério os países de referência. Podia ser esse critério, podia ser outro critério qualquer, mas é

este, e está definido em muitos países da Europa, que fazem exatamente o mesmo. São estes três países porque já são países que têm preços mais baixos.

Não faz sentido é eu fazer isso para a cadeia de valor, e os outros agentes não terem nenhum suporte para calcular a sua remuneração.

Até podíamos ter uma remuneração muito alta, porque, não havendo um critério para eu determinar como é que calculo a margem da farmácia – quais são os

fatores que a suportam para decidir se é pouco ou muito –, eu tomo uma decisão que é mais administrativa do que qualquer tipo de racionalidade do ponto de vista económico. Também é por isso que sentimos as dificuldades que temos sentido.

Esta é uma decisão à margem das farmácias, que foi tomada antes da Segunda Guerra Mundial, e a partir daí caiu sempre, e nem sequer há um critério. Não tem a ver com a negociação das farmácias, tem a ver com a questão

quando comparamos com o nível europeu. Quando comparamos a remuneração média das farmácias em Portugal com a dos países de referência, concluímos que em Portugal é 66% inferior à média desses países – Espanha, França e Itália. E é dessa forma que se calcula qual é o preço a que a indústria pode colocar o seu produto no nosso país, sendo que, sobre ele, se aplicam as margens do setor. Quando calculamos o preço, contamos a média dos países de referência, mas, quando lhe aplicamos a margem, não lhe aplicamos a média dos países de referência, e isso significa que as farmácias em Portugal estão a ser discriminadas negativamente. E temos mais proximidade no número de farmácias, por habitante.

Apesar de tudo, o setor deu uma boa resposta durante o período da crise, no sentido em que os



“VAMOS ASSUMIR A CONTINUIDADE DESTES PROJETO”

Qual é o balanço que faz destes anos à frente da associação?

Eu diria que é um trabalho inacabado, muito inacabado...

Quando olhamos para trás, e fazemo-lo frequentemente, há um conjunto de coisas que estão por fazer, e a nossa tendência é olhar mais para essas do que para aquelas que realmente conseguimos de alguma forma suportar.

Eu realço um aspeto mais positivo: o facto de termos sido capazes de, apesar de tudo, preservar a rede com dificuldades, mas conseguimos. Não deixámos que este modelo de farmácia, que é um dos melhores do mundo, ruísse definitivamente.

Como aspeto menos positivo, exatamente oposto, vivemos num sofrimento permanente, não estamos a conseguir proteger as farmácias mais frágeis, e, nos últimos seis anos, não fomos capazes de ajudar muitos dos nossos colegas – alguns deles são e foram

inspiração para todos nós. Neste balanço, o que eu registo muito é esta imperfeição naquilo que fomos capazes de fazer. Apesar de termos conseguido proteger a rede, não conseguimos transformar tanto quanto gostaríamos o nosso modelo, e, acima de tudo, não fomos capazes de proteger os mais frágeis e muitos dos casos já não vamos poder mudar, infelizmente.

Quais foram as principais conquistas?

Acho que a primeira foi manter a união, eu diria que essa é muito positiva. A segunda foi conseguirmos o quadro contratualizado com o Ministério da Saúde, que não tínhamos antes. Nem sempre os acordos e contratos estão sendo cumpridos à luz, ao espírito e à letra, do que está escrito, mas a verdade é que há um contrato e um acordo que define um caminho, em que as duas partes assumem onde querem chegar. Isto aconteceu

quer com o governo anterior, ainda em pleno período da troika, quer com o governo atual. Acho que este é o segundo aspeto que não existia e eu considero-o muito evolutivo.

O terceiro, eu diria que é hoje não haver mais nenhuma dúvida de que as farmácias são um espaço saúde, que têm qualificação e qualidade, que vivem dificuldades, e que podem resolver muitos problemas ao SNS se forem aproveitadas. Esta visão não era tão clara quando começámos este nosso caminho.

O que ficou por realizar do que se propôs a fazer?

Está a questão do modelo remuneratório e modelo económico, a sua revisão, como é que nos conseguimos aproximar da média europeia. Está a proteção das farmácias mais frágeis, para impedir que encerrem no interior, portanto, que não nos aconteça, novamente, o que nos aconteceu nos últimos cinco anos.

E, no fundo, conseguir consolidar um conjunto de peças soltas que estão em curso – serviços, projetos giros, o acesso a medicamentos ao domicílio, situações de urgência, medicamentos hospitalares, medicamentos não sujeitos a receitas médicas. Há um conjunto de coisas que estão em curso, mas que têm de se materializar em atos e aspetos concretos que depois têm impacto, primeiro nas pessoas que nós servimos – os nossos clientes –, no Estado, e nas próprias farmácias.

Está a pensar recandidatar-se? Quais são os objetivos?

O nosso compromisso é claro, nós vamos assumir a continuidade deste projeto. Acreditamos nele e acreditamos que o nosso trabalho está inacabado. Por essa razão, seguramente, que vai haver continuidade do mesmo. A forma como o vamos concretizar ainda não decidimos.

O SETOR DAS FARMÁCIAS DEU UMA BOA RESPOSTA DURANTE O PERÍODO DA CRISE. OS PORTUGUESES SENTIRAM FALTA DE PEQUENAS PEÇAS, MAS AS PESSOAS SENTIRAM QUE AS FARMÁCIAS, COMO REDE, ESTIVERAM SEMPRE LÁ

de qual é a racionalidade económica que suporta aquela margem... Como é que foi definida? Como é que se deve definir? O que é justo e equitativo para aquilo que é o serviço, e que serviço eu quero que as farmácias ofereçam. E é essa reflexão

que queremos fazer, compreendendo que a situação do país não vai permitir que haja um processo de transferência plana de rendimentos para as farmácias. Nós temos a noção clara de que temos de fazer muito mais do que fazemos na lógica da

TEMOS DE FAZER MUITO MAIS DO QUE FAZEMOS NA LÓGICA DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, PARA PODERMOS VER REVISTA A REMUNERAÇÃO ATUAL



prestação de serviços, para podermos ver revista a nossa remuneração atual.

Pegando nesse tema da prestação de serviços, as farmácias foram autorizadas a prestar novos serviços desde maio, devido a um compromisso celebrado entre o governo e a ANF. Qual é o balanço destes primeiros meses?

Está a arrancar. O enquadramento teve uma evolução muito positiva e tem muito a ver com esta lógica do mais por mais, ou seja, nós, para podermos ter mais, temos de ter mais espaço e resolver mais problemas às pessoas.

Agora, são as matérias que demoram sempre algum tempo a entrar.

Entendemos que as coisas têm que ser feitas com equilíbrio, com rigor, com qualidade... E, portanto, este alargamento a novas áreas, como o envolvimento dos enfermeiros, algum tipo de acompanhamento de doentes crónicos, tudo isso tem de ser pensado e estruturado para que as coisas corram bem e realmente resolvam problemas concretos às pessoas.

O enquadramento teve uma evolução muito positiva,

mas a sua materialidade ainda não chegou às pessoas; no entanto, acredito que até ao final do ano chegará.

Como descreve o diálogo com os sucessivos governos? A associação tem sido ouvida?

Não nos queixamos do diálogo, nunca nos queixámos, até porque a nossa forma de estar é muito proativa. Acreditamos que só é possível haver diálogo, primeiro, quando há vontade de mudar qualquer coisa, e isso quer dizer que nós próprios – como farmácia, como farmacêuticos – não podemos ter sempre o mesmo discurso, porque temos de perceber qual é o contexto em que estamos, quais são as maiores necessidades do país e dos nossos utentes.

Não vale a pena eu querer uma evolução das farmácias que penaliza os meus utentes, por muito que eu esteja a sofrer economicamente. A transferência de despesa para os doentes é algo que vai penalizar a minha relação com eles, portanto, tenho que perceber o contexto,

tenho que perceber aquilo que é possível, tenho que perceber aquilo que são os melhores conhecimentos do ponto de vista técnico, e se no mundo, e até em Portugal, há evidência de que existam novas oportunidades para que as farmácias e os farmacêuticos possam intervir, e depois tenho que ter capacidade de execução. O que é que depois de criados estes consensos, no âmbito do diálogo, muitas vezes acontece? É a transladação disto para a prática, e transformar isto em medidas concretas, em diplomas que se aprovam e depois acontecem no terreno. Aí sim, acho que as coisas não têm corrido ao ritmo que esperávamos e que era necessário. Por exemplo, a vacinação da gripe: gostaríamos de ter testado mais cedo uma melhor integração entre aquilo que é a vacinação nas farmácias e nos centros de saúde, para impedir que haja um processo que obriga as pessoas a irem ao centro de saúde, quando elas preferem ir à farmácia. Mas na farmácia têm condições diferentes daquelas que têm no centro de saúde. Isto não faz sentido, principalmente

quando o nosso objetivo é atingir uma determinada taxa de vacinação. Aparentemente, e eu acho que isso é muito positivo, faremos o primeiro piloto nesta época de vacinação, mas já podíamos ter começado mais cedo. É um exemplo concreto de que, mesmo quando há vontade, quando se gera algum consenso, a materialidade na prática demora, às vezes, mais do que era desejável.

A ANF já equacionou criar novas áreas de intervenção?

Eu diria que quando olhamos para os serviços que as farmácias e os farmacêuticos podem desenvolver, nós temos, provavelmente, no âmbito formal, os mais latos que existem no mundo. A sua tradução prática, como disse anteriormente, é o passo que ainda não existe, ou seja, a sua regulamentação.

Eu não posso substituir um serviço que é remunerado pelo Estado por um serviço que não é remunerado na farmácia. Isso não faz sentido, não é bom para a farmácia eu estar a alargar o meu âmbito, na lógica do mais por mais, mas depois não ser compensado por isso.

O DOENTE TEM QUE TER LIBERDADE DE ESCOLHER O TIPO DE SERVIÇO QUE QUER E ONDE QUER QUE SEJA PRESTADO

EMERGÊNCIA E DISSEMINAÇÃO DE "SUPERBACTÉRIAS": O DESAFIO DA RESISTÊNCIA AOS ANTIBIÓTICOS



CÁTIA CANEIRAS

DIRETORA DE NEGÓCIO
HEALTHCARE
DA PRAXAIR PORTUGAL

A resistência aos antibióticos é um relevante problema de Saúde Pública a nível mundial e o crescimento das taxas de resistência faz com que as opções terapêuticas para infeções severas causadas por microrganismos multiresistentes se tornem verdadeiros desafios. Com o principal objectivo de identificar, orientar e promover a investigação e desenvolvimento (I&D) de novos antibióticos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou em 2017, pela primeira vez, a lista de "microrganismos patogénicos prioritários" resistentes aos antibióticos, que inclui as 12 famílias de bactérias

mais perigosas para a saúde humana (Figura 1). Os critérios para incluir os microrganismos na lista foram:

- (i) A taxa de mortalidade das infeções que causam;
- (ii) O facto de o tratamento requerer uma longa hospitalização ou não;
- (iii) A frequência com que apresentam resistência aos antibióticos;
- (iv) A facilidade com que são transmitidos entre os animais, dos animais para os humanos e entre os humanos;
- (v) Se as infeções que causam podem ou não ser prevenidas (por exemplo, por higiene e vacinação);
- (vi) Quantas opções terapêuticas permanecem;
- (vii) Se existe suficiente investigação em novos antibióticos.

A lista da OMS é dividida em três categorias, de acordo com a urgência com que novos antibióticos são necessários: prioridade crítica, alta ou média. Esta lista da OMS destaca a prioridade crítica das bactérias Gram-negativo resistentes aos

antibióticos, em especial as bactérias produtoras de ESBL e resistentes aos carbapenemos. Estas bactérias, vulgarmente designadas de "superbactérias", têm a capacidade inata de encontrar novas formas de manter a multiresistência aos antibióticos e de transmitir material genético de forma horizontal, através de plasmídeos, integrões e transposões, permitindo que outras bactérias se tornem também resistentes aos antibióticos.

O grupo prioritário crítico inclui bactérias gram-negativo multiresistentes cuja identificação em unidades hospitalares, lares de idosos e em doentes que apresentam dispositivos invasivos como cateteres intravenosos e que fazem terapias respiratórias com ventiladores ou outros equipamentos devem ser alvo de especial atenção. *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* e as *Enterobacteriaceae* como a *Klebsiella pneumoniae* e *Escherichia coli* têm em comum o facto de poderem causar infeções severas e com elevada taxa de mortalidade, como infeções da corrente sanguínea e pneumonias.

A RESISTÊNCIA AOS ANTIBIÓTICOS É UM RELEVANTE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA A NÍVEL MUNDIAL E O CRESCIMENTO DAS TAXAS DE RESISTÊNCIA FAZ COM QUE AS OPÇÕES TERAPÊUTICAS PARA INFEÇÕES SEVERAS CAUSADAS POR MICRORGANISMOS MULTIRESISTENTES SE TORNEM VERDADEIROS DESAFIOS

De forma preocupante, as taxas de resistência aos carbapenemos (como o imipenemo, meropenemo ou ertapenemo), considerados antibióticos de última linha, tem vindo a aumentar em Portugal, de acordo com o último relatório do Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC). Embora seja essencial aumentar a Investigação e Desenvolvimento nesta área, por si só não é

VENTILOTERRAPIA

 **PRAXAIR**

Making our planet more productive

**CUIDADOS RESPIRATÓRIOS
DOMICILIÁRIOS**



**REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA
DOMICILIÁRIA**
JUNTOS CUIDAMOS MELHOR

**TERAPIAS
COMPLEMENTARES**

programa
reabilitar

REABILITAÇÃO RESPIRATÓRIA DOMICILIÁRIA

OXIGENOTERRAPIA

AEROSSOLTERAPIA

MAIS INFORMAÇÕES

Telf.: 800 201 519

Email: homecare_portugal@praxair.com

Figura 1. Lista de microrganismos patogênicos prioritários para Investigação e Desenvolvimento (I&D) de novos antibióticos, segundo a Organização Mundial de Saúde

Prioridade 1: CRÍTICA

1. *Acinetobacter baumannii*, resistente a carbapenemos
2. *Pseudomonas aeruginosa*, resistente a carbapenemos
3. *Enterobacteriaceae**, resistente a carbapenemos, produtores de β -lactamases de espectro alargado (ESBL)

Prioridade 2: ALTA

1. *Enterococcus faecium*, resistente à vancomicina
2. *Staphylococcus aureus*, resistente à meticilina, com sensibilidade intermediária e resistência à vancomicina
3. *Helicobacter pylori*, resistente à claritromicina
4. *Campylobacter* spp., Resistente a fluoroquinolonas
5. *Salmonellae*, resistente a fluoroquinolonas
6. *Neisseria gonorrhoeae*, resistente à cefalosporina, resistente às fluoroquinolonas

Prioridade 3: MÉDIA

1. *Streptococcus pneumoniae*, sem sensibilidade à penicilina
2. *Haemophilus influenzae*, resistente à ampicilina
3. *Shigella* spp., Resistente a fluoroquinolonas

* *Enterobacteriaceae* inclui: *Klebsiella pneumoniae*, *Escherichia coli*, *Enterobacter* spp., *Serratia* spp., *Proteus* spp. e *Providencia* spp., *Morganella* spp.

Figura 2. Cursos de formação on-line de várias entidades públicas e privadas disponíveis na área de Prevenção e Controlo de Infecção, Terapêutica Antimicrobiana e Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos.



Doenças Infecciosas e Saúde Pública



Cursos de formação em Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde



Cursos de formação em Terapêutica Antimicrobiana



Cursos de formação em Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos

Adaptado de: Centro Europeu de Prevenção e Controlo das Doenças (ECDC), Disponível em: <https://ecdc.europa.eu/en/publications-data/directory-guidance-prevention-and-control/training>

suficiente para resolver o problema. Para combater a resistência aos antibióticos e a disseminação de “Superbactérias”, deve também ser melhorada a formação e sensibilização dos profissionais de saúde, nomeadamente na prevenção de infeções e uso adequado dos antibióticos existentes na medicina humana e veterinária, bem como a promoção do uso racional de antibióticos (Figura 2). Os farmacêuticos têm um papel fundamental na conservação da eficácia dos antibióticos, dada a sua reconhecida contribuição em várias atividades desenvolvidas no âmbito dos cuidados primários, secundários e terciários, bem como no contacto direto com o público (aconselhamento clínico, guias terapêuticos, campanhas de educação para a saúde, formação de outros profissionais de saúde).

OS FARMACÊUTICOS TÊM UM PAPEL FUNDAMENTAL NA CONSERVAÇÃO DA EFICÁCIA DOS ANTIBIÓTICOS

Asma brônquica



A importância do papel do farmacêutico na prestação de cuidados aos doentes asmáticos, enquanto profissional que está na primeira linha de contacto, é destacada por Jaime Pina, vice-presidente da Fundação Portuguesa do Pulmão.

O que define e asma e como pode ser diagnosticada?

A asma é uma doença reconhecida desde as mais antigas civilizações. Aparece pela primeira vez referida na literatura, na *Ilíada*, de Homero. Também a encontramos referida no *Corpus Hippocraticum*, doença que Hipócrates definia por uma respiração curta e que associava a alguns grupos profissionais, como os alfaiates e ferreiros. De acordo com a Global Initiative for Asthma, “A asma é uma doença heterogénea, caracterizada por uma inflamação crónica das vias aéreas e definida pela ocorrência de episódios de sintomas respiratórios, nomeadamente dispneia, sibilância, tosse

(particularmente noturna ou no início da manhã) e sensação de opressão torácica, que variam em intensidade e no tempo, associando-se a uma limitação variável do fluxo expiratório. Habitualmente acompanha-se de um aumento da reatividade brônquica – que é a causa de resposta broncoconstritora a estímulos diversos – a que poderão associar-se alterações estruturais das vias aéreas”.

Nesta extensa definição temos, pois, como principais elementos definidores da doença, os seguintes: expressão heterogénea (a sintomatologia pode ser variada), inflamação crónica, manifestação sintomatológica acessual

(no intervalo entre os acessos o doente permanece assintomático), limitação do fluxo expiratório (obstrução brônquica e bronquiolar), hiperreatividade brônquica e alterações estruturais da parede dos brônquios. A inflamação – o elemento determinante – caracteriza-se pela presença de elevados níveis de múltiplos mediadores da inflamação com um especial realce para as citocinas Th2, como as interleucinas 4, 5, 9 e 13. Até há cerca de 70 anos, o diagnóstico era clínico: aparecimento de episódios de dispneia sibilante, por vezes com um nexo de causalidade bem definido. Hoje, apesar desse carácter se manter, possuímos imensos exames complementares que

**HOJE POSSUÍMOS
IMENSOS EXAMES
COMPLEMENTARES
QUE NOS AJUDAM
A CONFIRMAR
O DIAGNÓSTICO**

nos ajudam a confirmar o diagnóstico. Destes, o estudo da função respiratória é decisivo. As provas de função respiratória servem não só para a confirmação diagnóstica, como para a monitorização clínica e para a avaliação da resposta à terapêutica. A espirometria, a pletismografia e o estudo da broncomotricidade permitem-nos um conhecimento profundo da funcionalidade respiratória no doente asmático. Relativamente ao último, uma prova de broncodilatação positiva (definida por um aumento de $\geq 12\%$ e de 200 ml da FVC e/ou do FEV1, em relação ao valor absoluto basal após a inalação de 400 mcg de salbutamol) é considerada a prova gold standard que permite confirmar o diagnóstico de asma. A prova de broncoconstrição, normalmente realizada com metacolina, permite confirmar a hiperreatividade brônquica. Uma queda do FEV1 $\geq 20\%$ em relação ao valor basal é considerada positiva.

Muitos outros testes estão disponíveis. Porém, a expressão clínica associada à caracterização funcional respiratória é a base para um correto diagnóstico.

Qual a diferença entre asma e alergia?

Vimos como atualmente se define a asma. Definimos alergia “como a hipersensibilidade adquirida pelo organismo relativamente a uma substância estranha (alergénio) que tanto pode ser uma substância normalmente inócua (pó

da casa, pólenes, epitélios de animais, alimentos, etc.) como um medicamento ou um produto bacteriano”. Traduz-se por uma reação que pode ter como ponto de impacto qualquer órgão: olho, nariz, faringe, árvore brônquica, tubo digestivo, pele, etc. Exemplifiquemos com a asma.

A maioria das asma tem causa alérgica, com os ácaros do pó da casa e os pólenes como os principais responsáveis. Isto quer dizer que o indivíduo sensibilizado a estes alergénios, quando com eles contacta, pode desencadear uma crise de asma. Neste caso, a avaliação diagnóstica encontra os marcadores característicos da alergia: níveis elevados de IgE total e de IgE específicas, eosinofilia no sangue periférico e nas secreções respiratórias, níveis elevados de óxido nítrico no ar exalado (FeNO) e de LTE4 na urina - marcador da atividade de produção de cisteinil leucotrienos, neste caso, útil, sobretudo, na alergia ao AAS.

O FARMACÊUTICO PODE TER UM IMPORTANTÍSSIMO PAPEL NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE ASMÁTICO



Porém, qualquer indivíduo pode desencadear episódios de asma por outros motivos que não os alérgicos. É o caso de muitos asmáticos que desencadeiam crises com o esforço físico, com a exposição a produtos químicos, com variações bruscas das características físicas do ar respirado (temperatura e humidade), com as infeções respiratórias e até na sequência de fatores emocionais, como as crises de ansiedade. Nestes doentes temos a caracterização típica da asma mas não temos a caracterização alergológica. São doentes que têm asma mas não alérgica.

De que forma pode o farmacêutico desempenhar um papel importante, no que diz respeito à consciencialização e prestação de cuidados aos utentes asmáticos?

Estando o farmacêutico na primeira linha de contacto com o doente asmático, ele pode ter um importantíssimo papel na prestação de cuidados a estes doentes. Das múltiplas áreas de intervenção possíveis, três parecem-me fundamentais.

Em primeiro lugar, o apoio à adesão ao tratamento. O sucesso terapêutico passa pela disciplina terapêutica e o farmacêutico tem armas que lhe permitem verificar se essa adesão existe ou não. Por exemplo, se um doente adquire apenas de três em três meses o seu inalador que só tem as doses necessárias para um mês de tratamento, tal quer dizer que o doente tem níveis baixos de compliance e, neste contexto o farmacêutico pode ter uma intervenção corretiva. Em segundo lugar, na



avaliação do controlo de doença. Existem pequenos questionários, que se preenchem em 2-3 minutos e que nos permitem avaliar o grau de controlo da asma. Essa valiosíssima informação, que pode ser obtida pelo farmacêutico, pode contribuir decisivamente para o desencadear de eventuais atitudes corretivas. Em terceiro lugar, o ensino da técnica inalatória. O tratamento standard da asma é inalatório. Mas para ele ser eficaz é necessário que o doente aprenda a usar adequadamente o inalador que lhe foi prescrito e, como sabemos, nos diversos serviços de saúde, na maioria das vezes não há tempo suficiente para o ensino da técnica inalatória. Consequência: a grande maioria dos doentes tem uma deficiente técnica de

inalação, com a consequente redução da eficácia terapêutica e aumento do desperdício. O farmacêutico pode ter um papel decisivo nesta matéria, caso construa um quadro organizativo que lhe permita fazer esse ensino ao doente asmático.

Existem formações sobre asma específicas para farmacêuticos? O farmacêutico dispõe de instrumentos que lhe permitam identificar um quadro de asma?

Sim. A Fundação Portuguesa do Pulmão tem feito ações de formação junto de farmacêuticos, quer ao nível do ensino da técnica inalatória (ETI), quer ao nível do principal exame diagnóstico de rastreio – a espirometria.

Aliás, a Fundação tem um programa de “Espirometrias nas Farmácias”, que está a decorrer, e que nos permitirá detetar precocemente doentes com patologia respiratória, muitas vezes desconhecida pelo próprio doente. Para além disso, no nosso site (www.fundacaoportuguesa.dopulmao.org) existem numerosas peças informativas sobre este e outros temas relativos à saúde respiratória e à prevenção das doenças do aparelho respiratório.

Sendo uma doença crónica, como pode ser controlada de forma a que os asmáticos possam levar uma vida perfeitamente normal?

Hoje, o nosso objetivo relativamente ao doente asmático é o controlo total da doença. E tal quer

É PRECISO TAMBÉM MELHORAR A LITERACIA DO DOENTE RELATIVAMENTE À SUA ASMA

dizer duas coisas: ausência de episódios de asma e, consequentemente, uma vida com a qualidade que todos nós pretendemos. Esse objetivo é possível e muitos doentes já o atingiram. Porém, ele depende de múltiplos fatores, nos quais a intervenção dos profissionais de saúde é fundamental.

Para tal é preciso, antes de mais, fazer compreender ao doente que ele tem uma doença para toda a vida, já que a asma tem um substrato genético (estão identificados mais de cem genes) e, por enquanto, a terapêutica genética não está ao nosso alcance. Portanto, ele tem que saber cuidar de si, de acordo com as orientações médias (autogestão da doença). Tem que ser compliant a todo o programa de tratamento. Só assim, poderá atingir o tão ambicionado controlo total da doença.

A terapêutica medicamentosa sofreu uma evolução extraordinária nos últimos anos, não só com inaladores mais eficientes, como com fármacos mais poderosos e de ação mais prolongada. Hoje, muitos doentes estão controlados apenas com medicação administrada uma vez por dia. Daí a importância crucial de uma boa técnica inalatória.

Os corticoides inalados são o gold standard da terapêutica, mas possuímos toda uma panóplia de outros fármacos igualmente importantes: broncodilatadores cada vez mais sofisticados, antileucotrienos, sem esquecer o importante papel dos antibióticos sempre que se verificarem infeções respiratórias. Estas são, para muitos doentes, o principal fator desencadeante. Nas asma alérgicas, a imunoterapia específica tem habitualmente muito bons resultados e na asma grave o omalizumab, um anticorpo monoclonal anti-IgE, é uma preciosa ajuda para alguns doentes, permitindo-lhes reduzir ou mesmo eliminar os corticoides orais. Nas crianças o papel da Reabilitação Respiratória é por vezes decisivo, pelo que nunca deve ser esquecido. A asma é o paradigma da doença crónica de base genética. Temos, atualmente, um poderoso armamentário farmacológico que nos permite atingir objetivos ambiciosos no controlo da doença. Mas ele não é suficiente. É preciso também melhorar a literacia do doente relativamente à sua asma, de modo a fornecer-lhe todas as ferramentas necessárias à autogestão do seu problema de saúde. E essa é uma tarefa que envolve todos os profissionais de saúde que com ele se relacionam, desde o médico ao enfermeiro, passando pelo cinesioterapeuta e pelo farmacêutico. O objetivo final é que todos contribuamos para que o doente consiga atingir o controlo total da doença.

DOR ARTICULAR



FILIPE ANTUNES
VICE-PRESIDENTE
DA ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA PARA
O ESTUDO DA DOR
(APED)

Dor articular é, por definição, a dor na articulação, ou seja, a dor na região anatómica de junção de dois ou mais ossos.

Afeta milhões de pessoas, sendo a dor da coluna lombar (lombalgia) e a osteoartrose (lesão óssea e articular) as doenças crónicas mais frequentes em Portugal e em todo o mundo ocidental. Está associada às condições de trabalho, ao peso corporal e sobretudo à idade, estando presente em indivíduos mais obesos e nos grupos etários mais avançados da população, em resultado do desgaste sofrido ao longo do tempo. Se percebermos que a articulação existe para possibilitar o movimento de segmentos corporais, compreendemos que a dor articular é necessariamente mecânica, isto é, dependente do movimento; agrava com a mobilização e alivia com o repouso.

Este conceito é fundamental para perceber a lógica de todo e qualquer tratamento da dor articular, pelo que sem essa premissa, a eficácia terapêutica está condenada ao insucesso. Contudo, importa contextualizar se a dor é aguda, isto é, sinal ou sintoma de alarme, recente e bem

localizada no tempo e no espaço e relacionada com a intensidade do estímulo, ou, arrastada no tempo, sem relação com o estímulo que a desencadeia e sem propósito de adaptação ou resposta ao estímulo (doença crónica). Estas diferentes situações implicam tempos de repouso diferenciados. Se na primeira (dor aguda), o repouso é obrigatório e dependente do dano existente, na segunda (dor crónica), é necessariamente parcial, temporário e por pequenos períodos, de forma a evitar determinada posição ou gesto que cause dor e a evitar a atrofia muscular, tão importante para mantermos as nossas funções corporais. Daí a importância de informar os doentes da dor articular que padecem, balanceando corretamente o exercício e considerá-lo como tratamento na dor, de maneira a manter a condição física e a independência funcional do indivíduo.

No entanto, a dor articular não é estável e linear, porque também implica inflamação local envolvendo as estruturas aí existentes e alterando as condições articulares, nomeadamente aumentando a pressão

A DOR ARTICULAR AFETA MILHÕES DE PESSOAS, SENDO A DOR DA COLUNA LOMBAR E A OSTEOARTROSE AS DOENÇAS CRÓNICAS MAIS FREQUENTES EM PORTUGAL

dentro da articulação e com risco potencial de causar lesões. É alterada por diversos fatores genéticos, psicológicos e ambientais, relacionados com condições de temperatura e pressão, dado serem estruturas inervadas por uma rede densa de fibras maioritariamente não mielinizadas e com recetores sensitivos que respondem a diferentes estímulos: mecânicos, químicos e térmicos. Por estas razões, necessita de um tratamento mais global e diversificado, considerando opções farmacológicas e não farmacológicas, desde medicamentos de proteção do desgaste articular e anti-inflamatórios, até medidas do âmbito da medicina física e de reabilitação ou de psicologia, de forma a resolver a sintomatologia dolorosa.

Reumon®

Mais forte que a sua dor



Uma gama completa para o alívio da dor e inflamação

REUMON Creme/Gel/Loção (etofenamate) é um medicamento não sujeito a receita médica. Está indicado nas situações dolorosas localizadas do aparelho locomotor. Aplicar na pele saudável. Não utilizar em crianças, grávidas, insuficientes renais ou doentes alérgicos à substância ativa, ao ácido flufenâmico, ou a qualquer um dos excipientes, ou a outros anti-inflamatórios não esteroides. Leia cuidadosamente o folheto informativo. Em caso de dúvida, persistência ou aparecimento de outros sintomas consulte o seu médico ou farmacêutico. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM: BIAL – Portela & C³, S.A. - À Av. da Siderurgia Nacional - 4745-457 S. Mamede do Coronado – Portugal • NIPC 500220913 • Não comparticipado. DDVSAM180528. * O etofenamate demonstrou atingir concentrações até 20 vezes superiores nas zonas inflamadas vs. zonas sem inflamação. (Thebud-Lassak and R. Ohlrogge. Treatment of blunt traumas with etofenamate. More than cooling... TW Sport + Medizin 4 (1992) 71-77).

Bial

Estado e privados juntos pela saúde



É

fundamental pensar num Sistema Nacional de Saúde mais abrangente, que inclua profissionais e empresas fora do perímetro público. Quem o defende é Eduardo Nogueira Pinto, sócio e coordenador da equipa de Saúde, Ciências da Vida e Farmacêutico da PLMJ Advogados.

Portugal, não obstante os inúmeros problemas habitualmente apontados, é desde há muito visto como um bom exemplo na área da saúde. Concorda?

É um facto. Apesar dos constrangimentos orçamentais que foi tendo ao longo da sua história recente, Portugal criou um sistema de cuidados de saúde de elevada qualidade, com alguns dos melhores indicadores mundiais. Isto deve-se, em primeiro lugar, ao consenso que foi existindo entre as várias forças políticas, mesmo em momentos conturbados, sobre a importância de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) universal, com escala para estar na linha da frente das soluções terapêuticas, acolhendo a inovação e desenvolvendo-a. Deve-se, ainda, à enorme qualidade

do capital humano que fomos formando, porque sem profissionais de saúde qualificados e dedicados tal não era possível. E deve-se, finalmente, à noção, hoje mais evidente (embora ainda não 100% pacífica), de que o SNS só tem a ganhar com um Sistema Nacional de Saúde abrangente, que, para além do Estado, conte com outros agentes.

Refere-se a quê, exatamente?

A milhares de profissionais e empresas que existem fora do perímetro público. As farmácias são um excelente exemplo: micro e pequenas empresas que asseguram, ano após ano, 365 dias por ano, 24 horas por dia, a assistência medicamentosa à população, e constituem hoje, para além de uma (muito bem distribuída) rede de dispensa de medicamentos e produtos de saúde, uma primeira linha de altíssima qualidade no acesso equitativo à educação em saúde, à prevenção e aos cuidados primários (veja-se, por exemplo, o que se tem feito ao nível da vacinação).

A qualidade da saúde em Portugal pode estar em risco?

Sinceramente, acho que temos condições para preservar a generalidade dos indicadores positivos. Essa é a expectativa dos portugueses, que em todos os estudos de opinião colocam a saúde como prioridade. Mas, para que tal suceda, é fundamental manter e reforçar a ideia de um Sistema Nacional de Saúde que não se esgote no SNS.

A evolução das soluções em saúde implica também custos acrescidos. Como ultrapassar este problema?

Num primeiro momento é verdade: novas soluções – para prevenir ou evitar doenças; para curar ou assegurar sobrevida com qualidade –, porque implicam investimento avultado em investigação, implicam também dispêndio que compense esse investimento. Mas, sendo verdadeiras soluções, trazem também ganhos. Desde logo, ganhos de saúde, em vidas, em coesão social, ganhos intangíveis, não convertíveis em moeda segundo uma regra três simples. Mas também ganhos económicos, seja diretamente – uma

população saudável é um fator de geração de riqueza – seja sob a forma de poupança futura, pelo gasto que se evita prevenindo ou combatendo de modo eficaz patologias altamente onerosas. Todos temos de ter a noção de que os recursos são escassos e é essencial um critério rigoroso no seu uso. Mas seria um erro crasso olhar para as novas tecnologias da saúde como empecilhos que criam dificuldades orçamentais.

Qual a questão mais importante para os próximos anos?

A chamada Big Data vai ser central. Saber como transformar a quantidade vertiginosa de informação, e a capacidade nunca antes existente de a trabalhar de modo sistemático, em ganhos individuais e coletivos de saúde. Isto sem cairmos no mundo orwelliano de 1984.

Para terminar, qual o papel do advogado no meio de todos estes desafios?

O mesmo de sempre, estar ao lado dos clientes para ajudá-los a prevenir ou solucionar problemas, em respeito pelas regras vigentes.

PLMJ 
ADVOGADOS, SP, RL

50
YEARS
By your
side.

50 anos de experiência em assessoria jurídica no setor da saúde

Com experiência acumulada no apoio a todas as valências do setor da saúde, a equipa de PLMJ Farmacêutico é o parceiro ideal para o ajudar no desenvolvimento do negócio, na gestão de riscos e na resolução dos seus problemas jurídicos.

Há 50 anos alinhados com os clientes, funcionamos como uma extensão da sua equipa.

www.plmj.com

SIGA-NOS EM:



PLMJ
NETWORK
YOUR LUSOPHONE PARTNER

INTERNATIONAL NETWORK: ANGOLA • CAPE VERDE • CHINA/MACAO • EAST TIMOR • GUINEA-BISSAU • MOZAMBIQUE • PORTUGAL • SÃO TOMÉ AND PRÍNCIPE
REPRESENTATIVE OFFICES: SWITZERLAND • UNITED KINGDOM

PRÉMIOS E RECONHECIMENTOS

MELHOR SOCIEDADE DE ADVOGADOS NO SERVIÇO AO CLIENTE | Chambers European Awards 2018
SOCIEDADE DE ADVOGADOS PORTUGUESA DO ANO | Who's Who Legal Awards • The Lawyer European Awards • Chambers European Excellence Awards
TOP 50 - SOCIEDADES DE ADVOGADOS MAIS INOVADORAS DA EUROPA | Financial Times - Innovative Lawyers Awards

SERÃO OS JOVENS A DEFINIR O FUTURO DA PROFISSÃO FARMACÊUTICA



**JOÃO
TEIXEIRA**

PRESIDENTE DA
ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA
DE JOVENS
FARMACÊUTICOS
(APJF)

Na profissão farmacêutica vivemos tempos muito desafiantes. Somos uma classe profissional jovem que persevera num mercado de trabalho que não consegue reter os jovens nas áreas assistenciais da profissão (farmácia comunitária, farmácia hospitalar e análises clínicas), o que nos obriga a desenvolver competências que levem à especialização noutras áreas do conhecimento, que extravasando as “áreas tradicionais” do ensino farmacêutico, nos tornam mais apetecíveis perante as indústrias farmacêutica, tecnológica e de consultoria.

O jovem farmacêutico, sendo um profissional polivalente, multifacetado e subespecializado, encontra-se num mercado laboral altamente segmentado, cuja transição interprofissional é pouco permeável devido às especificidades inerentes a cada área.

No que diz respeito às áreas assistenciais, paira sobre os jovens um sentimento generalizado de falta de realização profissional, muitas vezes associada à falta de perspetivas de desenvolvimento de carreira. Nas áreas “não tradicionais” e na indústria farmacêutica, sob a premissa de uma carreira com maior significado, os jovens vêm-se muitas vezes obrigados a desempenhar estágios profissionalizantes, muitas vezes mal ou não remunerados, para desenvolver competências que adaptem o seu currículo a estas funções. A atual realidade profissional exige da Associação Portuguesa de Jovens Farmacêuticos (APJF) uma abordagem dicotómica sobre a empregabilidade para a melhoria das perspetivas dos seus sócios e de todos os jovens farmacêuticos. No sentido de apoiar a entrada e progressão nas

áreas “não tradicionais” divulgamos semanalmente aos sócios oportunidades de emprego exclusivas (Boletim de Emprego APJF), desenvolvemos periodicamente atividades de networking (Hangouts APJF), de desenvolvimento de competências formais (Protocolos de parceria com instituições de ensino - ISEG e Cambridge School) e desenvolvimento de competências informais (Programa de Mentoring APJF).

Na APJF acreditamos que a profissão farmacêutica não persistirá se abdicar de defender e de se desenvolver nas áreas assistenciais da profissão. Por isso, neste mandato criámos departamentos profissionais e grupos consultivos para cada uma destas áreas, de forma a desenvolver uma agenda dos jovens farmacêuticos para o seu futuro. A defesa das áreas assistenciais será tema no próximo GoPharma, que decorrerá no fim de semana de 24 e 25 de novembro no Porto. Neste evento pretendemos juntar os stakeholders do setor e reunir várias dezenas de farmacêuticos na discussão do futuro da Farmácia Comunitária (FC) em temas como: “O contrato coletivo de trabalho e a progressão

A ATUAL REALIDADE PROFISSIONAL EXIGE DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE JOVENS FARMACÊUTICOS (APJF) UMA ABORDAGEM DICOTÓMICA SOBRE A EMPREGABILIDADE PARA A MELHORIA DAS PERSPETIVAS DOS SEUS SÓCIOS E DE TODOS OS JOVENS FARMACÊUTICOS

na carreira”; “Farmacêutico clínico em FC e articulação com o restante sistema de saúde”; “Formação e diferenciação do farmacêutico comunitário”; e “Acesso à propriedade da farmácia pelo jovem farmacêutico”.

Na APJF desafiamos todos os nossos colegas a associarem-se a nós, aos nossos eventos e atividades para que juntos, possamos definir o futuro que queremos para a nossa profissão.

A RELAÇÃO DA RINITE E DA URTICÁRIA COM AS ALERGIAS

As doenças alérgicas mais prevalentes são a rinite alérgica, que afeta aproximadamente ¼ da população portuguesa, e a asma que tem uma prevalência estimada no nosso país de 6,8%. Muitas vezes, a rinite e a asma coexistem, sendo que 80% dos asmáticos tem rinite e cerca de 40% dos doentes com rinite tem asma.

RINITE ALÉRGICA

A rinite alérgica caracteriza-se pela existência de prurido nasal, rinorreia mucosa, obstrução nasal e esternutos. Frequentemente é acompanhada de sintomas de conjuntivite alérgica, como prurido ocular, lacrimejo ou olhos vermelhos. As queixas de rinite e/ou conjuntivite alérgicas são desencadeadas pela exposição a um aeroalergénio ao qual o doente se encontra sensibilizado, sendo os mais comuns os ácaros do pó, os pólenes (particularmente o de gramíneas, oliveira e parietária) e os epitélios dos animais (como o do cão e o do gato). Os alergénios alimentares não constituem uma

causa de rinite alérgica isolada.

A rinite alérgica pode classificar-se de acordo com a duração dos sintomas, em persistente ou intermitente. Em termos de gravidade, consideram-se dois tipos: ligeira e moderada-grave. Uma rinite moderada-grave interfere na qualidade de vida do doente, nas suas atividades, e no desempenho escolar e profissional. Uma outra classificação utilizada no passado, e ainda por vezes referida, é a rinite sazonal (associada a pólenes) e a rinite perene (caracteristicamente relacionada com os alergénios do ar interior). O diagnóstico de

rinite alérgica passa pela história clínica, onde para além da sintomatologia referida se encontram habitualmente sinais sugestivos. A confirmação de sensibilização a alergénios pode ser feita através de testes cutâneos por picada ou por análises sanguíneas, onde se pesquisam a presença de IgE específica para os alergénios suspeitos. Para tratar a rinite alérgica, preconizam-se tratamentos farmacológicos e abordagens não farmacológicas. Dentro das classes farmacológicas mais importantes, temos os anti-histamínicos não



**PEDRO
CARREIRO-MARTINS**

VICE-PRESIDENTE
DA SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE ALERGOLOGIA
E IMUNOLOGIA
CLÍNICA (SPAIC)



sedativos e os corticoides intranasais. Estes, quando utilizados de acordo com a indicação, são seguros e eficazes. Um tratamento muito importante da rinite alérgica, aplicável em casos selecionados, são as vacinas antialérgicas, que podem ser administradas por via sublingual ou subcutânea. Dentro das abordagens não farmacológicas, podem-se preconizar medidas de controlo ambiental, que visam minorar o contacto com alergénios.

URTICÁRIA

A urticária caracteriza-se pelo aparecimento de lesões maculopapulares, eritematosas, pruriginosas de dimensão variável. As lesões da urticária têm uma duração inferior a 24 horas, e desaparecem sem lesão residual associada. Cerca de metade dos casos de urticária acompanham-se de angioedema, que consiste em edema da derme profunda e tecido subcutâneo, que pode envolver as mucosas. A urticária é classificada em urticária aguda e urticária crónica, consoante a sua duração seja inferior ou superior a 6 semanas, respetivamente. A prevalência da urticária crónica, apesar de não estar devidamente estabelecida, será da ordem dos 1 a 2%. Relativamente à urticária aguda, estima-se que cerca de um quarto da população tenha pelo



menos um episódio de urticária aguda ao longo da vida.

Em termos de etiologia, a urticária aguda é, na maioria dos casos, de origem desconhecida, designando-se como urticária aguda espontânea. A evidência científica aponta para que a principal causa de urticária aguda sejam as infeções virais. Apesar de a urticária aguda ser uma manifestação clínica frequente de uma reação de alergia alimentar ou medicamentosa, apenas uma minoria das urticárias agudas será de etiologia alérgica. A urticária crónica

é subdividida em urticária crónica espontânea e urticária induzível. A urticária crónica espontânea é a forma mais frequente, correspondendo a cerca de 2/3 dos casos. A urticária induzível inclui as formas de urticária desencadeadas por estímulos específicos como o frio, a transpiração e a água quente, a pressão, entre outros.

O diagnóstico de urticária é baseado na história clínica e no exame objetivo das lesões. Na urticária crónica, pode ser necessário realizar alguns exames

complementares de diagnóstico, contudo a pesquisa de uma eventual causa alérgica só tem indicação quando existe um alergénio suspeito. O tratamento da urticária é essencialmente sintomático e não curativo, e visa melhorar a qualidade do doente. A primeira linha de tratamento são os anti-histamínicos não sedativos, que podem ter que ser administrados até quatro vezes por dia, mediante vigilância médica. Nas situações mais graves, está indicado o tratamento com omalizumab, um anticorpo monoclonal.

O PAPEL DO FARMACÊUTICO NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DOENÇA VENOSA

A doença venosa crónica (DVC) é uma patologia crónica e evolutiva que afeta grande parte da população mundial, estimando-se que 1/3 da população portuguesa sofra de DVC. A população feminina é, em geral, mais afetada, verificando-se que, em Portugal, 7 em cada 10 mulheres com mais de 30 anos sofrem de problemas de circulação venosa e metade destas não fazem qualquer tratamento.¹

A DVC afeta a qualidade de vida dos indivíduos e apresenta repercussões ao nível socioeconómico.

^{1,2}

Segundo a Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular, a doença venosa crónica define-se como qualquer alteração morfológica e funcional do sistema venoso, manifestada a longo prazo por sintomas e/ou sinais, indicando a necessidade de investigação e/ou tratamento.¹ Os sintomas venosos incluem sensação de formigueiro, dor, ardor, câibras, e sensação de pernas pesadas, inchadas e/ou cansadas. Estes sintomas indiciam a presença de doença venosa crónica, particularmente se

forem agravados pelo calor ou ao longo do dia, e aliviados com a elevação e/ou descanso dos membros inferiores. Os sinais venosos correspondem às manifestações visíveis das alterações venosas e incluem veias dilatadas, edema, alterações tróficas como hiperpigmentação, eczema, ou atrofia branca, e úlcera venosa. Embora muitas vezes se usem os termos “doença” e “insuficiência” venosa crónica, como sinónimos, na realidade o conceito de insuficiência venosa crónica está reservado para os estádios avançados de DVC, e aplica-se às alterações funcionais do sistema venoso que originam edema, alterações tróficas ou úlceras venosas.¹

Neste momento, algumas farmácias já possuem equipamentos que permitem fazer a avaliação da circulação venosa. Trata-se de um método de avaliação de procedimento simples e que permite a obtenção do resultado no momento. Este tipo de testes permite a identificação de situações de risco ou monitorização

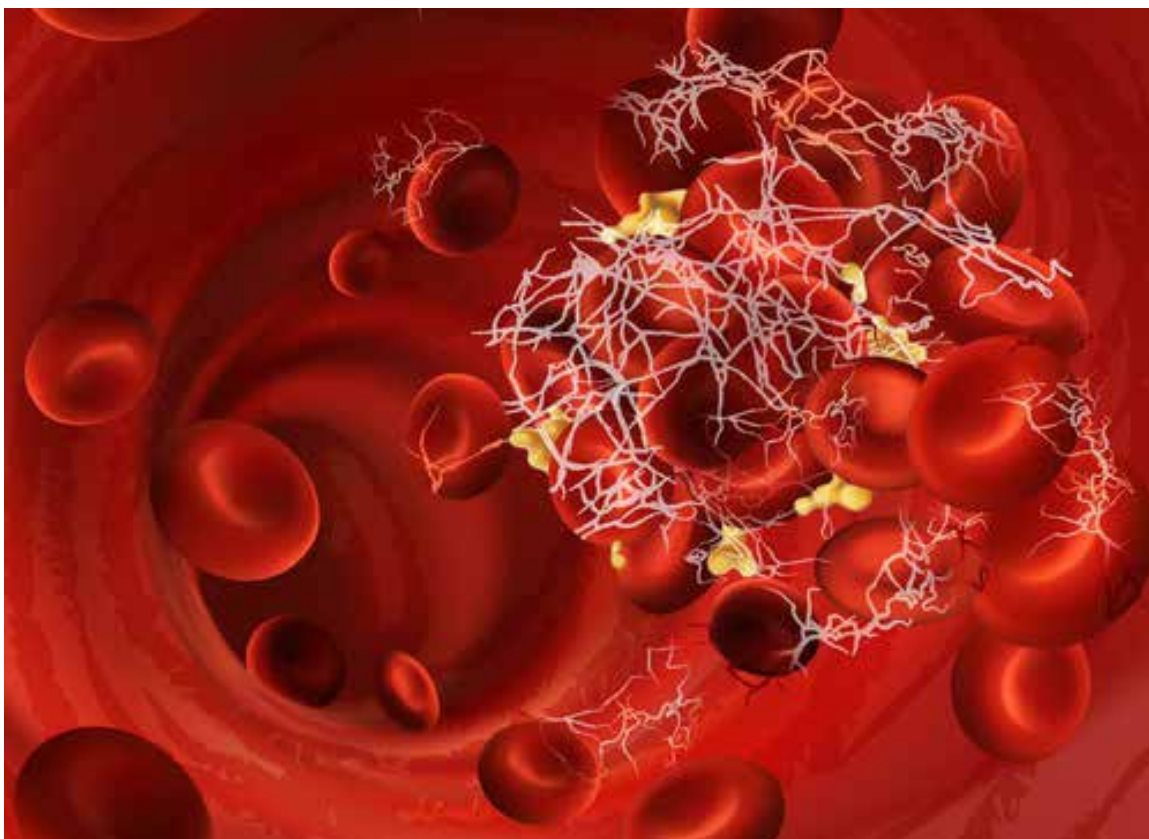
da patologia já diagnosticada. O resultado obtido é meramente indicativo e não estabelece um diagnóstico de DVC, o qual pode ser feito apenas por um médico. Quanto à intervenção do farmacêutico quando a pessoa já tem sinais e sintomas, o tratamento farmacológico está indicado para todas as classes de DVC, devendo ser utilizado em complemento com o tratamento compressivo. O tratamento definitivo é geralmente feito através de cirurgia ou laser.³ O tratamento farmacológico passa pela utilização de medicamentos venoativos, sendo que existem dois grupos: os agentes de origem natural (alfa-benzopironas, gama-benzopironas (flavonóides), saponinas e outros extratos de plantas), e os agentes de origem sintética (dobesilato de cálcio, benzarona e naftazona). A maioria dos fármacos venoativos está indicada no alívio dos sintomas relacionados com a DVC, sendo que a fração flavonóica purificada e micronizada (FFPM) foi classificada nas guidelines



EMA PAULINO

DIRETORA-TÉCNICA
FARMÁCIA NUNO
ÁLVARES

QUANTO À INTERVENÇÃO DO FARMACÊUTICO QUANDO A PESSOA JÁ TEM SINAIS E SINTOMAS, O TRATAMENTO FARMACOLÓGICO ESTÁ INDICADO PARA TODAS AS CLASSES DE DVC, DEVENDO SER UTILIZADO EM COMPLEMENTO COM O TRATAMENTO COMPRESSIVO



internacionais mais recentes (Guidelines UIP 2018) com o maior n.º de recomendações fortes no alívio de sintomas e sinais.⁴ Também em estadios mais avançados como a úlcera, a FFPM foi classificada com evidência máxima (evidência A).⁴ As guidelines internacionais 2018 referem ainda não terem considerado os suplementos alimentares devido à sua falta de evidência científica.⁴ A compressão elástica é uma componente fundamental no tratamento não farmacológico da insuficiência venosa

crónica, requerendo utilização rigorosa. A aplicação de compressão graduada favorece a reabsorção do edema e previne a sua formação, diminui o calibre venoso, aumentando, consequentemente, a velocidade de fluxo, e reduz o refluxo venoso em ortostatismo.⁵ Como medidas não farmacológicas a aconselhar, destacam-se:

- > Exercitar as pernas em todas as circunstâncias, evitar permanecer de pé e sentado por tempo prolongado/posição ortostática prolongada;
- > Praticar exercício físico/desporto

A PROCURA DE AJUDA JUNTO DO FARMACÊUTICO É MUITAS VEZES A PRIMEIRA OPÇÃO QUANDO SURGEM PROBLEMAS RELACIONADOS COM A CIRCULAÇÃO VENOSA

- regularmente e com sapatos apropriados;
 - > Evitar lugares quentes (o aumento do calor nas pernas favorece a dilatação das veias, diminuindo a circulação venosa/aumentando a estase);
 - > Permanecer em locais frescos, uma vez que o frio é favorável à contração das veias;
 - > Prevenir a obstipação e excesso de peso, responsáveis pelo aumento da pressão sanguínea nas veias;
 - > Usar sapatos apropriados, evitando sapatos de salto alto e sapatos planos sem salto;
 - > Reconhecer situações que podem agravar este problema, tais como a gravidez ou a contraceção oral;
 - > Massajar as pernas regularmente.
- A procura de ajuda junto do farmacêutico é muitas vezes a primeira opção quando surgem problemas relacionados com a circulação venosa. Neste sentido, é importante que os farmacêuticos assumam uma postura pró-ativa na sensibilização da população sobre estes problemas e que estejam preparados para responder adequadamente às situações apresentadas.

BIBLIOGRAFIA

1. Matos, António Albuquerque de Mansilha A, Brandão ES. Recomendações do diagnóstico e tratamento da doença venosa crónica. 2011.
2. Writing Committee, Wittens C, Davies AH, Bækgaard N, Broholm R, Cavezzi A, et al. Editor's Choice – Management of Chronic Venous Disease. Eur J Vasc Endovasc Surg [Internet]. 2015;49(6):678–737. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1078588415000970>.
3. Phlebology AC of. PRACTICE GUIDELINES Superficial Venous Disease Treatment of Superficial Venous Disease of the Lower Leg. :1–8.
4. International Angiology, 2018 UIP Guidelines, Junho 2018
5. Medeiros J, Mansilha A. Estratégia terapêutica da doença venosa crónica. Angiol e Cir Vasc [Internet]. 2012;8. Available from: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-706X2012000300001

daflon® 500

Bioflavonoides - Fração Flavonóica Purificada Micronizada

Bioflavonoides micronizados¹

para uma

ELEVADA EFICÁCIA CLÍNICA²



Doença venosa crónica
Doença hemorroidária

2 a 6 comp./dia

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO | NOME DO MEDICAMENTO*: Daflon 500. **COMPOSIÇÃO*:** Bioflavonoides (Fração flavonóica purificada micronizada). Cada comprimido revestido por película de 500 mg contém: 90% de diosmina, ou seja 450 mg por comprimido revestido por película; 10% de flavonoides expressos em hesperidina, ou seja 50 mg por comprimido revestido por película. **FORMA FARMACÊUTICA*:** Comprimido revestido por película, cor de salmão e de forma oval. **INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS*:** Tratamento dos sintomas e sinais relacionados com a insuficiência venosa (pernas pesadas, dor, cansaço, edema). Tratamento sintomático da crise hemorroidária. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO*:** Posologia habitual: 2 comprimidos revestidos por película por dia. Na crise hemorroidária: nos 4 primeiros dias: 6 comprimidos revestidos por película repartidos em 3 tomas; nos 3 dias seguintes: 4 comprimidos revestidos por película repartidos em 2 tomas; em seguida voltar à posologia de manutenção: 2 comprimidos revestidos por película por dia. **CONTRAINDICAÇÕES*:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO*:** A administração deste medicamento no tratamento sintomático da crise hemorroidária não substitui o tratamento de outros problemas anais. Se não houver remissão dos sintomas, deve ser consultado um médico de forma a proceder-se ao exame proctológico e à revisão do tratamento, caso haja necessidade. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS E OUTRAS FORMAS DE INTERAÇÃO*:** Não foram realizados estudos de interação. **FERTILIDADE, GRAVIDEZ E ALEITAMENTO*:** Gravidez: O tratamento deve ser evitado. Estudos experimentais no animal não evidenciaram efeito teratogénico. Na espécie humana, até hoje, não foram referidos efeitos adversos. Amamentação: Na ausência de dados sobre a excreção no leite materno o tratamento deve ser evitado durante a amamentação. Fertilidade: Estudos de toxicidade em ratos machos e fêmeas não mostraram efeitos na fertilidade. **EFEITOS SOBRE A CAPACIDADE DE CONDUZIR E UTILIZAR MÁQUINAS*:** **EFEITOS INDESEJÁVEIS*:** Frequentes: diarreia, dispepsia, náuseas, vômitos. Pouco frequentes: colite. Raros: tonturas, cefaleias, mal-estar geral, erupções cutâneas, prurido, urticária. Frequência desconhecida: dor abdominal, edema isolado da face, dos lábios e das pálpebras. Excepcionalmente edema de Quincke's. **SOBREDOSAGEM*:** Não foram descritos casos de sobredosagem. Em caso de sobredosagem acidental, aplicar as medidas básicas de emergência para estas situações. **PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS*:** Daflon 500 exerce uma ação sobre o sistema vascular de retorno: ao nível das veias, diminui a distensibilidade venosa e reduz a estase venosa; ao nível da microcirculação, normaliza a permeabilidade capilar e reforça a resistência capilar. **APRESENTAÇÃO:** Caixa de 60 comprimidos revestidos por película. **TITULAR DA AIM:** Servier Portugal - Especialidades Farmacêuticas, Lda. Av. António Augusto de Aguiar, 128, 1069-133 LISBOA. Tel: 213122000. Para mais informações deverá contactar o titular de AIM. Daflon 500 é um **MNSRM**. RCM aprovado em 07.2015. IECRCM 02.03.2018.

*Para uma informação completa por favor leia o Resumo das Características do Medicamento.

1. Dossier de Registo aprovado

2. Garner RC et al, *Journal of Pharmaceutical Sciences*, 2002; 91, 1:32-40.

HIPERSENSIBILIDADE DENTÁRIA



PEDRO MESQUITA

VICE-PRESIDENTE
DA SOCIEDADE
PORTUGUESA DE
ESTOMATOLOGIA E
MEDICINA DENTÁRIA
(SPEMD)

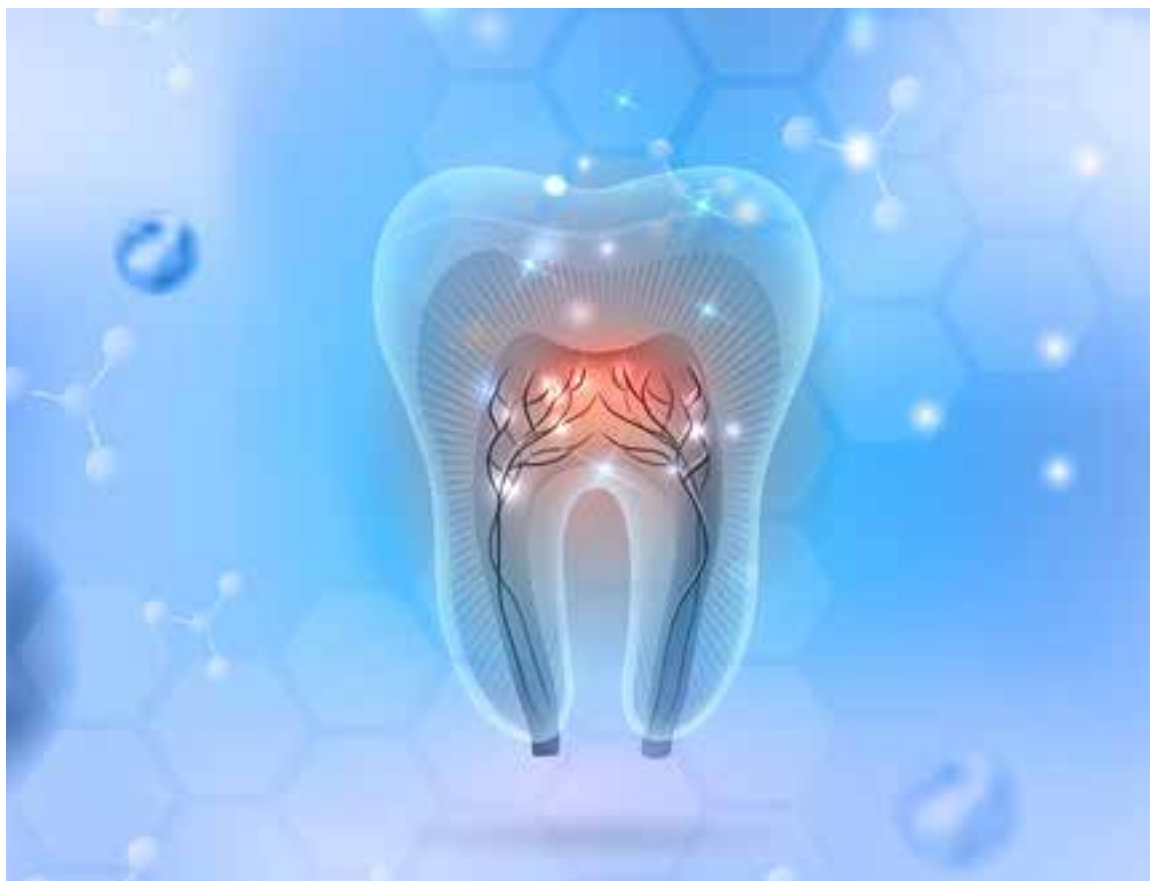
A hipersensibilidade dentária ou dentinária é um problema dentário que atinge uma grande parte da população, principalmente, adulta. Surge, mais frequentemente em pessoas com idade compreendida entre os 20 e os 40 anos apesar de poder afetar qualquer pessoa, em qualquer idade. É uma patologia que causa muito desconforto/dor e inconvenientes podendo condicionar os hábitos alimentares e de higiene oral. Em casos mais graves, o simples toque na zona afetada com a escova dentária pode desencadear dor extrema.

Todos os dentes humanos são constituídos por quatro tipos de tecidos. Três tecidos duros, designados esmalte, cimento e dentina, e um tecido mole, mais central, denominado de polpa dentária. É neste último, popularmente conhecido como “o nervo do dente”, que se localizam os nervos, as terminações nervosas e os vasos sanguíneos do dente. A dentina, tecido que se encontra externamente à polpa dentária revestindo-a e protegendo-a, é formada por milhares de orifícios e de pequenos tubos que se estendem desde

a parte mais externa até à polpa. Estes tubos têm de estar devidamente isolados do exterior, sendo esse isolamento proporcionado, em condições normais, pelo esmalte e pelo cimento. Estes dois tecidos que revestem externamente os dentes, respetivamente na coroa e na sua raiz, constituem tecidos que protegem os dentes das agressões ambientais, impedindo que os estímulos atinjam a polpa dentária. Quando esmalte e cimento são danificados ou desgastados, por exemplo, pela ação danosa de uma escovagem dentária agressiva, a dentina fica exposta e os estímulos externos, como o frio, o quente, o ácido ou o doce, passam através dos seus tubos, atingindo os nervos localizados na polpa, desencadeando a dor típica da hipersensibilidade dentária. Esta exposição de dentina pode observar-se em qualquer zona do dente, embora ocorra mais frequentemente na zona voltada para o exterior junto às gengivas. A dor característica de hipersensibilidade dentinária é uma dor aguda, súbita, forte e, normalmente, de curta duração, começando de

forma repentina, por ação de um estímulo, e desaparecendo, quase de imediato, após a sua retirada, por exemplo, um alimento ou bebida fria ou um alimento muito doce. Os estímulos responsáveis pela hipersensibilidade podem ser de três tipos: mecânicos, térmicos ou químicos. Nos primeiros incluímos, por exemplo, a escovagem dentária, o uso incorreto do fio dentário e do palito ou os tratamentos dentários ou higiene oral (destartarização) realizada por um profissional de saúde oral. Nos térmicos incluímos a temperatura dos alimentos ou os

A HIPERSENSIBILIDADE DENTÁRIA OU DENTINÁRIA É UMA PATOLOGIA QUE CAUSA MUITO DESCONFORTO/DOR E INCONVENIENTES PODENDO CONDICIONAR OS HÁBITOS ALIMENTARES E DE HIGIENE ORAL



choques térmicos bruscos causados, por exemplo, pelas enormes diferenças de temperatura observadas quando comemos um gelado e bebemos um café logo de seguida. Nos estímulos químicos incluímos as alterações de pH motivadas, por exemplo, pela influência dos ácidos ou dos açúcares presentes na alimentação. A confirmação do diagnóstico é feita por um profissional de saúde oral, normalmente pelo médico dentista ou médico estomatologista com base na realização de um questionário e exame clínico. Devem ser eliminadas outras possíveis situações, como por exemplo, fraturas do dente, restaurações defeituosas, trauma oclusal, etc, que podem

apresentar sintomas muito semelhantes. A melhor forma de prevenir a hipersensibilidade dentinária passa, entre outros aspetos, pela realização de uma correta escovagem dos dentes, com uma escova macia ou média, evitando a escovagem das superfícies externas dos dentes na horizontal, evitando a utilização de pastas de dentes muito abrasivas, diminuindo a frequência de ingestão de alimentos e de bebidas ácidas ou doces altamente agressivos para o esmalte e, particularmente, para o cimento e, finalmente, tendo uma boa oclusão ou mordida, sem zonas com carga excessiva, sendo importante, nesse sentido, ter os dentes corretamente

posicionados nas arcadas dentárias. Os sintomas da hipersensibilidade podem regredir sem tratamento. Contudo, em muitos casos, é necessário proceder ao seu tratamento que é variado e mais ou menos complexo, diferindo de acordo com os fatores que a originaram. Deve, por isso, ser feita uma avaliação, caso a caso, pelo profissional de saúde, médico dentista ou médico estomatologista. O tratamento é estabelecido em função da severidade do problema. Pode ser realizado em consultório ou em casa. Quando se trata de um dente isolado, o tratamento é, normalmente realizado em consultório, mediante a aplicação

de substâncias dessensibilizantes, como por exemplo, os vernizes com flúor. Sempre que o problema é generalizado, o tratamento deve ser realizado em consultório e complementado em casa, com recurso a pastas dos dentes contendo diferentes substâncias como o fosfato de cálcio, o fluoreto de sódio, o fluoreto de estanho, o sulfato de magnésio ou o nitrato de potássio. Nos casos mais severos pode ser necessário recobrir a zona afetada recorrendo a tratamento dentário realizado com adesivos e resinas compostas ou ionómeros de vidro. Diferentes tipos de laser também têm sido, mais recentemente, utilizados na dessensibilização de dentes. Nos casos mais extremos, e como última alternativa, pode ser necessário proceder à desvitalização do dente. Em resumo, a hipersensibilidade dentinária é uma sensibilidade exagerada observada em um ou mais dentes quando na presença de estímulos, muitas vezes, normais. Nem sempre significa que o nervo ou a polpa dentária se encontram doentes. Na maior parte das vezes, o isolamento da dentina e da polpa está comprometido, passando esta última a estar desprotegida e mais vulnerável aos estímulos externos. Nesses casos, é fundamental a visita ao seu médico dentista ou estomatologista.



MIGUEL MELO
MÉDICO
ENDOCRINOLOGISTA
DO SERVIÇO DE
ENDOCRINOLOGIA,
DIABETES E
METABOLISMO DO
CENTRO HOSPITALAR
E UNIVERSITÁRIO
DE COIMBRA

A importância de assegurar um aporte de iodo adequado

E

studos indicam que, em Portugal, quatro em cada cinco grávidas apresentam níveis de iodo insuficientes. Face a esta realidade, as orientações de entidades como a Direção-Geral da Saúde (DGS) são claras, tal como refere Miguel Melo, as grávidas e as mulheres a amamentar devem «ter uma alimentação saudável, que inclua alimentos ricos em iodo, para além de serem suplementadas com iodeto de potássio, pois só assim se assegura um aporte de iodo adequado».

O IODO E A GESTAÇÃO

Qual a principal função do iodo, durante a gestação?

A principal função do

iodo é permitir a síntese das hormonas tiroideias (T3 e T4). Na verdade, o iodo representa mais de metade do peso

molecular de cada uma destas hormonas, sendo a tiroide o reservatório de 99% do conteúdo total de iodo do organismo. As

hormonas tiroideias são essenciais à organogénese e crescimentos fetais, sendo particularmente importantes para o correto

desenvolvimento do sistema nervoso central. No primeiro trimestre da gravidez, a tiroide materna aumenta em 30-50% a síntese de hormonas tiroideias; a partir do início do segundo trimestre, a tiroide fetal começa progressivamente também a produzir hormonas. Por esse motivo, existe um aumento da necessidade em iodo durante a gravidez, recomendando-se um aporte médio de 250 μg /dia (o recomendado fora do contexto da gravidez, para adultos, é 150 μg /dia).

Porque surgiu a orientação da DGS acerca da suplementação com iodo, durante a gravidez?

A orientação da DGS, recomendando a suplementação com iodo para a generalidade das grávidas em Portugal, surgiu após o conhecimento da preocupante realidade portuguesa relativamente à carência de iodo durante a gravidez.

É hoje reconhecido que a Europa é um continente onde a deficiência ligeira de iodo é prevalente, existindo carência de aporte iodado durante a gestação em 30% dos países. Para este facto contribuíram alterações recentes no padrão alimentar.

O peixe, o sal e os produtos lácteos, desde há muito, constituem as principais fontes de iodo na alimentação. O consumo de sal e de leite sofreu uma redução; o primeiro pelas medidas de prevenção

cardiovascular e o segundo por opção da população.

Por outro lado, o conteúdo em iodo destes alimentos também é, hoje, menor: o peixe de aquacultura, maioritariamente consumido na atualidade, não parece ter o mesmo conteúdo em iodo do peixe selvagem; o leite tem o seu teor em iodo reduzido pela modificação do desinfetante habitualmente utilizado para prevenir mastites e pela redução da farinha de peixe utilizada nas rações destinadas ao gado bovino. Seguindo as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do International Council for Iodine Deficiency Disorders (ICCIDD-IGN), o grupo de estudos da tiroide da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo (SPEDM) promoveu um estudo multicêntrico de âmbito nacional, o qual mostrou que quatro em cada cinco grávidas não apresentam níveis de iodo considerados como adequados.

A IMPORTÂNCIA VITAL DA SUPLEMENTAÇÃO

Uma alimentação mais equilibrada e reforçada em alimentos ricos em iodo pode suprir as necessidades aumentadas deste elemento, durante a gravidez?

Tanto quanto sabemos, não. Na realidade europeia atual, apenas os países em que é obrigatório o enriquecimento alimentar em iodo asseguram um

AS GRÁVIDAS E MULHERES A AMAMENTAR DEVEM TER UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL, QUE INCLUA ALIMENTOS RICOS EM IODO, PARA ALÉM DE SEREM SUPLEMENTADAS COM IODETO DE POTÁSSIO

aporte adequado para a generalidade da população, podendo, mesmo nesse contexto, ser necessário suplementar as gestantes. Em países como Portugal, a maior parte da população já se encontra, habitualmente, no limiar da deficiência ligeira de iodo, o que faz com que na gravidez, na qual há um aumento das necessidades em cerca de 50%, não seja possível assegurar um aporte suficiente de iodo apenas através da alimentação.

O insuficiente aporte de iodo parece manter-se mesmo quando são utilizados multivitamínicos contendo iodo. Dados do Reino Unido mostraram que grávidas a fazer multivitamínicos contendo iodo também apresentavam iodúrias abaixo do recomendado, o que se deveu à composição inadequada em iodo do multivitamínico,

revelando-se este ineficiente em proporcionar à grávida um aporte suficiente deste oligoelemento (salienta-se que, nos estudos realizados, vários compostos também não apresentavam o conteúdo em iodo que anunciavam). Este conjunto de fatores levou a que a DGS recomendasse que as grávidas e mulheres a amamentar devam ter uma alimentação saudável, que inclua alimentos ricos em iodo, para além de serem suplementadas com iodeto de potássio, pois só assim se assegura um aporte de iodo adequado.

Será possível, através da iodúria, ter conhecimento do estado nutricional da gestante? Haverá alguma forma eficaz de fazer esta aferição individual?

Apesar de a iodúria ser o método de escolha para a avaliação do aporte iodado de uma população, as sociedades científicas recomendam que não deverá ser utilizada para a avaliação individual. São vários os fatores que estão na base desta recomendação, nomeadamente o facto de existirem grandes variações na mesma pessoa num curto intervalo de tempo (grande variabilidade intra-individual) e do método de quantificação não estar validado na maior parte dos laboratórios. A iodúria em colheita de urina ao acaso apenas é um bom marcador a nível epidemiológico, devendo os grupos avaliados ter

uma constituição mínima de 30 indivíduos e ser utilizada a mediana dos valores encontrados. Também não existe outra forma de fazer esta aferição individual com efetividade. Estes factos, combinados com a enorme segurança da suplementação iodada, levaram a que todas as sociedades científicas recomendassem a suplementação generalizada das grávidas e lactantes.

SEGURANÇA E CASOS ESPECIAIS

Se a grávida tiver uma iodúria considerada adequada e fizer o aporte suplementar, quais as consequências (quer para a gestante quer para o feto)?

Nenhumas, uma vez que a suplementação com iodo é muito segura. De facto, a ingestão de iodo apenas poderá tornar-se prejudicial quando ultrapassa valores



superiores a 500-1100 $\mu\text{g}/\text{dia}$, valores que são praticamente impossíveis de atingir com um regime alimentar normal em associação com suplementos vitamínicos pré-natais e/ou medicação com iodeto de potássio. Uma enorme sobrecarga iodada pode provocar disfunção tiroideia, mas estes casos ocorrem sobretudo quando agentes com um enorme conteúdo em iodo (agentes de contraste iodado, amiodarona, etc.) foram administrados a pessoas com patologia da tiroide preexistente.

Quem são as grávidas que estão excluídas desta suplementação? Haverá algum grupo/perfil de gestante que, não estando excluído da suplementação, requererá especial atenção?

Desde logo, todas as grávidas com patologia da tiroide conhecida, morfológica ou funcional. Uma vez que a patologia da tiroide é frequente em mulheres, recomenda-se também uma atenção particular a populações que tenham risco acrescido de disfunção tiroideia, nas quais se incluem as mulheres com história familiar de disfunção tiroideia, com diabetes mellitus tipo 1 ou outra doença autoimune que, frequentemente, esteja associada a tiroidite de Hashimoto, mulheres com infertilidade, mulheres com obesidade classe III e mulheres com mais de 30 anos.

Quais os meios disponíveis para excluir eventual contraindicação para a suplementação? Estão recomendadas

algumas análises à função tiroideia durante a gravidez?

Para além da simples inspeção cervical procurando um bócio, a principal forma de excluir contraindicação à suplementação com iodo é dosear a TSH.

A própria DGS recomenda o doseamento da TSH não apenas nas gestantes com bócio ou antecedentes de outra patologia tiroideia, como também nas que apresentem história familiar de doença tiroideia, anticorpos antitiroideus elevados, diabetes tipo 1 ou outras doenças autoimunes, irradiação cervical ou abortos de repetição.

Há alguma relação entre a suplementação com iodo e a ocorrência de doença da tiroide, durante ou após a gestação?

Não existe relação entre a suplementação com iodo e a ocorrência de novo de patologia tiroideia durante ou após a gestação. Uma das preocupações iniciais dos endocrinologistas foi a possibilidade que a suplementação com iodo pudesse aumentar a incidência de tiroidite pós-parto. Vários estudos demonstraram que a suplementação com iodo durante a gravidez ou durante a amamentação não alterou a incidência desta patologia. Este é um ponto que reforçou a segurança da suplementação iodada na gravidez, desde que sejam excluídas as mulheres com patologia da tiroide preexistente.

NÃO EXISTE RELAÇÃO ENTRE A SUPLEMENTAÇÃO COM IODO E A OCORRÊNCIA DE NOVO DE PATOLOGIA TIROIDEIA DURANTE OU APÓS A GESTAÇÃO



Gerar com Saúde faz nascer sorrisos

Yodafar[®]
iodeto de potássio



.....
1 comprimido x dia
.....

Preconceção
Gravidez
Aleitamento^{5,6}



.....
Durante a gravidez a carência de IODO pode comprometer o desenvolvimento cognitivo nas crianças (ou na descendência)¹⁻⁴
.....

Medicamento sujeito a receita médica

Bial

YODAFAR 200 microgramas comprimidos e 300 microgramas comprimidos, contendo 262 ou 393 microgramas de iodeto de potássio, equivalente em cada comprimido, a 200 ou 300 microgramas de iodo.
Indicações terapêuticas: *Adultos:* correção de deficiências nutritivas; *Gravidez e Aleitamento:* correção de deficiências nutritivas e prevenção de defeitos do tubo neural e de distúrbios neurológicos do feto.
Posologia e modo de administração: *Adultos:* 120-150 microgramas/dia. *Gravidez e aleitamento:* 200-300 microgramas/dia. Não é adequado para crianças com menos de 12 anos de idade. **Contraindicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos outros excipientes. Bronquite aguda. Hipertiroidismo sintomático. Hipertiroidismo latente se a dose for superior a 150 microgramas/dia. Adenoma da tireoide. Insuficiência renal. **Advertências e precauções especiais de utilização:** O iodo urinário deve ser usado para avaliar o grau de carência em iodo bem como monitorizar e avaliar a sua correção. A quantidade adequada de iodo na dieta deve ser de, pelo menos, 150-300 microgramas por dia. O iodeto de potássio deve ser usado com precaução, no início do tratamento. Doentes que sofram de vasculite hipocomplementémica, bócio ou doença autoimune da tireoide apresentam risco de sofrer efeitos indesejáveis, consequentes da administração de iodo. Deve-se tomar especial precaução ao iniciar o tratamento em caso de doença renal, hipercaliémia, bócio ou tuberculose ativa. Deve-se tomar especial precaução se os sais de potássio forem administrados concomitantemente com diuréticos poupadores de potássio, pois pode ocorrer hipercaliémia. Os iodetos podem afetar a glândula da tireoide e, portanto, a administração destes fármacos pode interferir com os testes da função tiroideia. **Efeitos indesejáveis:** Os efeitos secundários pouco frequentes (podem afetar entre 1 e 10 em cada 1000 pessoas) são: bócio, hipertiroidismo e hipotiroidismo, púrpura trombocitopénica trombótica, náuseas e dor abdominal, sabor metálico e aumento de salivação, urticária, angioedema e erupções exantematosas, periarterite fatal, edema (incluindo edema facial e da glote), reações de hipersensibilidade, sinais e sintomas semelhantes à doença do soro: febre, artralgias, crescimento dos gânglios linfáticos e eosinofilia. **Data da revisão do texto:** 11/2012 **Apresentação:** YODAFAR 200 mcg, cx.50 comprimidos; YODAFAR 300 mcg, cx.50 comprimidos **Comparticipação:** Portugal - Yodafar 200 69% (RG);84% (RE); Yodafar 300 (Não participativo). **Medicamento sujeito a receita médica.** Consultar o RCM completo para informação detalhada. *Para mais informações relacionadas com o medicamento e questões médicas contactar a Secção de Assuntos Médicos de BIAL - Portela & C^o, S.A. Tel.: +351 229866100, email: farmacovigilancia@bial.com. Titular da AIM: Bialport - Produtos Farmacêuticos, S.A. - À Av. da Siderurgia Nacional • 4745-457 S. Mamede do Coronado- Portugal • NIPC 504404512. DDVSAM180323*

Ref. Bibliográficas - 1. Haddow JE, Maternal thyroid deficiency during pregnancy and subsequent neuropsychological development of the child. N Engl J Med. 1999;341:549-55. 2. Vermiglio F, Attention deficit and hyper activity disorders in the offspring of mothers exposed to mild-moderate iodine deficiency: a possible novel iodine deficiency disorder in developed countries. J Clin Endocrinol Metab. 2009;89:6054-60. 3. Berbel P, Mestre JL, Santamaría A, Palazón I, Franco A, Graells M, González-Torga A, de Escobar GM. Delayed neurobehavioral development in children born to pregnant women with mild hypothyroxinemia during the first month of gestation: the importance of early iodine supplementation. Thyroid. 2009;19(5):511-9. 4. The Iodine Global Network (IGN). REPORT OF THE IGN MEETING, LONDON 2016. Disponível em <http://www.ign.org/ukiodinemeeting.htm>. Acedido em 10.11.2016 5. RCM - YODAFAR[®] data da última revisão do texto (11/2012). 6. Direção-Geral da Saúde. Aporte de iodo em mulheres na preconceção, gravidez e amamentação. Disponível em www.dgs.pt. Acedido em 2016.01.21. **DGS:** Direção-Geral da Saúde. DDR: Dose Diária Recomendada.

GRUPO AZEVEDOS: UMA APOSTA DE FUTURO

O Grupo Azevedos é um dos mais sólidos grupos farmacêuticos nacionais e um dos mais antigos da Europa. Conta com mais de dois séculos ao serviço da medicina e na vanguarda do desenvolvimento farmacêutico. Desde a criação da botica Azevedo em 1775 até aos dias de hoje tem desenvolvido projetos e parcerias em mais de 90 países, fazendo com que o Grupo Azevedos se orgulhe do seu passado, mas assuma acima de tudo um compromisso com o presente e com o futuro! Conscientes de que percorreram um longo caminho, o Grupo Azevedos honra a sua tradição para continuar a merecer a confiança dos seus parceiros através da competência e rigor com que intervêm no mercado, bem como pela partilha dos valores em que sempre acreditaram. Com uma equipa de cerca de 400 colaboradores, é um grupo de base industrial que atua em todo o circuito do medicamento através de um conjunto de empresas especializadas em todas as valências do sector farmacêutico, desde a investigação à produção, da logística à comercialização,

com marcas próprias e licenciadas. Graças a um ambicioso plano de investimentos que tem vindo a ser implementado ao longo dos últimos anos em I&D e na modernização da tecnologia industrial, tem, à data, uma capacidade de produção superior a 90 milhões de unidades por ano. A Sofarimex, unidade de

O GRUPO AZEVEDOS ACREDITA QUE O SEU SUCESSO SE DEVE NÃO SÓ AO FACTO DE TER ESTADO SEMPRE NA VANGUARDA DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA, MAS PRINCIPALMENTE PELO FACTO DE TER SEMPRE PRESENTE O SEU OBJETIVO ESSENCIAL: UM ESTREITO COMPROMISSO COM OS DOENTES

produção inaugurada em 1994, com 100% do capital social pertencente ao Grupo Azevedos, é hoje a maior fábrica portuguesa de medicamentos e uma referência no meio, um estado de arte no sector, que satisfaz amplamente as mais elevadas exigências e dá respostas às necessidades do mercado. Conta com um portefólio com mais de 600 produtos, divididos em diversas áreas terapêuticas.

No que se refere especificamente ao mercado de medicamentos Genéricos, este tem representado uma enorme aposta do Grupo Azevedos ao longo dos últimos 15 anos, com produção maioritariamente própria.

O mercado dos Medicamentos Genéricos (MG) em Portugal tem sofrido várias alterações, especialmente na última década, relacionadas com alteração de políticas e legislação, mas também com o aumento do seu consumo, indissociável do acréscimo de confiança por parte dos portugueses.

Acompanhando a procura e a confiança crescentes, o Grupo Azevedos tem vindo a aumentar significativamente

o seu portefólio de medicamentos genéricos, sendo que, nos últimos três anos, os Genéricos Azevedos foram, dentro do seu segmento, os que obtiveram maiores crescimentos no mercado nacional.

O Grupo Azevedos exporta mais de 75% da sua produção para diversos continentes. Tem hoje uma presença comercial em mais de noventa países, para além de uma presença direta em vários mercados internacionais, sendo Moçambique particularmente importante para o Grupo, onde atua através da Medis, importadora e distribuidora própria. O Grupo Azevedos acredita que o seu sucesso se deve não só ao facto de ter estado sempre na vanguarda da indústria farmacêutica, mas principalmente pelo facto de ter sempre presente o seu objetivo essencial: um estreito compromisso com os doentes, contribuindo através do seu trabalho, empenho, inovação e experiência para uma melhor e mais longa qualidade de vida, permitindo colocar à disposição das gerações futuras novos produtos e terapêuticas.

Um evento corporate com “touch”

No NewsMuseum, os eventos da sua organização são modernos e originais devido às nossas plataformas avançadas de entretenimento inteligente e interativo – onde (quase) tudo é *touch*. Uma experiência em VR, outra num ecrã tátil de 67 m2. Uma projeção em 360°, a gravação de “vivos” em TV e Rádio. Lançamentos de produtos e serviços, encontros de *team building*, reuniões ativas podem ser transformados numa moderna aventura mediática produzida pela nossa equipa.

Visite na Vila de Sintra o mais moderno e interativo centro europeu dedicado ao Jornalismo, aos Media e à Comunicação. E desafie-nos com a sua ideia para um evento corporate com um *touch* especial.

www.newsmuseum.pt

info@newsmuseum.pt
T. +351 201 126 600



**NEWS
MUSEUM**
@LISBOA_SINTRA

AZEVEDOS Genéricos



Há mais de dois séculos, o seu parceiro na vida.

Cada vez mais doentes e Profissionais de Saúde confiam nos Genéricos Azevedos

OBRIGADO!
POR CONFIAR NA NOSSA EXPERIÊNCIA