ORDEM DOS MÉDICOS
CABO-VERDIANOS

# Revista
## da ORDEM DOS MÉDICOS

www.ordemdosmedicos.cv

III Série Nº 24 - Janeiro a Junho de 2019

# Informação geral para os autores

## NORMAS DE PUBLICAÇÃO NA REVISTA DA ORDEM DOS MÉDICOS CABO-VERDIANOS

A Revista da Ordem dos Médico Cabo-verdianos (ROMC) é uma Revista científica, propriedade da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos, que visa a promoção e atualização do conhecimento médico.

Tem periodicidade bianual (no primeiro e segundo trimestres).

A ROMC inclui uma parte destinada a notícias relevantes da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos e outra parte sobre artigos científicos.

A publicação de artigos na revista implica que sejam originais ou, caso já tenham sido publicados noutras revistas, que detenham autorização explícita para a sua publicação na ROMC, pela revista onde foi originalmente publicada.

Ao submeter os seus trabalhos, os autores deverão indicar que tipo de artigo se trata (Pesquisa, Casos clínicos, Artigos de Revisão, Imagens em Medicina, História da Medicina em Cabo Verde, Pagina do Estudante e Carta à Redacção).

Os artigos publicados ficarão sob propriedade da ROMC, não devendo ser reproduzidas noutras revistas sem o conhecimento e consentimento do Corpo Redatorial da mesma.

Os trabalhos deverão ser submetidos, por via eletrónica, para o e-mail revistaomc@gmail.com, sendo que o texto deve ser enviado no formato Word (PDF, facultativo) e as imagens em JPEG.

O conteúdo dos trabalhos é da inteira responsabilidade dos autores, sendo que a submissão do artigo para publicação implica que tenha sido verificado e cumprido todos os aspetos legais e éticos inerentes assim como o consentimento informado do paciente/familiar/instituição e anexada a carta de submissão do mesmo.

A submissão do artigo deverá ser até 3 meses antes da data da sua distribuição (1º Trimestre e 4 º Trimestre).

Após análise do artigo será contactado o primeiro autor do artigo, até 3 semanas após a respetiva receção.

De forma geral, os artigos devem ser escritos em português, letra *Candara* , tamanho 11, identificação dos autores (nomes, destacando o primeiro autor, formação, local de trabalho, Instituição e e-mail).

Não deve conter abreviatura, sem ser mencionado previamente o termo a que se refere (exceto aquelas internacionalmente aceites). Devem ser utilizadas medidas internacionais e o nome dos medicamentos deverá ser escrito de acordo com o princípio ativo. A posologia deve ser referida de acordo com as regras internacionais de prescrição.

Os artigos de Pesquisa devem incluir um resumo estruturado (Introdução, Material e Métodos, Resultados e Conclusão). Os outros trabalhos também devem conter um resumo contudo não necessariamente estruturado.

O resumo pode ser traduzido para Inglês *(Abstract)* e deve conter no máximo, 250 caracteres.

A seguir ao resumo, antes da descrição pormenorizada do trabalho, devem ser apontadas Palavras-chave.

As tabelas e gráficos do trabalho devem ser enviados em separado, enumerados de acordo com a citação no texto, com respetiva legenda e fonte. As imagens também devem ser acompanhadas de legenda.

Todos os artigos (facultativo no Editorial), devem incluir referências bibliográficas, cujas citações devem ser com o estilo Vancouver (http://www.icmje.org/recommendations).

Os agradecimentos, quando aplicável, devem ser referidos após a conclusão do artigo, de forma breve.

**Nota:** O regulamento das normas de publicação, será disponibilizado no site da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos.

Ministério da SAÚDE

# CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO

COMO PREENCHER CORRETAMENTE O CIT

## 1 Identificação e Declaração do Médico

O Médico _____ **Portador da**

Cédula n.º _____ emitida pela Ordem dos Médicos, declara por sua honra que observou o doente cuja identidade confirmou, tendo verificado que o mesmo se encontra em estado de doença incapacitante para o trabalho.

## 2 Identificação do Beneficiário e do Familiar Internado

N.º de Identificação na Previdência Social _____ Data Nascimento _____ (Dia) (mês) (ano)

Beneficiário _____

Nome do Familiar doente _____

Parentesco _____

## 3 Classificação de Incapacidade

- Doença Natural ☐
- Doença Directa ☐
- Acompanhamento ao filho Internado ☐
- Acidente Trabalho ☐
- Acidente Viação ☐
- Outros ☐

## 4 Período de Incapacidade

☐ Inicial ☐ Prorrogação

Data Início _____

Data Termo _____

N.º de dias _____ (dias) (n.º de dias por extenso)

Internamento Sim ☐ Não ☐

## 5 Fundamentação para a Ausência do Domicílio

Rubrica do Médico_____

## 6 Autenticação

Nome e carimbo do Estabelecimento de Saúde

_____

Data _____ (dias) (mês) (ano)

Assinatura do Médico _____

A posição do carimbo/ etiqueta do Médico

**Este exemplar deve ser remetido Entidade Gestora da Protecção Social Obrigatória no prazo máximo de 10 dias, sob pena de o subsídio ser atribuído a contar da data da sua entrega**

1. O médico deve se identificar;
2. Identificar corretamente o beneficiário (doente);
3. O motivo da incapacidade (baixa médica) deve ser classificado;
4. Obrigatoriedade de indicar a data de início e a data do termo;
6. Obrigatoriedade de autenticação e assinatura do médico.

**NOTA**

1 - ESTE DOCUMENTO SÓ DEVE SER UTILIZADO EXCLUSIVAMENTE PARA EFEITOS DE **PRESCRIÇÃO DE BAIXA MÉDICA POR MOTIVO DE DOENÇA.**

2 - TODOS OS CAMPOS SÃO DE **PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO**.

# SUMÁRIO


## Pesquisas pág. 06

- Casuística de exames endoscópicos Realizados no HRSN
  Elsy Cardoso , Marcos Landim
- Trombólise endovenosa com alteplase em AVE isquêmico com suporte neurológico através da telemedicina em um hospital secundário
  P. Bulgarelli , J.A.P. Araujo , A.H.V. Andrade

## Casos Clínicos pág. 16

- Hipertensão arterial secundária
  José Prates Raposo , Lúcio Fernandes , Irenita Soares , Edna Moniz
- Síndrome de Sheehan
  Lígia Almeida , Nair Lucas

## Artigos Originais pág. 26

- DA EUTANÁSIA: Estudo ensaístico de índole e carácter formativo
  Francisco Fragoso
- Estágio no Hospital Agostinho Neto
  E. Valadas, A. Silva, I. Soares, T. Pais, R. Carvalho
- Protocolo de reversão do excesso de anticoagulação de urgência
  Paulo Almeida
- Vacinação contra o papilomavírus humano na prevenção do cancro
  Magali Sériné

## Especial OMC pág. 58

- Queremos colocar a experiência, o conhecimento e a competência inegável dos médicos ao serviço de políticas de saúde.
  EME - Marketing e Eventos


# FICHA TÉCNICA


**Propriedade**
Ordem dos Médicos Cabo-verdianos
Achada Santo António,
Av. OUA, C.P. 421, Praia,
Tel. 262 25 03 - Fax 262 30 99
Email: omecab@cvtelecom.cv
Site: www.ordemdosmedicos.cv

**Direcção da Revista**
Dra. Flávia Semedo

**Conselho Editorial**
Dra. Luísa Santiago
Dr. Murtala Keita
Dra. Valéria Semedo

**Edição**
EME - Marketing e Eventos, Lda.
Av. Santiago, Palmarejo
C.P. 835, Praia
Tel. 261 49 39 / 49 15
Fax 261 15 64
Email: eme@cvtelecom.cv

**Colaboram neste nº**
Elsy Cardoso
Marcos Landim
P. Bulgarelli
J.A.P. Araujo
A.H.V. Andrade
José Prates Raposo
Lúcio Fernandes
Irenita Soares
Edna Moniz
Lígia Almeida
Nair Lucas
Francisco Fragoso
E. Valadas
A. Silva
I. Soares
T. Pais
R. Carvalho
Paulo Almeida
Magali Sériné
Odair Varela (EME)

**Tiragem**
**1000 exemplares**

No decorrer do ano, as inspirações se renovam, bem como as convicções, consubstanciadas em promessas de contribuirmos com o melhor de nós para o bem comum. Foi com esse ânimo que elaboramos mais uma edição da ROMC, sempre na expectativa de ser uma mais-valia para a classe médica.

Nesta edição publicamos as Normas de Publicação na ROMC, conforme referimos na edição anterior. Nelas, como se pode constatar, foram acrescentados outros formatos de artigos, que permitirão a publicação de um leque mais variado de conteúdos, nomeadamente "Imagem em Medicina", "História da Medicina em Cabo Verde" e "Página do Estudante".

As publicações que têm como elemento central a imagem destinam-se à apresentação de aspetos relevantes detetados no exame físico ou nos exames complementares e à valorização desses dados no raciocínio clínico.

Quanto à História da Medicina em Cabo Verde, pretende-se com esta secção manter a robustez do fio condutor que nos conduziu do passado ao presente, promovendo desta forma a cultura e a literacia médica na área da saúde.

O Mestrado Integrado em Medicina da Universidade de Cabo Verde, iniciado em 2015, impele, obviamente, à criação de canais entre os estudantes de Medicina com a sua futura ordem profissional e a ROMC é um meio útil para esse fim.

A par disso, tendo em conta o aumento do número de artigos submetidos para publicação, antevendo que isso se mantenha, a fim de melhorar o rigor científico da revista, a Direção da mesma irá submeter para apreciação pelos novos dirigentes eleitos da OMC, o alargamento da equipa técnica, incluindo Editor-chefe, Editor Associado, Conselho Redatorial e Conselho Científico.

Nesta edição damos ainda destaque ao ato de tomada de posse dos órgãos eleitos da OMC.

Desta forma mais abrangente abraçamos mais este desafio, ansiando por um ano de 2019 próspero para todos e também para a nossa Revista.

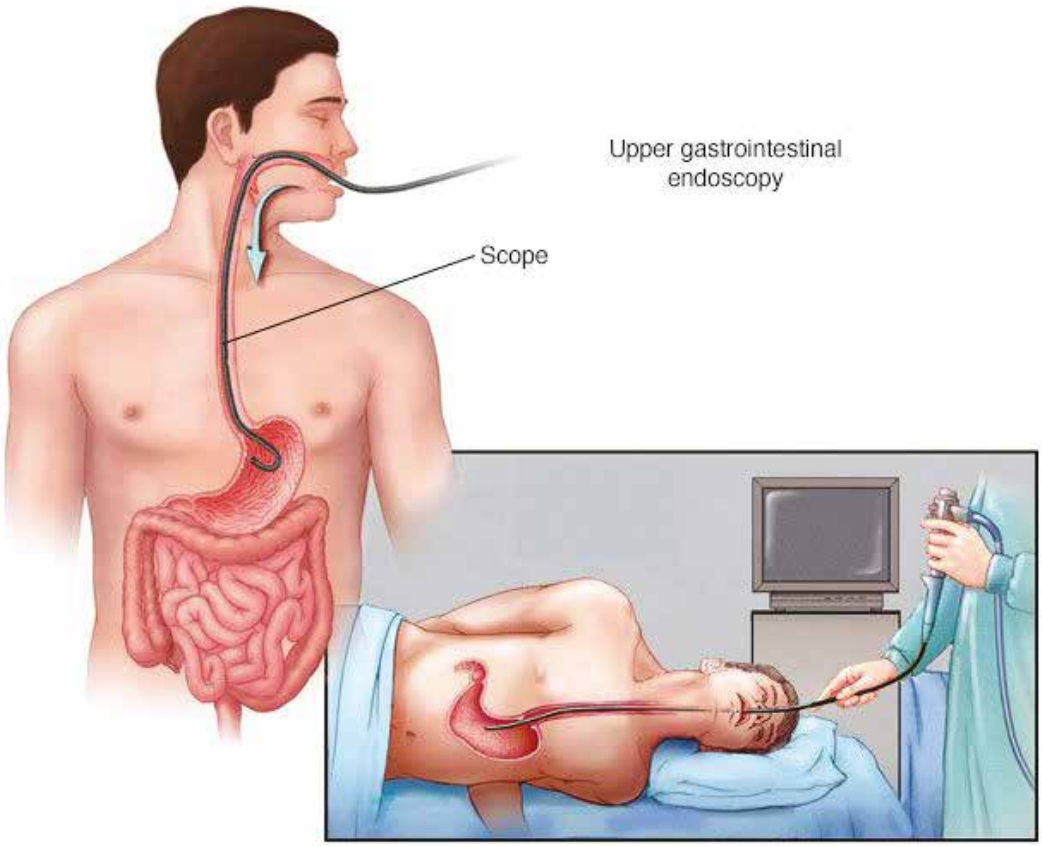
Directora da ROMC

# Casuística de exames endoscópicos realizados no HRSN

*Autores:*
*Elsy Cardoso [1], Marcos Landim [2]*

(1) Médica, Especialista em Medicina Interna, Pós-graduada em Endoscopia Digestiva, Responsável pelo Serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital Regional Santiago Norte

(2) Licenciado em Enfermagem, Serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital Regional Santiago Norte




## RESUMO

Objetivo: apresentar e analisar os dados casuísticos das endoscopias digestivas, realizadas no recém-criado Serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital Regional Santiago Norte (HRSN).

Método: Análise retrospectiva dos dados sobre os pacientes submetidos a endoscopia digestiva no serviço referido, desde a sua inauguração até a data (Abril a Novembro de 2018), nomeadamente: perfil demográfico, proveniência, motivo da solicitação do exame endoscópico e resultados/diagnósticos do exame.

Resultados: Entre abril e novembro de 2018 foram realizados no serviço um total de 200 exames endoscópicos, sendo 162 casos submetidos a endoscopia digestiva alta (EDA) e 38 casos a Endoscopia Digestiva Baixa (EDB). Desses, 67% eram do sexo feminino e 33% do sexo masculino. A idade média dos submetidos a EDA foi de 50,8 anos e dos que realizaram EDB de 50,5 anos. Quanto à proveniência, 30% dos pacientes estava internado no hospital e 70% estava em ambulatório.

Os principais motivos da realização desses exames

foram: epigastralgia crónica, dispepsia, dor abdominal e obstipação. Os principais diagnósticos endoscópicos foram: gastrites exantemáticas e erosivas, esofagites não erosivas e úlceras gástricas.

Nas gastropatias, mais de 50% dos casos foi submetido a biópsias e em 40% foi identificada a presença de *Helicobacter pylori.*

Não se registaram complicações, houve necessidade de repetição da EDB em dois pacientes devido a má preparação para o exame.

Conclusão: O estudo endoscópico do sistema digestivo é um procedimento essencial na investigação diagnóstica e passível de ser feita, em grande parte dos casos, em regime ambulatorial. Permite não só o diagnóstico de patologias nesse sistema, como também a realização de procedimentos terapêuticos, nomeadamente a colocação de ligaduras nas varizes esofágicas, escleroterapia nas hemorragias digestivas, entre outras. Contudo, trata-se de um procedimento invasivo e que comporta riscos para o paciente, que apesar de serem pouco frequentes, implicam necessariamente a sua utilização de forma criteriosa.

**Palavras-chave:** Endoscopia Digestiva, Hospital Regional Santiago Norte.

## INTRODUÇÃO

Os exames endoscópicos digestivos alto e baixo representam importantes meios de diagnóstico, pois permitem a avaliação de grande parte do tubo digestivo, com exceção do intestino delgado.

A sua importância é acrescida, pelo facto de permitir: a realização de biópsias, colheita de material para estudo biológico (suco gástrico) e medidas terapêuticas, nomeadamente a escleroterapia directa e colocação de ligaduras elásticas.

O serviço de endoscopia do HRSN começou a realizar os primeiros exames no dia 18/04/2018. A equipa é constituída por um médico e um enfermeiro. Os exames são realizados duas vezes por semana.

O trabalho ora apresentado tem por objetivo descrever e analisar os dados casuísticos das endoscopias digestivas realizadas no Serviço de Endoscopia Digestiva do Hospital Regional Santiago Norte.

Trata-se de uma análise retrospectiva sobre os dados dos pacientes submetidos a esses exames, no período compreendido entre abril e novembro de 2018, com recurso à consulta do processo clínico dos doentes e da base de dados do serviço.

## RESULTADOS

Nos primeiros sete meses do serviço foram realizados um total de 200 endoscopias digestivas, correspondendo 162 casos a EDA e 38 casos a EDB. Os exames foram todos realizados sob terapêutica anestésica e a todos os doentes deu-se previamente ao exame indicações sobre a preparação indicada para cada um dos exames.

Relativamente ao sexo, 67% eram do sexo feminino e 33% do sexo masculino.

A média etária foi sobreponível nos dois exames, correspondendo a 50,8 anos nos que realizaram EDA e 50,5 anos nos que realizaram EDB (EDA – idade máxima de 90 anos e mínima de 8 anos; EDB – idade máxima de 83 anos e mínima de 1 ano).

Quanto à proveniência, a maioria (70%) encontrava-se em ambulatório; os outros estavam internados nos Serviços do HRSN (30%).

Quanto aos diagnósticos endoscópicos, os mais frequentes foram: gastrite exantemática, gastrite erosiva, esofagite não erosiva e duodenite. Em 8,5% dos casos o exame foi normal (17 casos).

Foram realizadas biópsias em mais de 50% dos casos e todos os diagnósticos endoscópicos de neoplasias foram confirmadas pelo estudo anatomo-patológico.

Em 40% das biópsias gástricas efetuadas foi identificada a presença de *Helicobacter pylori.*

Outros procedimentos realizados consistiram em polipectomias e colocação de ligaduras elásticas nos casos de varizes esofágicas.

**Tabela 1:** Diagnósticos endoscópicos procedimentos terapêuticos

| Diagnóstico endoscópico e procedimento terapêutico | N° de casos |
|---|---|
| Gastrite exantemática | 92 |
| Gastrite erosiva | 26 |
| Úlceras gástricas | 8 |
| Esofagite não erosiva | 21 |
| Esofagite erosiva | 3 |
| Candidíase esofágica | 3 |
| Hérnia hiatal tipo I | 4 |
| Varizes esofágicas | 5 |
| Varizes gástricas | 1 |
| Duodenite | 6 |
| Pólipo gástrico | 1 |
| Pólipo esofágico | 1 |
| Ligadura elástica de varizes esofágicas | 2 |
| Divertículos colónicos | 3 |
| Neoplasia gástrica | 3 |
| Gastropatias congestivas | 2 |
| Colite | 2 |
| Normal | 17 |

Fonte: Base de dados do serviço.

Nos exames realizados até a data não se registaram complicações. Em dois casos de EDB verificou-se má preparação intestinal, pelo que o exame teve de ser reprogramado.

## CONCLUSÃO

O estudo endoscópico do sistema digestivo é um procedimento essencial na investigação diagnóstica e passível de ser feita, na maioria das vezes, em regime ambulatorial. Permite não só o diagnóstico de patologias nesse sistema, como também a realização de procedimentos terapêuticos, nomeadamente a escleroterapia, colocação de ligadura elástica, polipectomia, entre outros.

No presente estudo, constatou-se que os principais diagnósticos foram de patologias benignas. De destacar o facto de apenas dois casos de patologia digestiva baixa nos 38 pacientes em que foi realizada a EDB. Isso pode levar a interrogações sobre a existência de critérios para a sua solicitação.

Apesar do estudo endoscópico digestivo ser tecnicamente seguro e comportar poucos riscos/complicações, é um procedimento invasivo e algumas complicações podem ser fatais, entre as quais a perfuração visceral e sépsis no contexto de translocação bacteriana.

Considerando esses aspectos, a utilização deve ser feita de forma criteriosa e considerando que a sua realização e os resultados serão relevantes para a abordagem terapêutica e seguimento do paciente.

Salienta-se ainda a importância da EDB perante a clínica suspeita, nomeadamente na deteção e excisão de pólipos intestinais, tendo em conta o seu potencial de malignidade. Quanto à EDA, ressalta-se a sua importância na investigação de doenças do trato digestivo alto, devendo-se realizar concomitantemente a pesquisa de *Helicobacter Pylori*, que, como se pode constatar no nosso estudo, a sua prevalência elevada.

## BIBLIOGRAFIA


- http://www.fbg.org.br/
- Sofia Isabel Sousa Afonso, Endoscopia Digestiva Alta - Análise de 100 exames, Trabalho final do 6° ano médico com vista à atribuição do Grau de Mestre no âmbito do Ciclo de Estudos de Mestrado Integrado em Medicina, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Março de 2012.
- Cristina T. Ferreira1, Mirela R. Berti, Ana Luiza G. Pires, Cristiane Wieczorek, Jorge Alves. Endoscopia digestiva alta em pediatria: indicações e resultados. Jornal de Pediatria - Vol. 74, N°1, 1998.
- Endoscopia Digestiva Diagnostico e Tratamento, SOBED, 1ª edição, 2013.

# FARMÁCIA Moderna

## HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

2ª a 6ª Das 8h às 20h Sábado Das 9h às 13h

Avenida Amílcar Cabral
Plateau- Praia
Santiago

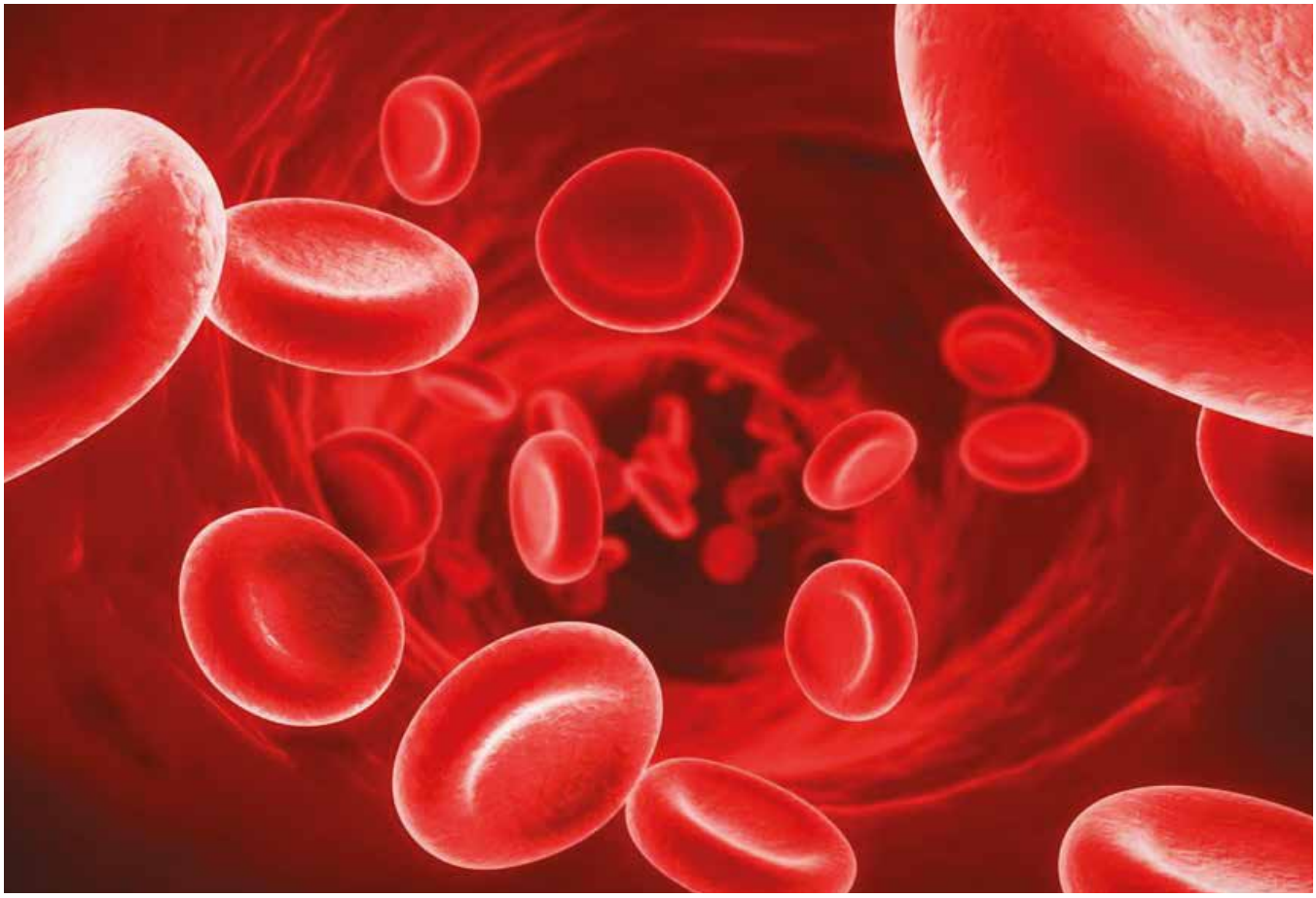
T. 261 27 19
F. 261 29 51
E. fmoderna@sapo.cv

# Trombólise endovenosa com alteplase em AVE isquêmico com suporte neurológico através da telemedicina em um hospital secundário

*Autores:*
*P. Bulgarelli [1], J.A.P. Araujo [1] A.H.V. Andrade [2]*

(1) Residentes em Clínica Médica, São Paulo, Brasil

(2) Médica, Especialista em Medicina Intensiva, Perceptora de Residência Médica em Clínica Médica, São Paulo, Brasil



## INTRODUÇÃO

O paradigma para o tratamento do acidente vascular encefálico isquémico agudo alterou-se nos últimos anos com a introdução do tratamento trombolítico com Alteplase (rt-PA). A eficácia desse tratamento está diretamente relacionada com o intervalo de tempo entre o início dos sintomas e a administração do fármaco.

No Hospital Moyses Deutsch, localizado no sul da cidade de São Paulo, está indicado o uso de rtPA por via intravenosa em pacientes com Acidente Vascular Encefálico isquémico, de acordo com o protocolo estabelecido pelo serviço desde 2011, com recurso a avaliação neurológica à distância do serviço de telemedicina do Hospital Israelita Albert Einstein.

## OBJETIVOS

Demonstrar a experiência da nossa prática clínica no tratamento trombolítico com Alteplase intravenosa, com o suporte de neurologistas através da telemedicina, assim como a eficiência e a segurança do procedimento.

## MÉTODO

Análise retrospetiva de todos os casos de AVC isquémico submetidos a trombólise com Alteplase intravenosa, de acordo com o protocolo do serviço, de dezembro de 2011 a fevereiro de 2016.

O protocolo indica:

1. Uso de Alteplase nos pacientes com critérios de inclusão, nomeadamente naqueles em que o período entre o início dos sintomas e a admissão hospitalar é de até quatro horas e meia, e que não têm contraindicação para o uso de trombolíticos.

2. Avaliação do paciente segundo a escala NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale), calculada na admissão e 24 horas após trombólise.

3. Realização de Tomografia Computadorizada do Crânio (TC - CE) na admissão e após 24 horas.

4. Solicitação da avaliação neurológica dos casos considerados eletivos, através do serviço de telemedicina do Hospital Israelita Albert Einstein logo após a conclusão da TC-CE.

5. Administração do trombolítico perante o parecer positivo da neurologia (rt-PA de 0,9 mg / kg, 10% em bólus e restante em infusão contínua durante 1 hora para uma dose máxima de 90 mg).

## RESULTADOS

A Alteplase foi utilizada em 64 pacientes com diagnóstico de Acidente Vascular Encefálico isquémico. A avaliação por neurologista via telemedicina foi realizada em 51 casos. O tempo entre o início dos sintomas e a administração do fármaco foi menor que 90 minutos em 19 pacientes, entre 90 e 180 minutos em 37 pacientes e entre 180-360 minutos em 8 pacientes. A média da NIHSS na admissão foi de 18, tendo 42 pacientes apresentado uma redução de 5 ou mais pontos na escala NIHSS nas primeiras 24 horas. De entre esses, 8 pacientes apresentaram hemorragia intracraniana não sintomática e 6 pacientes apresentaram hemorragia intracraniana sintomática. Ocorreram 9 óbitos durante o período.

## CONCLUSÕES

Todos os pacientes receberam Alteplase no intervalo de tempo recomendado e foram submetidos ao controle de TC-CE. Alguns casos não foram avaliados pela Neurologia através de telemedicina. Nos pacientes que receberam Alteplase observou-se melhoria no score da NIHSS, à semelhança de outros estudos realizados em centros de referência. A implementação do protocolo tem tido um excelente suporte da equipa de neurologia do Hospital Israelita Albert Einstein, através do Serviço de Telemedicina. Verificou-se ainda uma boa rentabilidade do tempo e eficácia terapêutica. A mortalidade verificada correlacionou-se diretamente com a gravidade clínica dos pacientes na admissão e a pontuação segundo a escala NIHSS. Esses dados demonstram inequivocamente a segurança do uso intravenoso de Alteplase no tratamento de Acidente Vascular Cerebral Isquémico.

**Palavas Chaves:** Acidente vascular encefálico, Trombólise, Telemedicina.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Acidente Vascular Encefálico (AVE) tem sido identificado como a primeira causa de morte no Brasil. Em estudos brasileiros, o tipo mais frequente de AVE é o Acidente Vascular Cerebral isquémico (AVEi). Assim como as síndromes coronarianas agudas, o AVEi deve ser tratado com rapidez. O manejo adequado dos parâmetros fisiológicos em unidades de atendimento agudo reduz o tempo de hospitalização, morbidade e complicações após um evento agudo.

O paradigma no tratamento do Acidente Vascular Cerebral isquémico (AVEi) hiperagudo mudou completamente nos últimos anos com a introdução do trombolítico - Alteplase (recombinante tissue-plasminogen activator, rt-PA) nos pacientes elegíveis, estando a sua eficácia diretamente relacionada com o intervalo de tempo entre o início dos sintomas e a administração do fármaco. Seu impacto muda a história natural da doença e o não uso, quando indicado, constitui má prática médica.

O uso do ativador do plasminogénio tecidual (rt-PA), quando administrado ao paciente nas primeiras 4 horas e 30 minutos, por via intravenosa, demonstrou diminuição na incapacidade funcional no grupo que utilizou a droga em relação ao placebo, sendo, no momento, um dos principais tratamentos específicos recomendados para o tratamento na fase aguda do AVEi (nível de evidência 1A).

A despeito dos inequívocos benefícios da trombólise, demonstrados em clinical trials, muitos neurologistas e outros clínicos têm receio de usar esta terapêutica pelo risco de sangramento cerebral. Além disso muitos têm dúvidas se o resultado obtido no "cenário ideal" de um clinical trial pode ser transponível para o mundo real da prática médica diária.

No Hospital Municipal Moysés Deutsch (HMMD), localizado no extremo sul da cidade de São Paulo, cuja cobertura populacional é de cerca de 600.000 pessoas, está indicado o uso de rtPa endovenoso nos pacientes com quadro de AVEi conforme protocolo instituído pelo serviço. O protocolo indica o uso do Alteplase nos pacientes com instalação dos sintomas em um período menor ou igual a 4 horas e 30 minutos de admissão, após investigação sobre possíveis contraindicações ao uso do trombolítico. Deve ser calculado o NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) de admissão e 24 horas após a trombólise.

Recomenda-se a realização de tomografia computadoriada de crânio na entrada e de controlo.

É necessário solicitar avaliação neurológica, via telemedicina, ao Hospital Israelita Albert Einstein. O rtPa deve ser usado na dose de 0.9mg/kg, sendo 10% da dose administrada em bolus e o restante através de infusão contínua em 1 hora, sem exceder a dose máxima de 90mg.

## OBJETIVOS

Demonstrar a experiência com o uso de Alteplase endovenosa nos pacientes com AVEi na prática clínica diária, com suporte de neurologista através do serviço de telemedicina, a fim de se verificar a eficácia e a segurança de tal procedimento no Hospital Municipal Moysés Deutsch.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Este foi um estudo coorte retrospetivo em que foram analisadas a mortalidade e a condição clínica dos pacientes com Acidente Vascular Encefálico (AVEi), diagnosticados clinicamente e através da TC de crânio e submetidos a trombólise química com rt-PA, atendidos no Hospital Municipal Moysés Deutsch, no período de dezembro de 2011 a fevereiro de 2016. O estudo foi feito por meio da análise de prontuários médicos eletrónicos utilizados no Hospital Municipal Moysés Deutsch, onde foram coletados dados demográficos, clínicos, o tratamento intra-hospitalar e ainda sobre o desfecho de cada paciente analisado.

Os pacientes foram estratificados com recurso à escala de NIHSS – *National Institutes of Health Stroke Scale* - e agrupados de acordo com a gravidade do AVEi: grave (NIHSS>5) e não grave (NIHSS<5). Foram comparados entre os grupos os desfechos clínicos relacionados com o tratamento (sangramento ou outras complicações), bem como o tempo de hospitalização e a mortalidade.

Foram incluídos no estudo 64 pacientes adultos, de ambos os sexos, submetidos a trombólise química com rt-PA.

### Critérios de inclusão no estudo

Neste estudo foram incluídos dados de indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos que tiveram o diagnóstico de AVEi e que receberam a terapia trombolítica com rt-PA.

### Critérios de exclusão no estudo

Excluiu-se do estudo os indivíduos com diagnóstico de AVEi que não foram submetidos a terapia trombolítica devido ao tempo desfavorável ou que apresentavam alguma contra-indicação à terapia trombilítica

## RESULTADOS

### Características dos pacientes avaliados

Entre os 64 pacientes avaliados, 27 eram do sexo feminino (43%) e 36 do sexo masculino (57%), com idade entre os 38 e os 83 anos (62±12). A tabela 1 resume os dados clínicos e demográficos dos pacientes com AVEi submetidos a terapia trombolítica com rt-PA.

**Tabela 1:** Características demográficas e clínicas dos pacientes com AVEi incluídos no estudo.

| Gênero | Número (%) |
|---|---|
| Masculino | 36 (57) |
| Feminino | 27 (43) |
| **Idade** | **Média (DP)** |
| Anos | 62 (12) |
| **Tempo para Trombólise** | **Número (%)** |
| < 90 minutos | 19 (30) |
| 90-180 minutos | 37 (58) |
| > 180 minutos | 8 (12) |
| **Hospitalização** | **Média (DP)** |
| Dias | 9 (11) |
| **NIHSS** | Média (DP) |
| Admissão | 15 (5) |
| Após trombólise | 10 (7) |
| **Evolução do NIHSS** | **Número (%)** |
| Diminuíram | 39 (62) |
| > 5 pontos | 23 (59) |
| < 5 pontos | 16 (41) |
| Aumentaram | 7(11) |
| Igual | 17 (27) |
| **Complicações pós trombólise** | **Número (%)** |
| Sem complicações | 36 (57) |
| Hemorrágica | 15 (24) |
| Outras | 12 (19) |
| **Desfecho pós trombólise** | **Número (%)** |
| Alta hospitalar | 47 (75) |
| Óbito | 9(14) |
| Transferência | 7(11) |
| **Total** | **63 (100%)** |

**NIHSS:** National Institutes of Health Stroke Scale;
**DP:** Desvio Padrão

### Tempo decorrido entre a admissão até o início da terapia trombolítica com rt-PA em pacientes com AVEi.

Como se pode observar na Tabela 1, o tempo decorrido entre a admissão até o paciente receber a terapia trombolítica foi subdividido em 3 categorias. Dos 64 pacientes trombolisados com rt-PA a maioria, ou seja, 37 (58%), recebeu a terapia num período de tempo entre 90 a 180 minutos após a admissão.

### Frequência relativa de casos que foram discutidos com a equipa de neurologia através do serviço de telemedicina do Hospital Israelita Albert Einsten.

Com o objetivo de realizar a terapia trombolítica nos pacientes com AVEi após análise da equipa especializada, utilizamos a telemedicina como ferramenta para tomarmos uma decisão em conjunto com a Neurologia. Neste contexto, 80% dos casos (51 pacientes) foi avaliado via telemedicina.

### Redução da pontuação na escala do NIHSS após a realização da terapia trombolítica com rt-PA em pacientes com AVEi.

O passo seguinte foi avaliar a evolução neurológica e funcional do paciente 24 horas após ser submetido à terapia trombolítica. Utilizando a escala do NIHSS, pudemos observar a redução significativa da pontuação média (de 15 para 10) nos 64 pacientes trombolisados, o que demonstra benefício da terapia trombolítica. Na maioria dos pacientes submetidos a terapia trombolítica com rt-PA (62%) verificou-se a diminuição da pontuação na NIHSS. Entretanto, 27% dos pacientes permaneceu com a pontuação inalterada e em 11% constatou-se o aumento da pontuação NIHSS, 24 horas após o tratamento.

Estudos publicados consideram que se pode falar em eficácia da terapia trombolítica quando a mesma promove uma redução maior ou igual a 5 pontos na escala NIHSS na avaliação individual de cada paciente. Ao analisar os dados deste estudo, observou-se uma queda maior ou igual a 5 pontos no NIHSS em 23 dos 39 pacientes (59%) que diminuíram a pontuação NIHSS, 24 horas após terapia trombolítica.

### Baixa taxa de complicações relacionadas com a terapia trombolítica nos pacientes com AVEi submetidos a terapia trombolítica com rt-PA.

Apesar da comprovada eficácia da terapia trombólica em pacientes com AVEi, sabe-se entretanto que podem ocorrer complicações. No presente estudo, verificou-se a ocorrência de complicações em 43% (27 pacientes) na coorte de pacientes submetidos a trombólise com rt-PA. Nos pacientes que apresentaram alguma complicação, 24% (15) corresponde a complicações hemorrágicas e 19% (12) a outras complicações, sendo a maioria de origem infeciosa.

Dos 15 pacientes que apresentaram complicações hemorrágicas, a maioria (60%), ou seja, 9, apresentou hemorragia de pequena dimensão, o que não interferiu no padrão neurológico do paciente, tendo os mesmos obtido alta hospitalar. De entre esses, 27% (4 pacientes) foi a óbito e 13% (2 pacientes) foi transferido para o serviço de neurocirurgia de outra instituição.

**Desfecho favorável dos pacientes com AVEi submetidos a terapia trombolítica com rt-PA.**

Do total de pacientes com AVEi submetidos a terapia trombolítica com rt-PA, 75%, ou seja, 47 pacientes, recebeu alta hospitalar, 14% (9) foi a óbito durante o internamento e 11% (7) foi transferidos para outro serviço para dar continuidade ao tratamento.

## DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

O "cérebro é tempo" e, assim sendo, quanto mais cedo for o início do tratamento com Alteplase intravenosa, melhor o benefício. Os pacientes elegíveis necessitam ser tratados o mais rápido possível no tempo limite de 3 horas a 4 horas e 30 minutos. Os guidelines recomendam que o tempo de espera para a realização da trombólise seja menor do que 60 minutos após a chegada do paciente à sala de emergência.

No nosso trabalho observamos que o tempo entre o início dos sintomas e a administração do trombolítico foi entre 90-180 minutos em 37 pacientes, e menos de 90 minutos em 19 pacientes, sendo necessária a melhoria do tempo de administração do fármaco.

Estudos sugerem que o tratamento com Alteplase intravenosa para AVC isquémico agudo pode ser realizado de forma segura e eficaz através da telemedicina (telestroke) em situações em que a experiência local de AVC não é rotineiramente ou imediatamente disponível.

A American Heart Association concluiu que a telemedicina com recurso a sistemas de videoconferência de alta qualidade neste cenário é útil para a avaliação do paciente com AVEi, nomeadamente através da interpretação da pontuação da escala NIHSS, revisão de TC-CE e tomada de decisão de trombólise. Além disso, dados limitados sugerem que a telemedicina é eficaz em termos de custos para o tratamento de AVEi agudo.

No nosso serviço utilizamos a telemedicina como ferramenta para realizar terapia trombolitica para os pacientes com AVEi, após análise da equipa especializada, sendo as decisões tomadas em conjunto. Neste contexto, 80% dos casos (51) foi avaliado via telemedicina.

Na avaliação e evolução neurológica e funcional do paciente 24 horas após ser submetido a terapia trombolítica, utilizamos a escala NIHSS e observamos uma redução significativa da pontuação média (de 15 para 10) dos 64 pacientes submetidos a trombólise.

Apesar da comprovada eficácia da terapia trombótica em pacientes com AVEi, a complicação mais temida da terapia trombolítica é a hemorragia intracerebral sintomática. A hemorragia intracerebral assintomática, hemorragia sistémica e angioedema são complicações adicionais que podem surgir. O presente estudo identificou complicações em 43% da coorte de pacientes submetidos a trombólise com rt-PA, neste caso em 17 pacientes.

Constatou-se ainda que 24% dos pacientes que apresentaram complicações, ou seja, 15, teve complicações hemorrágicas. Dos 15 pacientes que apresentaram complicações hemorrágicas, a maioria (60%), representada por 9 pacientes, apresentou hemorragia minor, o que não interferiu no padrão neurológico do paciente, tendo os mesmos obtido alta hospitalar.

Em ensaios clínicos de Alteplase intravenosa, as taxas de hemorragia intracerebral sintomática foram de 5-7%. Estes estudos sugerem que a Alteplase intravenosa pode ser utilizada de forma segura para tratar o AVEi agudo na prática clínica de rotina. Esta conclusão é corroborada pelos seguintes relatórios observacionais prospetivos:

- No estudo STARS, que matriculou 389 pacientes tratados com Alteplase intravenosa em 57 centros nos Estados Unidos da América, a hemorragia intracerebral sintomática ocorreu em 3,3 por cento.

- No estudo SITS-MOST, que envolveu mais de 30.000 pacientes, principalmente da Europa, tratados com Alteplase intravenosa em 669 centros, a hemorragia intracerebral sintomática pela definição do NINDS ocorreu em 7,4 por cento e pela definição SITS-MOST em 1,8 por cento.

Do total de pacientes com AVEi submetidos a terapia trombolítica com rt-PA, 75% (47) recebeu alta hospitalar, 14% (9) foi a óbito na mesma internação.

A taxa de mortalidade de 14% é baixa em relação ao que se espera nesta situação. Este é um excelente resultado, considerando que se trata de um grupo de pacientes cuja evolução natural geralmente é catastrófica.

Com os resultados obtidos, ressaltamos a criação de um novo protocolo hospitalar, o contacto com a neurologia através da telemedicina em 100% dos casos, melhorias no prontuário médico, importância do treinamento continuado para se garantir a manutenção do sistema de atendimento, além da monitorização dos indicadores de qualidade para avaliação de possíveis problemas, possibilitando a reestruturação das estratégias e metas.

Demonstramos que é possível implementar a terapia trombolítica com o apoio da Neurologia através da telemedicina e com obtenção de resultados similares em hospitais com diferentes estruturas, se bem organizados.

## REFERÊNCIAS

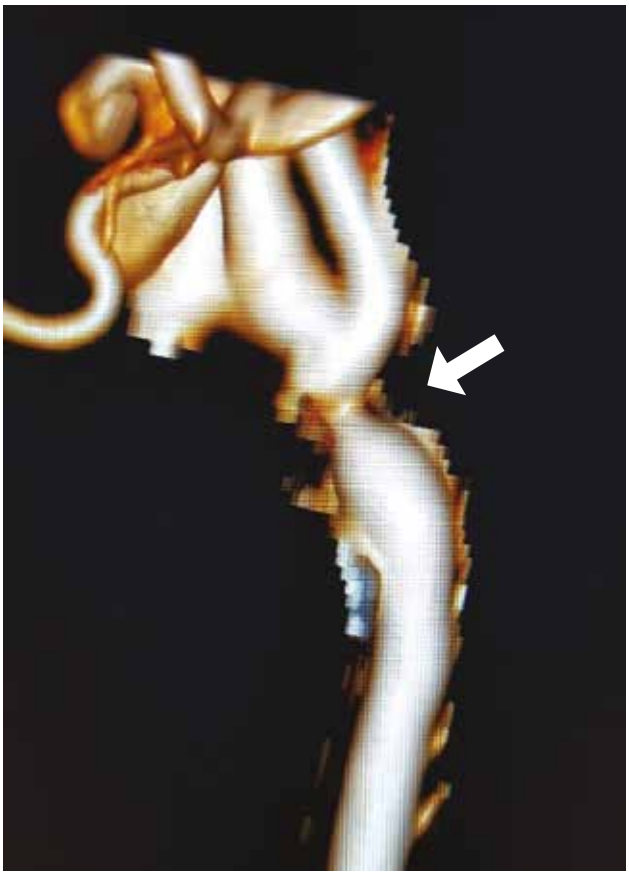

- Mansur AP, Souza MFM, Favarato D, Avakian SD, César LAM, Aldrigui JM, et al. Stroke and ischemic heart disease mortality trends in Brazil from 1979 to 1996. Neuroepidemiology. 2003; 22:179-83.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de informações sobre mortalidade. DATASUS - TABNET. Indicadores e dados básicos. Brasil, 2004. [citado 2007]. Disponível em: htttp://www.datasus.gov.br.
- Cabral NL, Longo AL, Moro CH, Amaral CH, Kiss HC. Epidemiology of cerebrovascular disease in Joinville, Brazil. An institutional study. Arq Neuropsiquiatr. 1997;55(3A):357-63.
- Minelli C, Fen LF, Minelli DPC. Stroke incidence, prognosis, 30-day and 1-year case fatality rates in Matão, Brazil. Stroke. 2007;38:2906-11.
- Roth EJ, Lovell L, Harvey RL, Heinemann AW, Semik P, Diaz S. Incidence of and risk factors for medical complications during stroke rehabilitation. Stroke. 2001;32:523-9.
- Langhorne P, Stott DJ, Robertson L, MacDonald J, Jones L, McAlpine C, et al. Medical complications after stroke: a multicenter study. Stroke. 2000;31:1223-9.
- Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003.
- Victor Carlos Massena Fernandes "A Razão do uso do rtPA na trombólise do AVE isquémico.
- The national institute of neurological disorders and stroke rt-pa stroke study group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. N Engl J Med. 1995;333:1581-1587.
- Wahlgren N, Ahmed N, Davalos A, Ford GA, Grond M, Hacke W, et al. Thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke in the safe implementation of thrombolysis in stroke-monitoring study (sits-most): An observational study. Lancet. 2007;369:275-282 .
- The atlantis, ecass, and ninds rt-pa study group investigators. Association of outcome with early stroke treatment: Pooled analysis of atlantis, ecass, and ninds rt-pa stroke trials. Lancet. 2004;363:768-774.
- Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Davalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. N Engl J Med. 2008;359:1317-1329.

# Hipertensão arterial secundária um caso típico de coartação da aorta torácica

*Autores:*

***José Prates Raposo [1], Lúcio Fernandes [2], Irenita Soares [3], Edna Moniz [4]***

[1] Especialista em Angiologia e Cirurgia Vascular pelos Hospitais Civis de Lisboa. Cooperante no HAN
[2] Especialista em Cardiologia, Clínica Cardiomed
[3] Especialista em Cardiologia, Diretora de Serviço do HAN
[4] Especialista em Pediatria no HAN



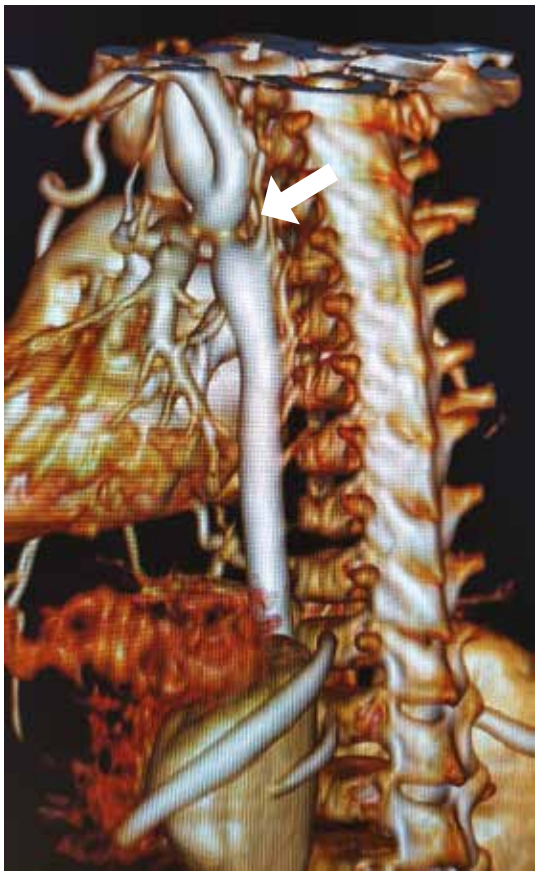


**FIGURA 1 e 2.** Angio -TAC torácico - Coartação segmentar da aorta torácica em ampulheta.

## INTRODUÇÃO

A tensão arterial é um valor dinâmico que aumenta fisiologicamente com a idade. Em 90 % dos casos as causas de hipertensão são desconhecidas, daí o nome de hipertensão essencial. Todavia, em 3 a 10 %, desde que devidamente investigada, é possível encontrar uma causa; é pois a hipertensão arterial sistémica secundária (HAS – Sec). A sua prevalência depende da experiência de quem investiga e dos recursos diagnósticos disponíveis. Infelizmente, apenas poucas formas são tratadas cirurgicamente de forma definitiva para o doente.

As principais causas encontradas de HAS – Sec são as seguintes:

Doenças Endócrinas

. Hiperaldosteronismo primário
. Hipotiroidismo
. Síndrome de Cushing
. Feocromocitoma e paragangliomas
. Hipertiroidismo
. Acromegália

Doenças Vasculares

. Hipertensão renovascular (estenose / trombose da artéria renal)
. Hipoplasia / Coartação da Aorta
. Arterites das artérias renais
. Trombose da veia renal
. Aterosclerose ou arterites inflamatórias especificas do s tor aorto-ilíaco

Outras

. Hipertensão induzida por medicamentos e drogas
. Hipertensão pós-diálise ou transplante renal.
. Síndrome de apneia obstrutiva do sono

Reportando-nos apenas às HAS – Sec. e à população em geral a grande maioria das causas secundárias é devida a doenças renais; principalmente pielonefrites, glomerulonefrites, síndrome nefrótico e lesões das artérias renais. Menos frequentes são as lesões da aorta (hipoplasia / coartação), dos troncos supra-aórticos e da veia renal.

A hipertensão pode surgir em qualquer idade. Porém, a principal diferença entre a hipertensão arterial nas crianças e adolescentes e a do adulto é que existe maior probabilidade de se diagnosticar casos de hipertensão arterial não essencial nos dois primeiros grupos etários, portanto, secundária a diversas patologias, algumas potencialmente curáveis de forma definitiva. Assim, urge investir-se nos mais jovens todo um esforço diagnóstico que possa contribuir para a descoberta de formas de hipertensão curável.

Em relação ao diagnóstico das doenças vasculares importa afirmar que este é, por vezes, muito fácil e assenta em processos simples, isto é, palpação dos pulsos periféricos. A palpação pode ser francamente assimétrica nos membros ou mesmo ausente. A auscultação pode evidenciar sopros nos trajetos dos grandes vasos.

Nas lesões da aorta, os pulsos femorais e distais encontram-se diminuídos ou abolidos.

Pode ser importante a medição da tensão arterial nos membros inferiores e dos índices sistólicos nos tornozelos. Do mesmo modo a medição da tensão arterial nos braços pode evidenciar uma lesão da subclávia, sobretudo se houver uma diferença de 30 mmHg.

O Eco-Doppler Cor dos membros superiores ou inferiores pode-nos dar valiosa informação anatómica e hemodinâmica das lesões dos grandes vasos e, consequentemente, um diagnóstico de presunção.

O Angio-Tac é hoje o exame de eleição para a confirmação do diagnóstico e para uma excelente caraterização anatómica, topográfica e, por vezes, etiológica da patologia em questão.

Entre as múltiplas causas de HAS – Sec. detetadas ao longo de quatro anos da nossa atividade clinica no HAN uma merece particular reflexão e referência, porquanto tratava-se de uma criança de dois anos de idade:

- O diagnóstico de presunção foi inicialmente facilitado pela simples palpação dos pulsos periféricos dos membros superiores e inferiores.
- Foi confirmado no HAN por Eco-Doppler Cor e Angio-TAC.
- Transferida para Portugal foi operada em Coimbra sete meses após o diagnóstico, na cidade da Praia.
- Teve boa evolução pós-operatória e encontra-se francamente bem.

**CASO CLÍNICO** - D.F. Sexo Masculino, 2 anos, natural e residente em Cabo Verde – Santiago.

O doente é enviado em Outubro de 2015 à consulta de Cardiologia com clinica pobre e pouco expressiva, salientando-se a existência de sopro sistólico de média intensidade na região precordial e hemitórax esquerdo.

Após observação pôde-se comprovar uma nítida assimetria dos pulsos periféricos, apresentando-se rítmicos, regulares e amplos nos membros superiores e abolidos nas femorais comuns e segmentos distais dos membros inferiores. Pôde-se ainda comprovar-se uma nítida diminuição da temperatura em todos os segmentos dos membros inferiores.

Verificou-se uma hipertensão arterial sistólica e simétrica em ambas as umerais (145/ 70mmHg), não sendo possível detetar tensões arteriais nos membros inferiores.

O RX simples do tórax e o ecocardiograma 2 D foram inconclusivos.

## DIAGNÓSTICO

Perante a clínica foi efetuado um Eco-Doppler Cor no HAN (figura 3) que diagnosticou lesão hemodinamicamente muito significativa da aorta (provável hipoplasia ou coartação).

Realizou-se em seguida um Angio-TAC no HAN (figura 1 e 2) que confirmou o diagnóstico de coartação segmentar em ampulheta da aorta torácica pós-subclávia esquerda, sem evidências de outras lesões, nomeadamente cardíacas ou vasculares.

## TERAPÊUTICA

Face ao exposto, foi solicitada evacuação externa para Portugal em Novembro de 2015.

Em Maio de 2016 o doente foi operado nos Hospitais da Universidade de Coimbra, onde lhe foi submetido a intervenção cirúrgica, com correção da coartação da aorta torácica com anastomose topo a topo;

Pós-operatório com evolução favorável, sem complicações e sem hipertensão e teve alta cinco dias após a cirurgia.

Ao fim de dois anos e meio após o procedimento cirúrgico, o doente mantém-se assintomático e sem sinais de hipertensão ou recoartação.

## COMENTÁRIO

A coartação da aorta é uma malformação congénita que ocorre em 7 % dos doentes portadores de cardiopatias congénitas, com predomínio no sexo masculino. Carateriza-se por um estreitamento segmentar da artéria aorta, geralmente localizado a montante da emergência da artéria subclávia esquerda e, em dois terços das crianças, leva ao desenvolvimento de hipertensão.

A coartação da aorta é uma causa rara de hipertensão arterial (HTA) secundária, já que surge em menos de 1 % das hipertensões de causa conhecida. Contudo, sendo uma malformação congénita, é importante que a sua identificação e correção sejam feitas o mais precocemente possível, já que a maior parte das crianças portadoras desenvolverá HTA grave.

As manifestações clínicas dependem do local e da extensão da obstrução, bem como da presença de anomalias cardíacas associadas, estando entre as mais frequentes a comunicação inter-auricular, a persistência do canal arterial e a doença da válvula mitral.

A anomalia não cardíaca mais frequentemente associada é o aneurisma intra-cerebral.

A maior parte dos doentes têm poucos sintomas, apesar da hipertensão arterial grave, sendo os mais frequentes as cefaleias, episódios de epistáxis e extremidades frias. A expressão clinica é também diferente nos vários grupos etários.

O diagnóstico é fundamentalmente clínico, sendo muitas vezes detetada em exame médico de rotina, por verificação de HTA ou por acentuado diferencial entre os pulsos dos membros superiores e inferiores.

A auscultação cardíaca por vezes torna percetível um sopro sistólico a nível de toda a região precordial e da região interescapular esquerda. A radiografia do tórax pode revelar de imediato o diagnóstico, através da visualização de erosões bilaterais a nível do bordo inferior dos arcos costais, na sua porção posterior.

O Eco-Doppler vascular e o Ecocardiograma 2 D são os métodos de diagnóstico mais práticos e disponíveis. O Angio-TAC dá-nos o diagnóstico de certeza, já que põe em evidência o local e a extensão da coartação, permitindo assim a escolha da melhor opção terapêutica, que geralmente é cirúrgica.

A Angiografia (Aortografia) caiu em desuso e tem hoje indicações muito concretas e excecionais. A tendência hoje é para a correção cirúrgica precoce

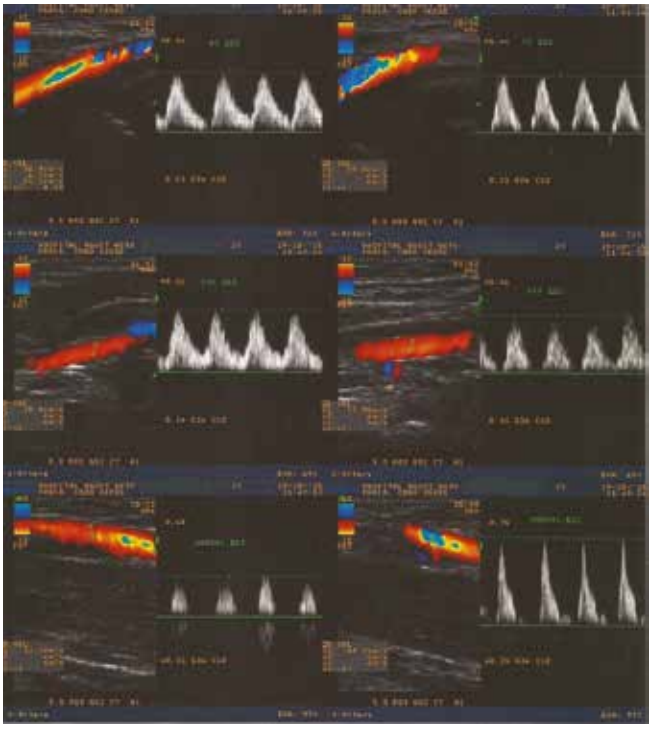
mas a escolha da técnica a utilizar não é pacífica. Desde que não ocorram complicações, a idade ideal para a cirurgia é entre os três e os quatro anos de idade, já que cerca de 80 % destas crianças ficam normotensas.

O tratamento cirúrgico, geralmente, consiste na recessão do segmento da artéria aorta, que contém a coartação, com anastomose topo a topo da referida artéria. A dilatação por angioplastia com balão tem tido um uso crescente na terapêutica da coartação e da recoartação.

Os stents têm sido utilizados em particular na recoartação, com bons resultados imediatos, sendo no entanto necessária uma cuidadosa vigilância periódica para avaliar as complicações e o efeito **a longo prazo.**

A complicação mais frequente a longo prazo é a recoartação, que ocorre em 5 a 10 % dos doentes e não parece ser influenciada pelas diferentes técnicas.

**FIGURA 3 .** Eco-Doppler Cor Arterial dos membros inferiores



**Legenda:** Comprovam-se espetros de frequência desmodulados (monofásicos) de baixa velocidade e simétricos nos eixos arteriais troncolares principais de ambos os membros inferiores – femorais comuns, femorais superficiais, popliteias e tibiais posteriores.

## RESUMO

A coartação da aorta é uma causa rara de HAS – Sec., que surge em menos de 1 % das hipertensões de causa conhecida. As manifestações clínicas dependem do local e da extensão da obstrução, bem como da eventual presença de anomalias clínicas associadas.

A maior parte dos doentes têm sintomas mínimos e o diagnóstico é fundamentalmente clínico, assentando-se na observação meticulosa do doente, com palpação dos pulsos periféricos e auscultação cardíaca e dos grandes vasos.

Os exames complementares de primeira escolha são o RX simples do tórax, o Ecocardiograma 2 D e o Eco-Doppler Cor. O Angio TC é obrigatório e decisivo para o diagnóstico rigoroso e definitivo.

A terapêutica é, na maior parte dos casos, cirúrgica e a idade ideal para a sua realização é entre os três e ou quatro anos de idade. A recoartação é uma complicação relativamente frequente a longo prazo. Estes doentes devem ser encaminhados para serviços especializados e tratados por equipa multidisciplinar.

Sucede que na prática diária observa-se que muitos pacientes portadores desta patologia, desde recém-nascidos até adultos, não têm estabelecido o diagnóstico desta anomalia, eventualmente pela falta de um exame clínico mais detalhado, que inclui a aferição dos pulsos e da pressão arterial dos membros superiores e inferiores.

## NOTA FINAL

Existe uma elevada incidência de doenças vasculares em Cabo Verde não investigadas e negligenciadas e que atingem todos os grupos etários, nomeadamente os mais jovens. O exame clínico destes doentes é fundamental mas o Eco-Doppler Cor e o Angio Tac são por vezes imprescindíveis.

## BIBLIOGRAFIA

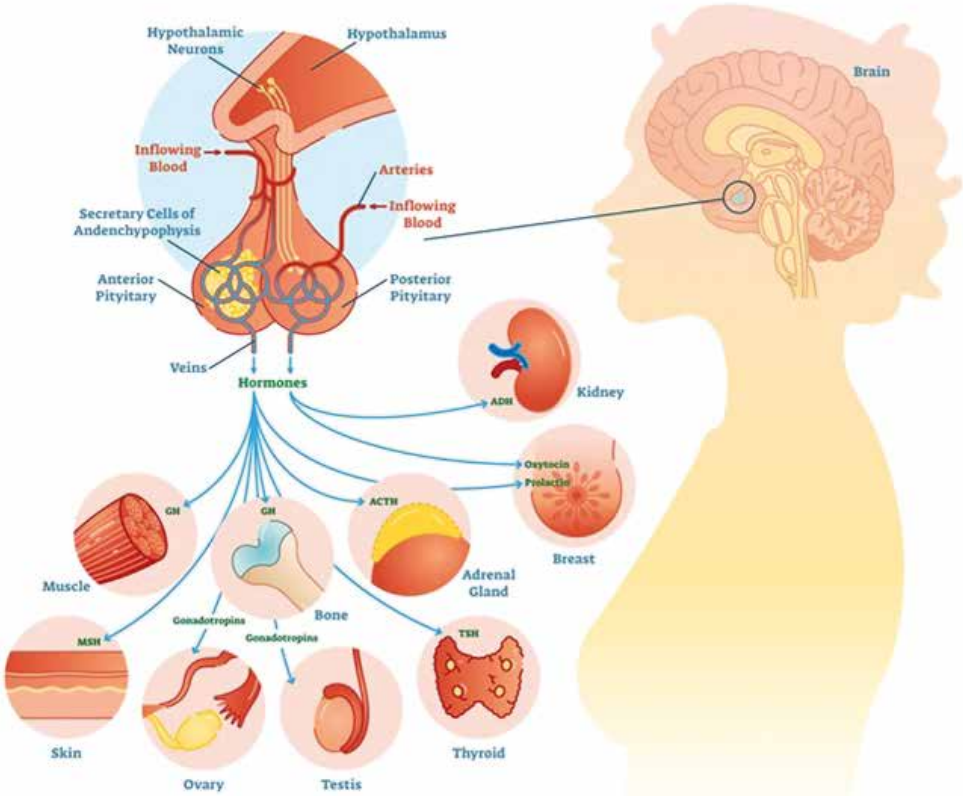

- Dias, J.L., Imperatori, E., Miguel, J.P. e Outros . Hipertensão arterial e cuidados de saúde primários . Ed. Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários . Lisboa . 1984.

- Pereira, A.A., Cordeiro, A.C., Nogueira, A. E Outros . Hipertensão arterial Sistémica Secundária . Jornal Brasileiro de Nefrologia . Volume 32 supl.1. S. Paulo . 2010.
- Hipertensão arterial secundária . http://departamentos.cardiol.br/dha/vdiretriz/10-hipertensão.pdf-pg.35/40.
- Raposo. J.P. – Exame Arterial dos Membros – Eco-Doppler Cor – Edição UNIVAS Nº 3 . Lisboa . 2005.
- Gabriela Sousa, Teresa Carvalho, Teresa Alfaiate e outros . Medicina Interna . Volume 8 . Nº 1 . Coimbra . 2001.
- Munir Ebaid, Jorge Y.Afiune . Coartaçao da Aorta . Do Diagnóstico Simples às Complicações Imprevisíveis . Inst. do Coração do Hospital das Clinicas – FMUSP . São Paulo . 1998.
- Magalhães, M.P. . Coartação da Aorta , Comentário Editorial . Rev. Port. de Cardiol. . 2003; 22 (10)
- Sílvia Alvares, Conceição Mota, Marisa Carvalho e Outros . Coartação da Aorta – Detecção Tardia . Rev. do Hospital de Crianças Maria Pia – 2009 . Volume XVIII . Nº 2
- Dubost, Ch. e Carpentier, A. . Actualités de Chirurgie Cardio-Vasculaire de L´hopital Broussais . Editora MASSON - Paris . 1994.
- Rutherford's Vascular Surgery . 7ª edição . Philadélphia: Elservier Saunders 2010.

# Síndrome de Sheehan

*Autoras:*
*Lígia Almeida* [1], *Nair Lucas* [2]

[1] Médica, Especialista em Medicina Interna, Serviço de Medicina do Hospital Dr. Batista de Sousa
[2] Médica, Especialista em Medicina Interna, Serviço de Medicina do Hospital Central Dr. Baptista de Sousa




## RESUMO

A síndrome de Sheehan carateriza-se por insuficiência da glândula pituitária, que surge no pós-parto. Esta insuficiência glandular acontece na sequência da necrose hipofisária, resultante da hipotensão ou choque, por hemorragia maciça durante ou após o parto.

Os autores apresentam o caso de uma paciente com antecedente de hemorragia pós-parto, com amenorreia desde essa altura, associado a quadro de astenia marcada, palidez cutâneo-mucosa e bradicardia, observada no Serviço de Urgência e internada no Serviço de Medicina do Hospital Dr. Baptista de Sousa, para investigação complementar, ao qual foi colocada a hipótese diagnóstica de Síndrome de Sheehan, posteriormente corroborada pelos resultados dos exames complementares solicitados.

Trata-se de uma entidade clínica atualmente rara, devido principalmente ao desenvolvimento dos cuidados obstétricos peri e pós-natal. O seu diagnóstico precoce e o tratamento adequado são importantes para a redução da morbimortalidade associada.

## INTRODUÇÃO

A Síndrome de Sheehan caracteriza-se por hipopituitarismo pós-parto, secundário a necrose hipofisária, que surge no contexto de hipotensão ou choque por hemorragia maciça durante ou após o parto.

Atualmente é considerada uma entidade clínica rara, graças a melhoria considerável dos cuidados obstétricos no pré e pós-natal, estimando-se a sua incidência em 1/10.000 partos.

A sua instalação pode ser aguda ou evoluir de forma lenta, sendo a mortalidade materna na fase aguda elevada (cerca de 25% das puérperas). As manifestações agudas incluem: hipotensão e choque, taquicardia, hipoglicémia, hiponatrémia, fadiga extrema, náuseas e vómitos.

As manifestações crónicas, por sua vez, compreendem: astenia, fadiga, redução da força muscular, alterações cutâneas (caraterizadas por pele seca, enrugada e hipopigmentada), náuseas, vómitos, hiponatrémia, rarefação pilosa, amenorreia, infertilidade, agalactia, diminuição da líbido, atrofia mamária, redução da secreção vaginal, lentificação motora, apatia e alterações do foro psiquiátrico.

Do ponto de vista fisiopatológico, a insuficiência hipofisária na gravidez e pós-parto decorre da redução patológica do fluxo sanguíneo, sobre uma glândula hipofisária morfologicamente alterada durante a gravidez (durante a gravidez verifica-se um aumento do tamanho da hipófise, sem, contudo, haver alterações na distribuição do fluxo sanguíneo) e, portanto, mais suscetível a fenómenos isquémicos. Eventos auto-imunes têm sido também apontados na sua patogénese, contudo, ainda não confirmados.

## CASO CLÍNICO

Jovem de 38 anos, previamente saudável, com história obstétrica de 4 Gesta/4 Para, eutócitos, tendo o último parto sido em 2012, complicado com hemorragia maciça (necessidade de transfusão sanguínea e prolongamento da estadia hospitalar após o parto) e amenorreia desde essa altura. Recorreu ao Serviço de Urgência, em 2014, por astenia progressiva com um ano de evolução e prostração. Sem outras queixas concomitantes.

Ao exame objetivo apresentava-se vígil, colaborante fácies asténica, palidez cutâneo-mucosa, sem défices neurológicos, normotensa (TA 110/70 mmHg), bradicárdica (FC 50 b.p.m.), auscultação cardíaca regular, sem sopros audíveis; auscultação pulmonar com murmúrio vesicular audível, simétrico, sem ruídos adventícios; abdómen mole, depressível, indolor, sem organomegálias palpáveis; sem edemas periféricos.

No estudo analítico realizado à entrada destaca-se (ver tabelas 1 e 2): anemina normocrómica e normocítica (hemoglobina de 9,1 gr/dl), HCT – 27.4 %, VGM – 92.6fl; Leucócitos 3.8x10³/uL; Plaquetas – 259.000 / UL; Velocidade de Sedimentação na – 61mm/1ª hora; hiponatrémia grave (Sódio de 116 mEQ/L); electrocardiograma com ritmo sinusal, 54/bpm. Nesse contexto a paciente foi internada no Serviço de Medicina para continuação da investigação diagnóstica.

Foi considerada a hipótese de endocrinopatia e solicitados os restantes exames complementares (Tabelas 1 e 2): TSH – 1,23 UI/ml (0,34-5,6 UI/ml), T4L – 0,24 ng/dl (0,61-1,12 ng/dl); T4Total – 1,18 ug/dl (6,0-12,2 ug/dl); T3 Total- 0,25 ng/ml (0,87-1,78 ng/ml); ACTH sérico – 7,8 ng/L (9-52 ng/L); Prolactina – 2,62 ng/ml (3.34 – 26.72 ng/ml). Os marcadores víricos para VIH, VHB e VHC, foram negativos; TGO – 203 U / L; TGP – 60U / L; albumina – 3.7 g/dl; LDH – 548 U/ml; Colesterol Total-- 263 mg/dl; Triglicerídeos - 247 mg/dl; CK – 75 U/l; Fosfatase alcalina – 38 U/L; Glicemia- 60 mg/dl; Ureia – 18 mg / dl; Creatinina – 1mg / dl; Cálcio- 8,7mg/dl; Potássio – 3,7 mEq /L. Radiografia torácica sem alterações; ecografia abdominal sem alterações.

Perante a presença de panhipopituitarismo, anemia, dislipidémia, hiponatrémia e hipoglicémia, estabeleceu-se o diagnóstico de Sindrome de Sheehan. Foi medicada com Levotiroxina 0,1 mg/dia e Prednisolona 5 mg/dia, com melhoria clínica e analítica progressiva.

Para exclusão de lesão a nível da glândula pituitária, realizou Ressonância Magnética (RM) da hipófise, cujo relatório referiu "imagem que mede 14x11 mm que ocupa parte da sela turca e região supra-se-

lar que não provoca compressão do III ventrículo, compatível com provável Adenoma Hipofisário".

Perante isso, a paciente foi evacuada para centro especializado de endocrinologia em Portugal, onde repetiu a RM que não evidenciou lesão estrutural da glândula e a hipótese de Síndrome de Sheehan foi reconfirmada. No referido centro mantiveram a terapêutica com Levotiroxina oral 0,1mg/dia, ao qual associaram terapêutica de reposição da hormona de crescimento (GH recombinante) e Hidrocortisona oral 10mg/dia.

Aquando da contra referência, a paciente foi orientada para a consulta de Ginecologia, para seguimento, mantendo, contudo, consultas periódicas de Endocrinologia em Portugal.

## CONCLUSÃO

A relevância do caso deve-se à longa evolução da doença até ser diagnosticada. De facto, a sua raridade no contexto atual, principalmente nos países em que os cuidados de saúde obstétrica melhoraram, como é o caso de Cabo Verde, poderá justificar esse atraso no diagnóstico.

Ressalva-se, entretanto, a importância da suspeição desta entidade clínica para a sua abordagem diagnóstica e terapêutica atempada, melhorando assim o prognóstico. As manifestações clínicas dependem da extensão da lesão glandular e respetivas alterações hormonais.

O tratamento é crónico e consiste na substituição hormonal, devendo ser ajustada aos parâmetros analíticos.

**Tabela 1:** Resultados do Hemograma e Bioquímica

| | Admissão | Alta | Valores de referência |
|---|---|---|---|
| **Hemoglobina** | 9.1 | 9.8 | 11 / 18.8 g/dl |
| **Leucócitos** | 3.8 | 4.6 | 4 / 11 x10³/uL |
| **Plaquetas** | 259 | 179 | 150 / 400 x10³/uL |
| **Ureia/Creatinina** | 18 / 1 | 28 / 0.8 | 10-50 / 0.7-1.3 mg/dl |
| **TGO/TGP** | 203 / 60 | 32 /16 | 0-35 / 10-37 U/L |
| **Colesterol total** | 263 | 217 | 0-200 mg/dl |
| **Triglicerídeos** | 247 | 200 | 0-150 mg/dl |
| **Sódio** | 116 | 130 | 135-145 mEq/l |
| **LDH** | 548 | 500 | 115-225 U/ml |
| **Fosfatase alcalina** | 38 | 36 | 35-104 U/ml |
| **VS** | 61 | 30 | Até 10mm1ªhora |

**Legenda:** TGO - Transaminase Glutâmico-Oxalacética; TGP - Transaminase Glutâmico-Pirúvica; LDH – Desidrogenase láctica.

**Tabela 2:** Resultado do estudo hormonal solicitado

| | Admissão | Alta | Valores de referência |
|---|---|---|---|
| **TSH** | 1.23 | 0.3 | 0.34-5.6 ulU/ml |
| **T3T** | 0.25 | - | 0.87-1.78 ng/ml |
| **T4 L** | 0.24 | 0.69 | 0.61- 1.12 ng/dl |
| **ACTH** | 7.8 | - | 9-52 ng/l |
| **Prolactina** | 2.62 | - | 3.34-26.7 ng/ml |

**Legenda:** TSH – Hormona Estimulante da Tiróide; T3 - Triiodotironina ; T4 – Tiroxina; ACTH – Hormona Adrenocorticotrófica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS


- Nila Godinho *et al.*: Síndrome de Sheehan. Acta Médica Portuguesa; 199710; 395-00.
- Débora Vieira Soares, Flávia Lúcia Conceição, Mário Vaisman: Aspectos Diagnósticos e Terapêuticos da Síndrome de Sheehan. Arq Bras Endocrinol Metab 2008; 52/5:872-878.
- Sheehan HL, Stanfield JP,: The patogenesis of pos-partum necrosis of anterior lobe of the pituitary gland. Acta Endocrinol 1961; 37; 479-510.
- Vance ML.: Hypopituitarism. N Engl J Med 1994; 330 (23); 1651-62.
- Cenac A, Bianchi G, Gueho C. Pregnancy in Sheehan's Syndrome. 4 pregnancies in 2 Nigerian women. Ann Med Int (Paris). 1989; 140:424-6.
- Meregildo Rodríguez E. Dante: Síndrome de Sheehan agudo tras hemorragia obstétrica. Ver Exp Med 2015; 1(2); 71-73.

Tratar e manter as mães seropositivas com vida

Tratar e seguir as crianças expostas ao VIH

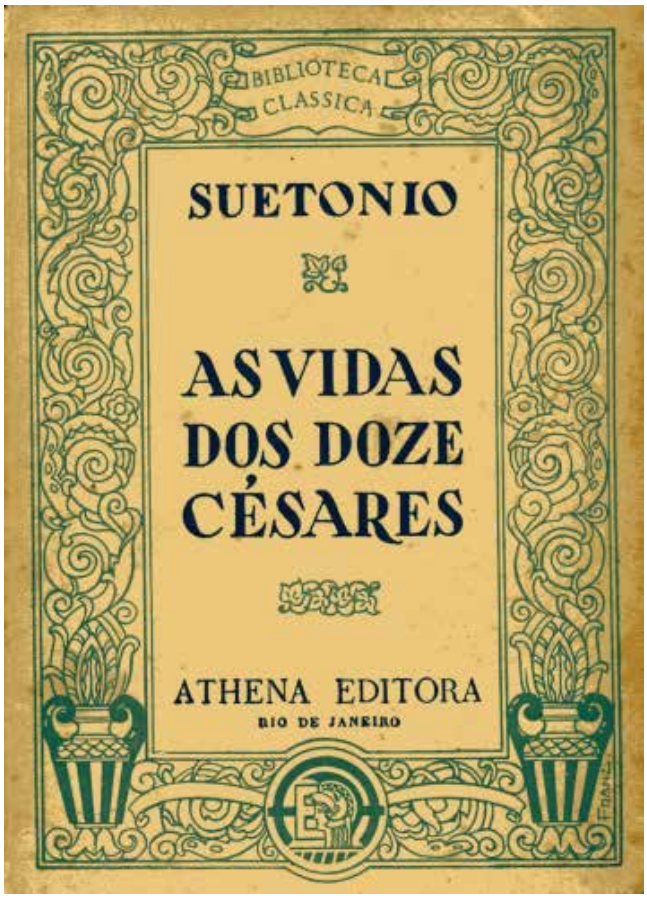
Eliminar a transmissão de VIH

# DA EUTANÁSIA: Estudo ensaístico de índole e carácter formativo

***Autor:***

***Francisco Fragoso***

Médico, Lisboa




## NOTA PRÉVIA

No debate sobre a eutanásia, a paixão prevalece amiúde sobre a reflexão. Dar a morte, ou se dar à morte: eis actos que estão longe de ser anódinos. O desenvolvimento tecnológico dos cuidados intensivos coloca hoje (nos nossos dias) o médico perante a possibilidade, e por que não, a obrigação, de gerir a vida terminal.

Para além das dificuldades oriundas desta situação nova, o termo/expressão "eutanásia" está carregado (a) de ambiguidades. Designa-se comummente os procedimentos destinandos a tornar a morte mais suave, diversas práticas inspiram-se nesse pressuposto, que podem ser radicalmente opostas do ponto de vista ético. Gesto de liberdade individual, suicídio, homicídio ou libertação: a violência dos argumentos faz eco à parada!

## DA EUTANÁSIA

Etimologicamente:
O vocábulo/lexema eutanásia é oriundo do Grego: *eutanásia* (morte sem sofrimento) e pelo latim *eutanásia.*
(eu: *bom/boa* + *tanat(o)*: morte: *eutanásia*).

Com efeito *(et pour cause)*: Entre os debates e as reformas suscitadas pela influência sem precendente das ciências e das técnicas sobre o corpo humano, a eutanásia tornou-se uma *questão emblemática para os médicos, os juristas, os filósofos e, em algumas circunstâncias, para os sociólogos,* extravasando o ângulo da legalidade. A alternativa "deixar viver" ou "deixar morrer" tornou-se, segundo o conceituado advogado e Professor de Direito do Quebeque (um jurista de renome) Jean–Louis Baudouin (n-1938) e da Professora de Enfermagem da Faculdade das Ciências de Enfermagem na Universidade de Laval do Quebeque Danielle Blondeau (1957–2018), "como viver" e "como morrer". É destarte que esta questão pode dificilmente ser dissociada presentemente (nos nossos dias de hoje), de *uma reflexão sobre a diginidade do fim da vida e existência,* princípio, aliás, invocado pelos partidários como outrossim pelos adversários da eutanásia.

Em suma, face à desordem dos prestadores de cuidados e à angústia dos familiares, uma visão apaziguada do fim da vida, que se apoia na dignidade de cada pessoa, afigura-se pertinente estar presente (e bem presente) no espírito de todos nós, sem excepção.

--- & ---

E, para principiar, de modo elucidativo, algumas notas à guisa de posicionamenteo evolutivo da expressão

EUTANÁSIA:

Tolerada, até favorecida, pelos Antigos, conquanto expressamente interdita pelo juramento de Hipócrates, a ideia de eutanásia reaparece entre os Modernos em *A Utopia* (1516) de Thomas More. Francis Bacon forja o termo/expressão em 1605 para criticar a indiferença dos médicos do seu século para o tratamento da dor que, segundo o filósofo, deveria ser aplicado "não unicamente quando uma tal suavização for propícioa à cura, mas outrossim quando pode ajudar a finar-se sossegada e facilmente" *(The Proficience and Advancement of Learning, II, 10, 7).*

Originariamente, por conseguinte, a eutanásia, "a boa morte", na sua acepção etimológica, *promove a ideia do acompanhamento do moribundo pelo médico*. Este último, por seu turno, não deve *desamparar o seu paciente uma vez adquirida a certeza que ele está atingido de uma doença incurável*. Todavia, a partir do século XX pretérito, com o progresso das ciências médicas, a acepção do vocábulo eutanásia modifica-se. Inflecte-se inicialmente para designar, segundo a expressão anglo-saxónica: o *mercy killing* (leia-se: homicídio por piedade). Em breve, sob a influência das associações cientifícas eugenistas, perverte-se para denominar por eufemismo *políticas exaltando a eliminação de categorias inteiras de população apresentadas como um fardo económico inútil e um perigo para a preservação dos* "elementos sãos" da sociedade. É desde modo que a Alemanha nazi procede durante a guerra à eliminação sistemática dos doentes mentais (operação "T.4" desencadeada em Outubro 1939, sob a responsabilidade dos médicos, por câmara de gás) assim como das crianças "mal formadas", velhos impotentes e "associais".

Enfim, presentemente, o vocábulo designa uma *realidade desatada*, sintomática do vivo debate sobre a eliminação das possibilidades ofertadas pela técnica médica e mais particularmente pelas técnicas de reanimação. Acresce-se a isto o reequilíbrio actual das relações entre o médico e o seu paciente. (...).

## DEFINIÇÕES E CONCEITOS

A expressão "eutanásia" encontra-se pela primeira vez utilizada através da pena de SUETÓNIO (Caio), que foi secretário de Hadrien, cerca de 120 pós J.C. Neste texto histórico, Suetónio relata a morte do imperador Augusto, descrevendo-a como "suave". Eis um sucinto extracto desde histórico texto:

*"A morte de Augusto foi suave: cumpriu-se prontamente e sem sofrer. O imperador teve o tempo de pôr os "negócios" em ordem e segundo a sua última entrevista com Tibério (sucessor de Augusto) partiu com a satisfação de ter desempenhado convenientemente o seu papel até ao fim e ter* preparado a sua partida e a sua sucessão".

A ideia dominante deste texto é que a eutanásia, ou a "morte suave" é um falecimento que sobrevém prontamente, sem sofrimento, e que permite ao moribundo permanecer o autor da sua própria morte como ele foi o autor da sua vida e existência. A morte é então concebida como um acto autónomo, "livre e independente". Ela foi preparada, e constitui finalmente o acto mais digno da vida humana.

No ocidente, na época moderna as coisas tomam um outro rosto. Na UTOPIA (1516), Thomas More (1478-1535), que foi canonizado pela Igreja, imagina que os doentes da Ilha de Utopia são tratados em hospitais enormes, cuja dimensão evoca a de pequenas cidades. Nestas cidades, o que fôr atingido por uma doença incurável e mergulhado em sofrimentos insuportáveis recebe a visita de padres e magistrados que o impelem a escolher a morte, a fim de não tornar um tormento para ele-próprio e um objecto de repulsão para os outros. Quando ele se deixa persuadir, põe fim ele-mesmo e de bom grado a sua vida, quer deixando-se morrer de fome, quer extinguindo-se durante o sono "sem experimentar a sua própria morte".

*"Se a doença é não somente incurável, mais plena de dores agudas e de angústias contínuas, os padres e magistrados devem ser os primeiros a exortar os desgraçados a se decidir pela morte. Mostram-lhes como, já não sendo úteis neste mundo, procedem mal prolongar uma vida que os sobrecarrega e os torna insusportáveis aos outros".*

Porém, o que tomasse a iniciativa de se matar ele-mesmo, sem autorização dos padres e dos ma-

gistrados, ver-se-ia privado de sepultura, por haver cometido um suicídio e o seu cadáver seria ignominiosamente deitado num pântano. Contudo, se o doente não escuta a exortação suprema dos representantes da cidade e não quer morrer de bom grado, a cidade guarda-lhe a reputação de ter escolhido um fime honroso.

Neste texto sobre a Ilha de Utopia, a palavra "eutanásia" não é utilizada, mas a problemática do fim da vida, do seu acompanhamento e da sua precipitação está presente. Não se trata de homicídio, visto que a questão é de se matar a si mesmo: Trata-se de suicídio, sobre a proposta de padres e magistrados reconhecidos religiosa e juridicamente competentes.

É interessante sublinhar quanto o consentimento do moribundo permanece o elemento-chave da decisão e como a sociedade conserva à pessoa o seu respeito e a sua dignidade se, a despeito da exortação dada pelos representantes da cidade, a escolha de morrer não for feita. Há equivalentes da Utopia em outras culturas. É por vezes, o filho mais velho que incumbe a responsabilidade de fazer compreender ao patriarca que a substituição está assegurada e que pode partir tranquilamente. De anotar que em todos estes costumes a palavra "eutanásia" não é utilizada para designar as modalidades do trespasse (leia-se morte).

O homem de Estado e filósofo inglês Francis BACON (1561-1626) utilizou a palavra "eutanásia" desde 1605. Em T*he Advancement of Learning* (Do progresso e da promoção dos saberes) escreve: *"Os médicos deveriam ao mesmo tempo aperfeiçoar a sua arte e trazer socorro para facilitar e suavizar a agonia e os sofrimentos da morte".* O facto de provocar esta morte suave evoca-se neste texto "eutanásia", um termo cuja definição é dada em 1623 em *Instauratio Magna:*

*"Eu diria mais, insistindo sobre este assunto, que o ofício de médico não é somente restabelecer a saúde, mas outrossim, suavizar as dores e sofrimentos vinculados às doenças; e isto não somente enquanto esta mitigação da dor, considerada como um sintoma perigoso, contribui e conduz à convalescença, mas ainda a fim de procurar ao doente quando já não há esperança, uma morte suave e tranquila; pois não é a menor parte de felicidade que está eutanásia (...). Porém do nosso tempo os médicos parecem fazer-se uma lei de abandonar os doentes desde que estão nos últimos tempos da vida em vez que no meu sentimento, se eles estivessem zelosos de não faltar ao seu dever, nem por conseguinte à humanidade, e mesmo de aprender a sua arte mais a fundo, eles não poupariam nenhum cuidado para ajudar os agonizantes a sair deste mundo com mais suavidade e facilidade. Ora, esta pesquisa, qualificamo-la de pesquisa sobre a eutanásia exterior, que nós distinguimos desta outra eutanásia que tem por objecto a preparação da alma, e classificamo-la entre as nossas recomendações".*

Assim a morte que, no exemplo precedente, era um assunto de representantes da cidade, padres e magistrados, torna um assunto médico. O desafio passa do plano jurídico e político para o da ética médica, o que permanece verdadeiro na sociedade contemporânea.

Hoje, acorda-se geralmente sobre o facto que o termo "eutanásia" na sua definição mais clássica designa a morte provocada por um terceiro para pôr fim a sofrimentos considerados como insuportáveis.

Construído com duas raízes gregas, "eutanásia" significa etimologicamente "boa morte" e, isoladamente, esta palavra não prejudica em nada os meios que uns ou outros propõem para a conseguir. Durante perto de três séculos, incitações para suavizar o fim da vida são propostas sob a denominação de eutanásia.

A ventilação do quarto, a posição do doente, a presença dos mais chegados, a recusa de um recurso inútil à cirurgia são alguns dos meios sugeridos.

No fim do século XIX, um segundo sentido é introduzido, sem anular o primeiro: "pôr fim deliberadamente à vida de um doente para aliviar". É o *mercy-killing* da língua inglesa que significa literalmente "matar por piedade". Trata-se então de dar a morte para abreviar os tormentos da agonia e as dores de uma doença irremediável. Este segundo sentido parece prevalecer desde há alguns anos: tem o grave inconveniente de deixar entender por amálgama

que boa morte é a morte dada por um terceiro.

Ocasionalmente, outros sentidos são outorgados presentemente:

- Recusar, em caso de doença incurável, o ENCARNIÇAMENTO TERAPÊUTICO/OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA, definido como uso de biotecnologias que prologam uma vida física e moralmente muito inconfortável, sem nenhuma hipótese de curar;
- Numa doença incurável, reduzir as dores com sedação a dose forte que encurta a vida;
- Fazer morrer uma pessoa definitivamente "incapacitada" fisicamente ou mentalmente, julgando que a sua vida é desinteressante para ela ou melhor para responder a preocupações colectivas de eugenismo, de selecção ou de economia de meios.

É deste modo que a palavra/vocábulo eutanásiaé utilizada com sentidos diferentes que podem esconder intenções não declaradas. É portadora de graves confusões e de malentendidos se não se toma a precaução de o definir precisamente caso a caso.

## EUTANÁSIA ACTIVA, EUTANÁSIA PASSIVA

A eutanásia activa já não tem actualmente o sentido que lhe dava a recomendação de Francis Bacon: procedimento activo e contínuo de todas as formas possíveis de alívios médicos, psicológicos, afectivos e espirituais até que venha a morte; esta descrição corresponde hoje aos CUIDADOS PALIATIVOS, que foram propostos e desenvolvidos desde há mais de quadro décadas, e que excluem o encarniçamento/obstinação terapêutico(a).

Pelo contrário, "hoje" a eutanásia activa designa a morte para aliviar o doente, administrando-lhe um produto tóxico, que acarreta a morte em alguns minutos, chama-se, outrossim, EUTANÁSIA DIRECTA. Evidentemente, há um sentido novo, inteiramente diferente do primeiro pela intenção, pela acção farmacológica e pela dilação de chegada da morte.

Se se refere a este segundo sentido, é preciso ainda distinguir variantes a esta morte, pois ela é provocada com ou sem solicitação explícita do doente. Numa linguagem frequente, fala-se, presentemente, algumas vezes, de eutanásia voluntária ou não, ainda seria preciso precisar se a intenção mortífera é a do doente que a explicitou precedentemente, ou se é a intenção do próprio médico.

Enfim, é preciso recusar inteiramente o termo de eutanásia no caso de uma morte que ocorreu na sequência da administração de um medicamento de alívio sem que o médico o tenha desejado, pois se trata de uma MORTE ACIDENTAL.

A EUTANÁSIA PASSIVA, quando a ela, designava num primeiro tempo o facto de deixar ir para a sua morte um doente ao abondono, sem o aliviar nem o ajudar, o que criticava Francis Bacon. Mas o sentido resvalou, e a eutanásia passiva designa hoje a abstenção de todos os cuidados vitais na intenção deliberada de encurtar a vida; trata-se do que certos chamam "EUTANÁSIA INDIRECTA".

Vale a pena, abrir um parêntese para lembrar a definição de certos termos de uso corrente:

O HOMICÍDIO é a acção de matar um ser humano sem conjecturar sobre as intenções e as circunstâncias. É o qualificativo acrescentado que os especifica: homicídio voluntário ou involuntário, homicídio por imprudência, por negligência, por incompetência, por interesse, por paixão, por piedade (ou compaixão).

MATAR, é fazer morrer de morte rápida.

O ASSASSINATO é um homícidio voluntário e premeditado (são os factos que nos interessam no caso de uma morte dada por um médico para aliviar).

É preciso claramente dizer: Quem tem a intenção de dar a morte? Por quem a solictação é formulada? E quem põe a ideia em acção?

A MORTE PARA ALIVIAR: SUICÍDIO OU HOMICÍDIO?

O termo anglo-saxónico *mercy-killing* significa "matar por piedade". É claro e sem equívoco.

A morte provocada para aliviar se apresenta sob as ***modalidades*** seguintes:

O SUICÍDIO PROPRIAMENTE DITO: é a morte que o doente dá a si próprio, sem o apoio psicológico de um terceiro e sem prescrição intencional pelo médico. O suicídio deve permanecer compreendido como a acção de se dar voluntariamente à morte.

O SUÍCIDIO ASSISTIDO TECNICAMENTE E MORALMENTE: é a morte que se dá a um doente com o auxílio de um agente letal dado ou prescrito por um terceiro, médico ou não, em todo o caso com o seu apoio psicológico.

No caso em que a morte é dada por um terceiro, médico ou não, a pedido do doente, deve-se falar de HOMICÍDIO PARA ALIVIAR. O pedido pode ser recente ou redigido antes da doença.

Há enfim a MORTE DADA SEM PEDIDO DO DOENTE por médico ou um prestador de cuidados por sua própria iniciativa ou da sua*"entourage"*.

É necessário utilizar termos que indicam claramente cada uma das modalidades precendentes da morte dada/provocada. A sua importância moral e jurídica não deve escapar, tanto mais que desvios e perversões podem associar-se a cada uma.

À guisa de remate, eis uma ***definição jurídica*** que se nos afigura assaz pertinente e oportuna. Ou seja:

Na prática, no sentido lato e actual, a eutanásia recobre comportamentos variados, na hipótese de uma morte próxima e inevitável, e cujos principais são, por um lado, a supressão da vida para pôr fim ao sofrimento pela administração de drogas mortíferas (EUTANÁSIA ACTIVA) e, por outro lado, a abstenção terapêutica para não prolongar a vida de uma dilação qualificada de derisório (EUTANÁSIA PASSIVA). Para além mesmo da perspectiva do fim próximo de um ser e dos seus sofrimentos, a palavra aplica-se outrossim ao homicídio por comiseração de uma pessoa atingida de uma malformação grave e definitiva.

No sentido estreito e actual, a eutanásia deve entender-se como o acto de dar a morte, no desígnio de abreviar os sofrimentos.

Infelizmente, entre a morte suave e o acto de provocar a morte no desígnio de poupar sofrimentos, a confusão perpetua-se. Ela é reforçada pela evolução da Medicina, que dispõe hoje de analgésicos poderosos e não só cujo emprego apresenta riscos mortais para o doente. Do mesmo modo, porque julgam certas terapêuticas de prolongação da vida inapropriadas à situação do doente por se afigurar uma fonte de sofrimentos inúteis, muitos médicos, aliás, abstêm-se de utilizar tais técnicas.

A palavra "eutanásia" implica contudo uma *relação de causalidade* entre a morte de um doente e a atitude dos que o tratam. Evoca responsabilidade de um profissional de Saúde ou de um próximo na morte de um doente ou de um deficiente. Tal é, em última análise, a definição dos juristas.

A despeito dos progressos realizados nos domínios científicos e médicos, que permitiram alongar a esperança de vida, chega um momento em que o médico já não pode tratar o seu paciente com a esperança de melhorar ou de combater o prognóstico desfavorável. Até o último suspiro, o ser humano permanece um SUJEITO de DIREITO.

Em todo estado de causa, parece-me que uma boa definição da palavra/expressão "eutanásia" poderia ser a que propõe PATRICK VERSPIEREN (n-1934), enquanto responsável do departamento de bioética do Centro de Sévres em Paris:

*"A EUTANÁSIA CONSISTE NO FACTO DE DAR CIENTE E VOLUNTARIAMENTE A MORTE; É EUTANÁSIA O GESTO OU A OMISSÃO QUE PROVOCA DELIBERADAMENTE A MORTE DO PACIENTE COM O FIM DE PÔR TERMO A SOFRIMENTOS".*

Esta definição tem, em todo o caso, o mérito de definir em primeiro lugar o ACTO praticado: dar materialmente a morte, precisando em seguida a INTENÇÃO que motivou o acto: QUERER FAZER MORRER.

---&---

Em tempo oportuno, por seu turno, Distanásia não é mais do que morte ansiosa, difícil, dolorosa. No fundo, distanásia é antónimo de eutanásia. E, de um modo mais explícito:

a) Distanásia, no fundo, é *prática pela qual*

*prolonga-se a vida e a existência,* através de meios artificiais e desproporcionais, de "encarniçamento terapêutico"/" obstinação terapêutica.

b) Vale a pena sublinhar que, actualmente, a distanásia representa uma questão de bioética e bio-direito. Este conceito insere-se no campo vasto da discussão do valor da vida humana e da morte. Opõe-se à eutanásia e pode associar-se a conceitos como a *ortoanásia,* ***inclusive*** *a própria morte e a dignidade humana.*

c) Enfim: a distanásia pode opor-se ao conceito de eutanásia passiva.

d) O termo/vocábulo/ expressão foi proposto (a) em 1904, pelo professor francês da Faculdade de Medicina da Universidade de Bordeaux, Georges Auguste Morache (1837-1906) e tem sido utilizado para definir *a morte prolongada e acompanhada de sofrimento,* associando-se à ideia de *manutenção da vida através de processos e procedimentos terapêuticos desproporcionais* (leia-se: a "obstinação terapêutica" / "encarniçamento terapêutico").

e) Vale a pena anotar, que a distanásia pode abranger três aspectos principais, designadamente: o pessoal, o familiar e o social.

   a. No atinente ao aspecto pessoal, o *indivíduo enfermo, que inicialmente teve o seu processo de morte prolongado, tendo em vista uma possibilidade idealizada de cura, aos poucos passa a depender do procedimento tecnológico que o mantém, e a prorrogação constante da morte torna o único elo com a vida.* Ou seja, o enfermo se torna passivo e já não decide por si próprio, vive unicamente, em *função do processo de controlo sobre a natureza.*

   b. Por seu turno, no aspecto familiar, ocorre uma *dualidade psicológica*: por um lado o prolongamento da vida e existência do ente querido, enquanto por outro lado o sofrimento ante a possibildade constante e reiterada da perda, além do doloroso *ónus financeiro em prol de um objectivo inalcançável!*

   c. Finalmente, no aspecto social, *ocorre o esgotamento da disponibildade de recursos* mediante uma *situação irreversível,* que repercute sobre a utilização onerosa de *recursos públicos, em especial nas sociedades carentes,* prejuízo de questões mais fundamentais e básicas para a Saúde pública, cujo corolário teria *maior abrangência social.*

## EUTANÁSIA IN ENCYCLOPEDIA BRITANNICA

f) ***Euthanasia,*** *also called* ***mercy killing,*** *act or practice putting to death persons suffering from painful and incurable disease or incapacitating physical disorder or allowing them to die by withholding treatment or withdrawing artificial life-support measures. Because there is no specific provision for it most legal systems, it is usually regarded as either suicide (if performed by the patient himself) or murder (if performed by another). A physician may, however, lawfully decide not to prolong life in cases of suffering, and he may administer drugs to relieve pain even if this shortens the patient's life. In the late 20th century several European countries had special provisions in their criminal codes for lenient sentencing and the consideration of extenuating circumstances in prosecutions for euthanasia.*

g) *The opinion that euthanasia is morally permissible is traceable to Socrates, Plato, and the Stoics. It is rejected in traditional Christian belief, chiefly because it is thought to contravene the prohibition of murder in the Ten Commandments. The organized movement for legalization of euthanasia commenced in England in 1935, when C. Killick Millard founded the Voluntary Euthanasia Legalization Society (later called the Euthanasia Society). The society's bill was defeated in the House of Lords in 1936, as was a motion on the same subject in the House* ***of Lords in 1950. In United States the***

***Euthanasia Society of America was founded in 1938.***

*The first countries to legalize euthanasia were the Netherlands in 2001 and Belgium in 2002. In 1997 Oregon became the first state in the United States to decriminalize physician-assisted suicide; opponents of the controversial law, however, attempted to have it overturned. In 2009 the Supreme Court of South Korea recognized a "right to die with dignity" in its decision to approve a request by family of a brain-dead woman that she be removed from life-support systems.*

*The potential of modern medical practice to prolong life through technological means has provoked the question of what courses of action should be available to be the physician and the family in cases of extreme physical or emotional suffering, especially if the patient is incapable of choice. Passively doing nothing to prolong life or withdrawing life-support measures has resulted in criminal charges being brought against physicians; on the other hand, the families of comatose and apparently terminal patients have instituted legal action against the medical establishment to make them stop the use or extraordinary life support.*

## BIBLIOGRAFIA


- Código Penal (Português)

Constituição da República Portuguesa
Revista Brotéria – Fevereiro 2000 (2. vol. 150).
BACON F., Do Progresso e da promoção dos saberes, BACON F., *Instauratio Magna,*

- J.H. ESPERANÇA PINA – *A Responsabilidade dos Médicos,* MORE TH''OMAS: A UTOPIA,

SUÉTONE, *Vida dos doze César.*
MORACHE, *Naissance et mort:* Paris: Alcan. 1904.
ENCYCLOPEDIA BRITANNICA.

# Estágio no Hospital Agostinho Neto

## A experiência de quatro estudantes portuguesas

*Autoras:*

***Valadas, E.*** [1]***, A. Silva*** [2]***, I. Soares*** [2]***, T. Pais*** [2]***, R. Carvalho*** [2]

(1) Professora Doutora, Clínica Universitária de Doenças Infeciosas e Parasitárias, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal
(2) Alunas do 5º ano da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal

### RESUMO

Entre 19 de agosto e 14 de setembro, quatro estudantes de Medicina realizaram um estágio no Hospital Agostinho Neto (HAN), no contexto da Disciplina Optativa de Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FML).

### MATERIAL E MÉTODOS

Quatro alunas da disciplina de Medicina Tropical foram selecionadas por sorteio e permaneceram 5 dias úteis, de forma rotativa, em cada um dos seguintes serviços do HAN: Banco de Urgência de Adultos (BUA)/Sala de Observação (SO), Pediatria, Ginecologia Obstetrícia e Especialidades (incluindo Cirurgia, Ortopedia e Medicina Interna).

### RESULTADOS

Na passagem pelos diversos serviços tivemos oportunidade de praticar anamnese e exame objetivo em crianças e adultos, exame ginecológico, suturas de lacerações cutâneas, colheita de sangue, e outros gestos clínicos. Adicionalmente, presenciamos intervenções de cirurgia geral, ortopédica, ginecológica e obstétrica.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Ao longo do estágio no HAN apercebemo-nos de diversas semelhanças e diferenças existentes entre a realidade da prática clínica portuguesa e a cabo-verdiana. O referido estágio representou uma oportunidade única de crescimento académico e humano, no qual pudemos praticar gestos clínicos com tutelagem única, acompanhadas de profissionais de saúde que demonstraram sempre uma incansável disponibilidade para nos ajudar e ensinar, motivando-nos a aprender e a querer superar-nos.

**Palavras-chave:** Clínica, experiência, Cabo Verde.

## INTRODUÇÃO

No período compreendido entre os dias 19 de agosto e 14 de setembro de 2018, enquanto alunas de Medicina da Faculdade de Medicina de Lisboa, realizámos um estágio no Hospital Agostinho Neto, na cidade da Praia, Cabo Verde. Este estágio, ao abrigo da área disciplinar de Medicina Tropical, resulta de uma parceria existente entre o Hospital e a Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa desde 2004.

## MATERIAL E MÉTODOS

Após conclusão da disciplina optativa de Medicina Tropical em setembro de 2017, quatro alunas do 4º ano da Faculdade de Medicina de Lisboa foram selecionadas, por método de sorteio, para a realização de um estágio no Hospital Agostinho Neto, a decorrer no período de Agosto-Setembro do ano seguinte.

Assim, estas alunas foram alocadas de forma rotativa a quatro valências do Hospital Agostinho Neto: Banco de Urgência de Adultos e Sala de Observação; Especialidades (Cirurgia, Ortopedia e Medicina Interna); Pediatria; e Ginecologia-Obstetrícia. Cada uma das alunas completou uma estadia de 5 dias úteis em cada um destes serviços, sendo o processo de rotação feito de forma a que se evitasse a concomitante estadia de duas alunas no mesmo serviço sempre que possível.

## RESULTADOS

Na estadia na **Sala de Observação** tivemos oportunidade de praticar a colheita da anamnese, realização de exame objetivo, e registo de dados nos diários clínicos dos doentes. No **Banco de Urgência de Adultos**, de localização adjacente e onde permanecemos vários dias, realizando shadowing dos médicos assistentes, foi ainda possível observar a realização de triagem dos doentes, bem como a abordagem de patologias frequentes na prática clínica, como quadros de pneumonias, tuberculose, patologia psiquiátrica, dor abdominal aguda, infeções da pele e tecidos moles, cetoacidose diabética, hipoglicémias, síndrome de abstinência alcoólica e enfarte agudo do miocárdio. Na decorrência de variadas patologias, foram ainda realizadas técnicas de colheita de sangue, análise de gasimetrias, e de sutura de lacerações cutâneas.

No Serviço de **Ginecologia-Obstetrícia**, estivemos presentes em cirurgias ginecológicas, como por exemplo excisão de tumores ováricos, colpocleise por um prolapso vaginal grau III e histerectomia total abdominal por miomatose uterina. Foi também possível observar as técnicas de partos eutócicos, realizados por uma enfermeira-parteira, e cesarianas, executadas por uma equipa multidisciplinar. Na sequência dos partos, acompanhámos a realização dos primeiros cuidados aos recém-nascidos e visitamos o Serviço de Neonatologia. Na sala de cirurgias de ambulatório, tivemos oportunidade de observar curetagens e realização de Interrupções Voluntárias da Gravidez (IVGs). Já no Banco de Urgências da Maternidade, foi possível apreciar a abordagem sumária e estruturada das doentes, com ênfase na patologia ginecológica (infeções sexualmente transmissíveis, menometrorragias, carcinomas do colo do útero) e obstétrica (aborto espontâneo, início de trabalho de parto).

No Serviço de **Pediatria**, tivemos oportunidade de passar pelo Banco de Urgências Pediátricas (BUP) e pela Sala de Observação (SO). No BUP, a maioria das crianças observada reportava queixas compatíveis com gastroenterites agudas e infeções respiratórias altas, sendo possível familiarizar-nos com os meios

de diagnóstico e terapêutica destas entidades clínicas. Na Sala de Observação, foi possível acompanhar a evolução de 26-30 crianças internadas por diversas patologias (infeções respiratórias altas, má progressão ponderal, síndrome nefrótico, entre outras).

Na semana em que estivemos nas **Especialidades**, passámos por Cirurgia, Ortopedia e Medicina Interna.

No Serviço de **Cirurgia**, face à elevada prevalência de doentes diabéticos, verificou-se que algumas das cirurgias mais frequentes são amputações por complicações desta doença, sendo outras patologias observadas, tais como celulites, queimaduras, lesões por agressões por arma branca, litíase vesicular, hérnias inguinais, tromboses venosas profundas, torção testicular, hemorróidas e otites complicadas.

No bloco operatório, foi possível não só observar diversas cirurgias, mas também participar em algumas, destacando-se a mastectomia como um dos procedimentos mais frequentes. Reportamos, em particular, um caso de gangrena de Fournier por abcesso perianal com vários dias de evolução numa doente de 50 anos de idade, obesa, diabética e hipertensa. A doente apresentou-se com no Banco de Urgências com um quadro de sépsis, tendo sido inicialmente internada no SO onde se manteve febril, obnubilada, desorientada, com hepatite e icterícia intensa, sob antibioterapia de largo espetro. No entanto, devido à rápida evolução da gangrena, objetivou-se a necessidade de uma cirurgia de desbridamento de urgência. Após este procedimento, a doente foi novamente transferida para o SO, onde foi reiniciada antibioterapia e analgesia. Apesar do prognóstico inicialmente reservado, reportamos que à data do nosso regresso a doente apresentava uma evolução favorável.

No serviço de **Ortopedia** foi possível explorar a enfermaria, as consultas de ortopedia e traumatologia, consultas de urgência, sala de gesso e bloco cirúrgico. Foi possível contactar com diversos doentes com fraturas, com status tanto pré como pós-operatório, sendo frequente a associação dos casos de traumatologia a acidentes rodoviários. Foi ainda possível praticar o reconhecimento de fraturas em telerradiografias.

De entre as várias patologias ortopédicas vistas na consulta destacam-se a osteomielite, artrogripose múltipla congénita, pé equinovaro congénito, displasia da anca, e osteogénese imperfecta e epifisiólise em idade pediátrica. No bloco de cirurgia ortopédica foi possível ver a técnica de artroscopia.

No serviço de **Medicina Interna**, presenciamos a passagem de turno, à semelhança dos outros serviços, e acompanhámos doentes com variadas patologias, como insuficiência cardíaca descompensada, infeções respiratórias, infeções do trato urinário, doenças autoimunes e infeções oportunistas em doentes HIV-positivos.

Para além disso, pudemos ainda acompanhar a Dr.ª Valéria Semedo nas consultas de Medicina Interna e ao serviço de Telemedicina, onde foi possível observar a discussão de casos de doenças difusas do tecido conjuntivo com especialistas de Reumatologia do Hospital de Santa Maria, em Lisboa.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Enquanto estudantes de Medicina portuguesas que tinham recentemente completado o 4º ano, um obstáculo com que frequentemente nos deparamos no contexto de aulas práticas na enfermaria é a dificuldade em executar e treinar manobras clínicas tão regularmente como desejaríamos. Esta realidade é compreensível face ao elevado número de alunos de medicina e ao reduzido rácio tutor/aluno disponível. Este estágio, com apenas quatro alunas, por isso constituiu, antes de mais, uma oportunidade única de desenvolver competências, quer pessoais no estabelecimento da relação médico-doente, quer técnicas, na realização de gestos clínicos, num contexto sócio-cultural distinto, e com tutelagem única.

Na **Sala de observação e Banco de Urgência de Adultos**, tivemos múltiplas oportunidades de praticar gestos clínicos com a supervisão e correção dos médicos do Serviço, o que constituiu uma

excelente oportunidade de aprendizagem. Pudemos ainda constatar alguns dos desafios que os doentes e os profissionais de saúde enfrentam diariamente, como a dificuldade de acesso a alguns meios complementares de diagnóstico e a indisponibilidade de algumas abordagens terapêuticas, o que leva por vezes à adoção de condutas distintas ou à necessidade de evacuação dos doentes.

No Banco de Urgências da Maternidade do Serviço de **Ginecologia-Obstetrícia**, foi-nos possível treinar o exame ginecológico, bem como aprender a realizar a avaliação obstétrica direccionada (auscultação do foco fetal, medição da altura uterina). Presenciamos ainda situações gineco-obstétricas urgentes e até mesmo emergentes, como no caso de uma hemorragia vaginal maciça numa doente que se apresentava já com perda do estado de consciência, sendo-nos possível observar e aprender os protocolos de atuação nestas instâncias, que se viriam a provar *life-saving*. Face a esta abordagem transversal da maternidade, foi-nos ainda possível constatar alguns contrastes face à realidade portuguesa, entre os quais se destaca a elevada taxa de natalidade de Cabo Verde, que se traduz não só numa maior multiparidade, mas também num início da vida materna em idade bastante jovem, em contraste com Portugal, que apresenta um índice sintético de fecundidade de 1,37 [1] e idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho de 30,3 anos (dados de 2017) [2].

No Serviço de **Pediatria**, na nossa passagem pelo Banco de Urgências Pediátrico, verificamos que existe uma grande afluência de utentes às urgências devido a problemas cuja abordagem adequada seria feita nos serviços de cuidados de saúde primários, tal como acontece em Portugal. Isto obriga os profissionais de saúde a uma grande capacidade de gestão de recursos, bem como a uma sensibilização assertiva e constante da população de forma a contrariar esta tendência.

Apercebemo-nos ainda da existência de uma diferente organização dos serviços de saúde portugueses e cabo-verdianos: neste último, apenas as crianças até aos 12 anos são acompanhadas no Serviço de Pediatria, enquanto em Portugal são vistas por pediatras crianças e adolescentes até aos 18 anos.

No Serviço de **Cirurgia** apercebemo-nos da elevada taxa de cirurgias de amputação, frequentemente associadas a doença arterial periférica no contexto de diabetes tipo 2 com mau controlo glicémico. Assim, salienta-se a necessidade expressa por vários médicos deste serviço de um maior investimento na Saúde Pública e em medidas de prevenção.

Tendo em conta que apenas existem especialistas de **Ortopedia** no Hospital Agostinho Neto e no Hospital Dr. Baptista de Sousa, no Mindelo, compreende-se a necessidade de médicos clínicos gerais, bem como de outras especialidades, de estarem familiarizados com diagnósticos e procedimentos basilares da ortopedia, visando o tratamento dos casos ligeiros, e a estabilização dos mais graves até ao seu transporte para os centros de referência. Por outro lado, foi também possível constatar a desafiante realidade associada às evacuações de doentes para Portugal para realização de intervenções como colocação de próteses totais da anca. Estas não são realizadas no Hospital Agostinho Neto, pelo que nos foi comunicado, não por desconhecimento técnico, mas pela simples falta de material imprescindível para estas, sendo esta uma realidade que se poderá imaginar como frustrante para alguns profissionais.

No Serviço de **Medicina Interna** foram-nos atribuídos doentes para avaliar e examinar, sozinhas ou acompanhando os médicos do serviço, o que contribuiu para que nos sentíssemos mais autónomas e com maior à-vontade no contato com os doentes e com melhor compreensão das suas patologias e da conduta diagnóstica e terapêutica.

Nas consultas de Medicina Interna foi ainda possível ter uma noção das dificuldades que muitas pessoas têm para suportar as despesas de medicações crónicas ou de estudos analíticos dispendiosos e que muitas vezes apenas são realizados em Portugal, como é o caso de alguns estudos de autoimunidade.

Por fim, concluímos que o estágio que realizámos no Hospital Agostinho Neto foi se dúvida uma oportunidade única de crescimento enquanto estudantes de medicina. Por um lado, constatámos que existem diversas semelhanças com a prática médica em Portugal, nomeadamente no método de avaliação clínica dos doentes e na maioria dos aspetos de funcionamento dos serviços. Por outro, fomos confrontadas com o facto de que opções diagnósticas e terapêuticas que tomamos como garantidas em Portugal podem ser de acesso extremamente difícil noutros locais, tal como acontece nalguns casos em Cabo Verde. Para além disso, tivemos diversas oportunidades de praticar a colheita de história clínica, exame objetivo, suturas e outras técnicas, sempre acompanhadas por médicos e enfermeiros que, apesar da substancial carga de trabalho, tiveram sempre uma enorme disponibilidade para nos ajudar e ensinar, motivando-nos a aprender e a querer superar-nos.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Drª. Flávia Semedo, pela oportunidade de partilhar esta experiência e pela curiosidade clínica que instilou em nós, e a toda a equipa de profissionais com quem tivemos o prazer de contactar e aprender durante a nossa estadia em Cabo Verde.

Agradecemos ainda à Faculdade de Medicina de Lisboa e, em particular, à Drª. Emília Valadas e ao Dr. Thomas Hänscheid, pela oportunidade e pelo valioso apoio prestado.

## REFERÊNCIAS

- Pordata.pt [home-page na internet]. Indicadores de fecundidade: Índice sintético de fecundidade e taxa bruta de reprodução; 2018 [consultado 10 nov 2018]. Disponível em: https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+fecundidade+%C3%8Dndice+sint%C3%A9tico+de+fecundidade+e+taxa+bruta+de+reprodu%C3%A7%C3%A30-416?fbclid=IwAR2xtat4dIyavGfpAmfmgTvgmkKtMdGtFXksNOpgPgP_EGFamOl48x6T6qc

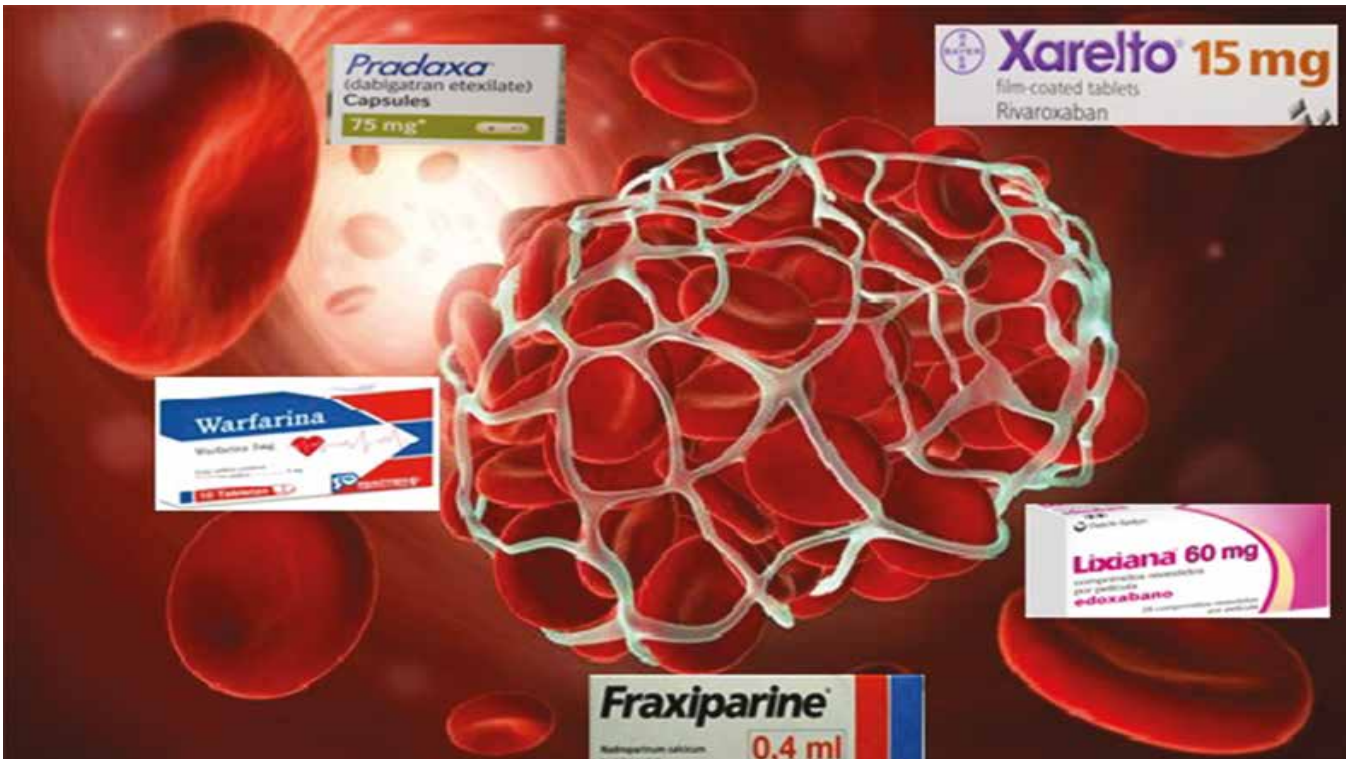
- Pordata.pt [home-page na internet]. Idade média da mãe ao nascimento do primeiro filho; 2018 [consultado 10 nov 2018]. Disponível em: https://www.pordata.pt/Portugal/Idade+m%C3%A9dia+da+m%C3%A3e+ao+nascimento+do+primeiro+filho-805?fbclid=IwAR18dR7PLm1K9doOZ2QToBnGwxBWOJKdJnddOPtUHqgof5J5q5qDWcwM10

# Protocolo de reversão do excesso de anticoagulação de urgência

**Autor:**

***Paulo Almeida***[1]

(1) Médico Especialista em Hematologia, Diretor do Serviço de Urgência do Hospital Dr. Baptista de Sousa.
Este protocolo foi discutido e aprovado em reunião com os seguintes especialistas:
Dra Linette Fernandes-Hematologista HAN
Dra. Vanda Azevedo-Cardiologista HAN
Dra Conceição Pinto-Hematologista HBS
Dra. Filomena Rodrigues-Anestesista HBS
Dra. Jamira Sousa-Medicina Interna HBS
Dr. Fernando Lopes-Cardiologista HBS




## INTRODUÇÃO

Os anticoagulantes são drogas frequentemente prescritas na prática clínica, e desempenham um papel importante na prevenção de fenómenos tromboembólicos. O seu uso vem aumentando nas últimas décadas, devido em parte, a um conhecimento mais profundo sobre as indicações de anticoagulação, e também devido ao aumento da prevalência de situações de risco nomeadamente doenças cardiovasculares e doenças neoplásicas. Por outro lado, o risco de complicações secundárias ao uso destes fármacos, em particular as hemorrágicas, é um aspeto a ter em conta na avaliação e no seguimento dos doentes, devendo sempre ser integrado as características dos fármacos anticoagulantes e da população alvo (maioritariamente idosos).

É um grande desafio a abordagem da reversão do efeito anticoagulante nestes doentes, uma vez que a fronteira entre o risco de complicações hemorrágicas e de exposição do doente a riscos acrescidos de fenómenos trombóticos é mínima.

É importante referir que o protocolo delineia orien-

tações gerais, mas estas devem ser adaptadas a cada situação clínica, tendo em conta as caraterísticas dos fármacos implicados, o doente, as condições sócio-ambientais e a capacidade de reverter os efeitos das complicações hemorrágicas. Nenhum protocolo substitui o bom juízo clínico.

## DESENVOLVIMENTO

O protocolo ora proposto divide-se em três partes: a primeira parte faz referência à reversão do excesso de anticoagulação por antagonistas da Vitamina K, a segunda parte aborda a reversão de anticoagulação devido ao uso de heparinas e, por fim, a terceira parte alude aos anticoagulantes orais diretos (ACOD). Também faz referência aos Scores CHADS, CHADVAS e HAS BLED (vide tabelas 4, 5 e 6) e outros aspectos importantes na avaliação dos riscos trombóticos e hemorrágicos destes pacientes (vide tabelas 7, 9, 10 e 11).

Em relação aos antagonistas da Vitamina K, representado pela varfarina e acetocumarol, o protocolo propõe a sua abordagem em dois grupos, sendo o primeiro grupo constituído por pacientes que apresentam excesso de anticoagulação (aumento de INR), associado a hemorragia e o segundo constituído por pacientes com excesso de anticoagulação mas sem hemorragia. No primeiro caso, o paciente deve ser alvo de medidas mais agressivas, nomeadamente com o uso de Plasma Fresco Congelado (sempre que esteja disponível) associado ao uso de Vitamina K endovenosa, de acordo com os alvos a alcançar em relação ao INR (vide tabela 2). Nos doentes com Alto Risco Trombótico, após controlo de hemorragia, deve ser utilizado HBPM sempre que o INR seja <1.7, dado o risco aumentado de eventos trombóticos. A aplicação de medidas hemostáticas locais e o uso de ácido aminocapróico local podem também ser adotados nestes pacientes como terapia coadjuvante.

Nos pacientes que apresentam excesso de anticoagulação, e que não manifestam sinais de sangramento a abordagem vai depender do valor de INR e o risco de hemorragia do paciente.

Se o INR este estiver entre 5-9, mas o paciente tiver risco acrescido de hemorragia, está preconizado o uso de Vitamina K por via oral (vide tabela 1 e 6). No caso dos doentes que apresentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde deve ser equacionado a monitorização em ambiente hospitalar por 12 a 24 horas para se avaliar a evolução dos níveis de INR, particularmente naqueles que apresentam riscos de hemorragia.

Os doentes com INR> 9, tem um grande risco de sangramento pelo que se recomenda que sejam observados nos serviços de saúde por um período não inferior a 24 horas em associação com a aplicação de Vitamina K (endovenoso) e Plasma Fresco congelado (particularmente nos que apresentam fatores de risco de hemorragia).

Um aspeto muito importante a ter em conta é que o paciente que apresenta valor de INR acimas do normal, pode apresentar, nos dias seguintes, novos aumentos de INR, pelo que deve ser feita uma monitorização mais apertada, sobretudo naqueles com INR acima de 5. Nestes deve ser sempre reavaliado o INR nas 24 horas seguintes para verificar a tendência (diminuição ou aumento) do valor do INR.

Relativamente a prescrição de Vitamina K, esta deve ser administrada em dose única diária, não havendo indicação para o uso de 12/12 horas ou em intervalos menores. Deve-se evitar igualmente doses superiores a 10mg/dia, dado o risco acrescido de resistência a varfarina e a dificuldade de alcançar a anticoagulação desejada posteriormente.

Na avaliação do paciente é de suma importância a verificação da toma correta dos anticoagulantes orais para se descartar possíveis usos acrescidos das doses particularmente no caso dos doentes idosos. Deve ser também pesquisado o uso de aspirina, outros anti-inflamatórios bem como de medicamentos que potencializam os anticoagulantes antagonistas da Vitamina K.

Nos casos de cirurgia de urgência, em que seja necessário reverter a anticoagulação, é mandatário o uso de Vitamina K endovenosa e Plasma Fresco Congelado.

Em relação às Heparinas, salienta-se que as complicações relacionadas com excesso de anticoagulação são infrequentes. O manejo destas complicações está descrito no protocolo.

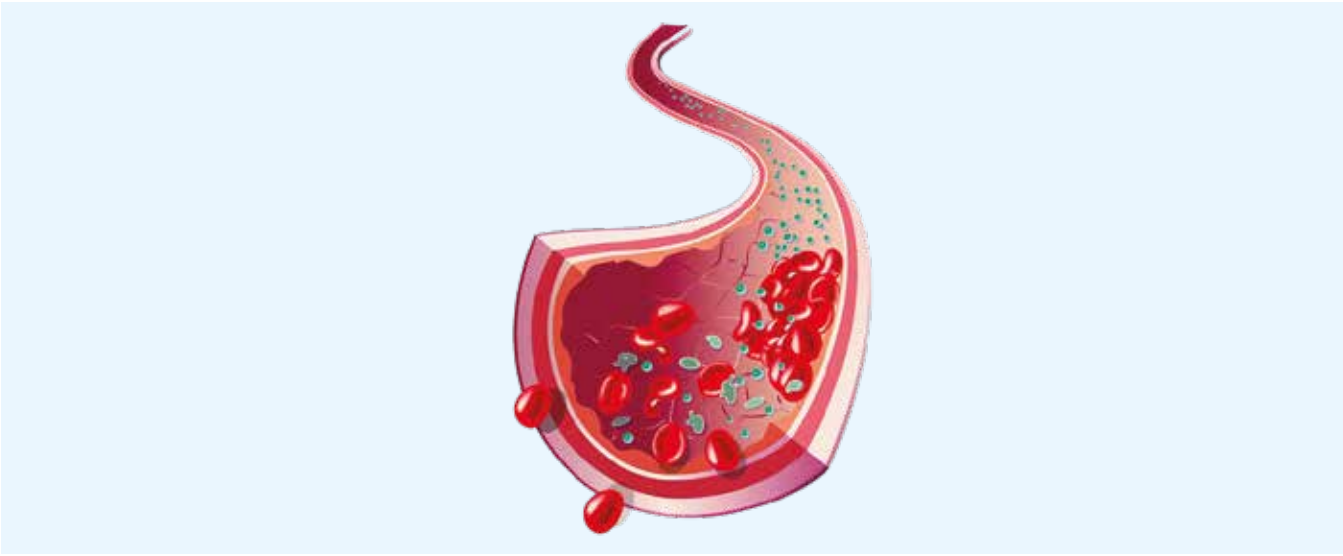
No que diz respeito a abordagem de doentes com excesso de anticoagulação devido ao uso de ACOD, a experiência é pouca. Tem sido indicado nestes casos o uso de antagonistas e do Complexo Protombínico, ambos ainda não disponíveis em Cabo Verde. Mais informações encontram-se referenciadas na figura 1

**Tabela 1:** Recomendações para a reversão do excesso de anticoagulação em pacientes em uso de Varfarina *Sem Sinais de Hemorragias*

| Situação | INR | Varfarina | Vitamina K | Plasma (PFC) | Outras medidas |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **[3 - 3,9]** | Manter na dose actual | ---------- | ---------- | • Observar e monitorizar o INR com mais frequência (ex: semanal)<br>• Ver recomendações para doentes e familiares |
| | **≥4 e <5** | • **<** Dose **Ou**<br>• Omitir a próxima dose<br>• Reiniciar quando INR estiver [2,5 a 3][1] e numa dose menor (**↓DST**[2] 5-10%) | ---------- | ---------- | • Observar e monitorizar com mais frequência (ex: C/3 a 5 dias)<br>• INR C/3 a 5 dias |
| 2 | **≥5 e <9**<br>• Omitir a dose seguinte<br>• Reiniciar quando INR estiver [2,5 a 3][1] e numa dose menor (**↓DST**[2] 10-20%) | • Omitir as duas doses seguintes<br>• Reiniciar quando INR estiver [2,5 a 3][1] e numa dose menor (**↓DST**[2] 10-20%) | • Considerar*:1-2,5mg VO<br>• Repetir dose após 24h se INR> 5 | ---------- | • Observar e monitorizar com mais frequência (ex C/48 a 72h)<br>• Repetir INR 24h após a 1ª dose de Vitamina K e depois C/48 a 72h |
| | | • 2,5mg VO<br>• Repetir dose após 24h se INR> 5 | ---------- | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **3** | **≥9 e <20** | | • Suspender<br>• Reiniciar quando INR estiver [2,5 a 3][1] e numa dose menor (**↓DST**[2] 10-20%) | • 5 mg VO ou 1 a 2mg EV[4]<br>• Após 12h se INR> 9: 2,5mg VO ou 1mg EV[4] | 2-3U*[6]<br>(10 ml/kg/ dose) | • Repetir INR 6h após a 1ª e 2ª dose de Vitamina K e depois C/24h<br>• Observar no hospital até INR <5 |
| **4** | **≥20** | | • Suspender<br>• Reiniciar quando INR estiver [2,5 a 3][1] e numa dose menor (**↓DST**[2] 10-20%) | • 5 mg EV<br>• Após 12h se INR> 9: 2mg EV | 10 a 20 ml/ kg/d[6]<br>6/6h, 8-8h ou<br>12-12h | • INR a cada 6 h nas 1ª 24h<br>• Avaliar uso de diurético<br>• Observar no hospital até INR <5 |
| **5**<br>Indicação de cirurgia[3] | **[3-9]** | Poder ser adiada<br>12ª a 24h | Suspender | • 5 a 10 mg EV infusão em 10 minutos[5] | 10 a 20 ml/ kg/d[6]<br>6/6h, 8-8h ou<br>12-12h | • INR a cada 6 h nas 1ª 24h<br>• Avaliar uso de diurético |
| | | Emergente | Suspender | • 5 a 10 mg EV infusão em 10 minutos[5] | 2-3U[6]<br>(10 ml/kg/ dose) | • INR a cada 6 h nas 1ª 24h<br>• Avaliar uso de diurético |

*Sobretudo em pacientes com maior risco de hemorragia (história de sangramento, hemorragia gastrointestinal, Idosos, DM, AVC, Insuficiência Renal, anemia, HTA incontrolada, uso de antiplaquetários). Ver também **tabela 6**.



**1-** A Faixa terapêutica **é 3-4** em doentes com TVP recidivante com Varfarina, prótese cardíaca metálica, Síndrome antifosfolipídeo (em alguns casos). **2-DST:** dose semanal total **3-** O objectivo é conseguir baixar o **INR** para **<1,5** para que a cirurgia possa ser realizada. **4-**Se não houver ampolas de Vitamina K administrável por via oral. **5-** A solução não deve ser diluída ou misturada com outros medicamentos injectáveis, mas pode ser injectada quando for apropriada, na parte inferior do equipo de infusão, durante a infusão continua de cloreto de sódio 0,9% ou dextrose 5%. **6-**Previa avaliação/discussão com hematologia.

**Obs: Não administrar Vitamina K intramuscular nestes pacientes.** Ampolas de Vitamina K (10mg/ml para adultos-EV ou VO) e (2mg/ml infantil)

**Tabela 2:** Recomendações para a reversão do excesso de anticoagulação em pacientes em uso de varfarina Com Sinais de Hemorragias

| Situação | Tipo de Hemorragia | Varfarina | Vitamina K | Plasma (PFC) | Outras medidas |
|---|---|---|---|---|---|
| **1** | **Ligeira** (epistáxis, gengivorragia, hematúria leve) | Suspender | • 3 a 5mg E.V | • 2 U PFC<br>• Repetir após 6 a 12 h se persistência de hemorragia ou INR ≥5 | • INR a cada 6 h |
| **2** | **Moderada** (hematúria moderada, hemorragia digestiva controlável) | Suspender | • 10 mg EV em 10 minutos<br>• Após 12h: 5 mg EV em 10 min se necessário[1,2] | • 2 a 3 PFC<br>• Repetir após 6 a 12 h se persistência de hemorragia ou INR ≥5 | • INR a cada 6 h<br>• Avaliar uso de diurético |
| **3** | **Severo ou com Risco de vida** (Intracraneal, Hemorragia digestiva grave) | Suspender | • 10 mg EV em 10 min<br>• Após 12h: 5 mg EV em 10 min se necessário[1,2] | • 15 a 30 ml/kg/dia[3]<br>(8-8h ou 12-12h) | • INR a cada 6 h<br>• Avaliar uso de diurético |

➢ Nos doentes com hemorragias o objectivo é baixar o INR para os seguintes valores:

- Hemorragia leve: **INR [2-3]**
- Hemorragia Moderada a Grave: **INR <1,5**
- Hemorragia Severo ou com Risco de Vida: **INR <1,3**

- Pacientes com hemorragias e INR dentro da faixa terapêutica reiniciar na mesma dose previa avaliação dos factores de risco para o sangramento.

**1-**Repetir se não tiver sido alcançado o objectivo de baixar o INR para os níveis propostos tendo em conta o tipo de hemorragia e sempre como segunda opção após o uso de plasma. **2-**Considerar o uso de Heparina de baixo peso molecular em paciente de alto risco trombótico (INR <1,7 e após controlo da hemorragia). **3-**Prévia avaliação/contacto com hematologia.

**Tabela 3:** Escala de Risco de Tromboembolismo

| Risco de Tromboembolismo Arterial ou Venoso | Válvula cardíaca mecânica | Fibrilação Auricular | Tromboembolismo Venoso (TEV) |
|---|---|---|---|
| **ALTO**<br>**(> 10%/ano)** | • **Qualquer prótese mitral**<br>• **Prótese aórtica de bola ou monodisco**<br>• **AVC/AIT recente (<6 meses)**<br>• **Válvula mecânica recentemente colocada ( < 3 meses)** | • **$CHADS_2$ de 5 a 6 ou** CHADS2VASC de 7-9<br>• AVC/AIT <3 meses<br>• Valvulopatia reumática mitral | • **TEV <3 meses**<br>• Trombofilia Grave (homocigose factor V Leiden,deficiência de Proteína C, S, AT-III, síndrome antifosfolipídico)<br>• **Trombose intracardíaca aguda confirmada por ECO** |
| **MODERADO**<br>**(5-10%/ano)** | • Prótese aórtico+1: (FA, antecedentes de AVC/AIT> 6 meses, HTA, DM, ICC> 75 anos) | • **$CHADS_2$ de 3-4 ou** CHADS2VASC de 5 a 6<br>• AVC/AIT> 3 meses | • **TEV de 3-12 meses**<br>• **Trombofilia menos grave** (heterocigose factor V Leiden)<br>• **TEV recorrente**<br>• **TEV+Cancer ativo nos últimos 6 meses** |
| **BAIXO**<br>**(> 5%/ano)** | **Prótese aórtica de dupla hemidisco sem FA e outros factores de risco para AVI** | **$CHADS_2$ de 0 ou 2 ou** CHADS2VASC de 1 a 4 **(sem antecedentes de AVC/AIT)** | **Antecedentes de TEV (> 12 meses) sem outros fatores de risco** |

**Tabela 4, 5 e 6**: Escores de Avaliação de Risco Trombótico e Risco Hemorrágico na Fibrilação Auricular Não Valvular

**Tabela 4:** Score CHADS CHA2DS2GHASCHADS2

| Letra | Fator de risco | Score |
|---|---|---|
| **C** | Insuficiência Cardíaca congestiva | **1** |
| **H** | Hipertensão | **1** |
| **A** | Idade >75 anos | **1** |
| **D** | Diabetes mellitus | **1** |
| **$S_2$** | AVC, AIT ou embolismo sistémico | **2** |
| | Score Máximo | **6** |

**Tabela 5:** Score CHA2DS2-VASc

| Letra | Fator de risco | Score |
|---|---|---|
| C | Insuficiência Cardíaca congestiva ou disfunção ventricular esquerda | 1 |
| H | Hipertensão | 1 |
| A | Idade >75 anos | 2 |
| D | Diabetes mellitus | 1 |
| $S_2$ | AVC, AIT ou embolismo sistémico | 2 |
| V | Doença vascular | 1 |
| A | Idade 65-74 anos | 1 |
| Sc | Sexo feminino | 1 |
| | Score Máximo | 9 |

**Tabela 6:** Score HAS BLED

| Letra | Fator de risco | Score |
|---|---|---|
| H | Hipertensão | **1** |
| A | Função renal ou hepática anormal | **1 ou 2** |
| S | AVC | **1** |
| B | Hemorragia | **1** |
| L | INR lábil | **1** |
| E | Idade > 65 | **1** |
| D | Álcool ou farmacos antiagregantes ou NSAIDs | **1 ou 2** |
| | Score Máximo | **9** |
| Doentes com score **≥3** são considerados como tendo maior risco hemorrágico | | |

**Recomendações para técnicos de saúde na abordagem destes doentes:**

**1-**Em paciente com Hemorragia significativo ou severo avaliar transfusão de glóbulos vermelhos.

**2-**Em todo paciente com excesso de anticoagulação deverá ser investigado o uso de medicamentos que potencializam o efeito da varfarina bem como anti-inflamatórios e álcool.

**3**-Em casos extremos em pacientes com sangramento activo ou alto risco de sangramento e na ausência de Vitamina K (EV ou VO) considerar o uso de Vitamina K de uso intramuscular por via Subcutâneo e medidas de compressão local.

**4-**No nosso meio, em caso de sangramento agudo a medida mais rápida e eficaz para parar o sangramento é o Plasma Fresco Congelado (tem todos os factores de coagulação.

**5-**O início da acção da Vitamina K ocorre aproximadamente de 1-3 horas após a administração intravenosa, e de 4-6 horas após administração oral.

**6-**Medicamentos que potencializam o efeito de varfarina: ciprofloxacina, eritromicina, estatinas, fenitoína,fibratos, fluconazol, fluoxetina, heparina, hormônio tireoidiano, indometacina, isoniazida, itraconazol, metronidazol, norfloxacina, omeprazol, propranolol, sulfametoxazol-trimetoprim, sulfoniluréias, amiodarona, cimetidina.

**7-**Unidade de Plasma Fresco congelado: ±250 ml.

**8-*Evitar Injecções Intramusculares***, manobras invasivas e AINE (anti-inflamatórios não-esteróides).

**9-**A dose deve ser menor nos seguintes casos: idade> 75 anos; múltiplas comorbilidades; desnutridos; INR basal alterado; disfunção hepática ou tiroidiana.

**10-**O uso de altas doses de Vitamina K (≥10mg) aumenta o risco de resistência a varfarina e dificulta o alcance da hipocoagulação desejada posterior. Por isso nos doentes com Hemorragia moderada ou severa e alto risco trombótico (vide tabela 3) aconselha-se usar HBPM ou HNF (quando **INR <1,7).**

**Recomendações para doentes e familiares:**

**1-**Evitar traumas, quedas, uso de álcool e AINE.

**2-**Devem ficar atentos ao estado de consciência do doente. Se o doente ficar sonolento, pálido, confuso, com suores frio, deverão levá-lo imediatamente ao hospital mais próximo.

**3-** Acudir ao hospital se há hemorragias nasais, manchas escuras em pele, coloração escuras ou vermelhas de urinas, fezes ou vómitos com sangue.

**Figura 1:** Recomendações para o Manejo das Complicações Hemorrágicas dos Anticoagulantes Orais Diretos (ACOD)

| Ligeira | Moderada | Severa ou c/Risco de Vida |
|---|---|---|
| • Sem necessidade de transfusão<br>• **Sinais clínicos de hemorragia ligeira** | • Redução de Hb ≥ 2g/dl<br>• Necessidade de transfusão de ≥2U de **glóbulos** vermelhos<br>• **Sinais clínicos de hemorragia moderada** | • Redução de Hb ≥ 2g/dl<br>• Necessidade de transfusão de ≥ 4U de **glóbulos** vermelhos<br>• **Sinais clínicos de hemorragia Severa** |

a) Hemograma

b) Função Renal, Ionograma

c) PT, PTT

d) Verificar a hora da última toma do medicamento

| Ligeira | Moderada | Severa ou c/Risco de Vida |
|---|---|---|
| • Atrasar Ou Suspender a próxima dose<br>• Medidas hemostáticas Locais:<br>Compressão<br>➢ Em caso de gengivorragia, epistaxis:<br>○ Ac. Aminocapróico tópico ou EV | • Suspender o fármaco<br>• Reposição de líquidos<br>• Medidas hemostáticas Locais (idem da Hemorragia Ligeira)<br>• Avaliar Transfusão de glóbulos vermelhos<br>• Carvão activado VO: se ingestão de dabigratano <2h<br>• **PFC** 10 a 20 ml/kg/ de 6/6h, 8-8h ou 12/12h | • Idem da Hemorragia Moderada<br>+<br>• Diálise ou Hemofiltração com carvão activado no caso do dabigratano<br>• **PFC** 10 a 20 ml/kg/ de 6/6h, 8-8h ou 12/12h |

**Tabela 7:** Mecanismo de Acção e Farmacocinética dos ACOD

| Fármaco | Mecanismo de ação | Bd[1] (%) | TCM[2] (h) | Vida média (h) | Via de eliminação | Diálise | TP[3] | PTT[4] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Dabrigatrano | Inibidor reversível da trombina | 6-7% | 2h | 12-17 h | Renal: 80% Hepatobiliar:25% | Sim | N.U[5] | U[6] |
| Rivaroxabano | Inibidor reversível do F X ativado | 80-90% | 3h | 9-12h | Renal: 66% Hepatobiliar:28% | Não | U | N.U |
| Apixabano | Inibidor reversível do F X ativado | 66% | 3h | 8-15h | Renal: 25% Hepatobiliar:75% | Não | N.U | N.U |

**1**-Biodisponibilidade **2**-Tempo de concentração máxima **3**-Tempo de Protrombina **4**-PPT-Tempo de Tromboplastina Parcial activada **5**-Não útil **6**-Util.

- **Dabrigatrano:** TTP normal descarta níveis terapêuticos de dabigratano. Se **TTP 2x** superior ao limite da normalidade 12 a 17 horas após a sua administração: existe risco de hemorragia
- **Rivaroxabano:** TP prolongado-risco de hemorragia

**Tabela 8**: Monotorização e Reversão de outros anticoagulantes

| Heparina | Monotorização | Via Administração | Sulfato de Protamina | Plasma |
|---|---|---|---|---|
| HNF | TTPA | Intravenosa | **1.** Heparina administrada em até 15 min: 1mg de S.P por cada 100UI de Heparina<br>**2.** Heparina administrada de 15 a 30 min:0,5 mg de S.P por cada 100UI de Heparina<br>**3.** Heparina administrada ≥2h: 0,25-0,37mg de S.P por cada 100UI de Heparina | Em caso de hemorragia moderada a graves ou sem resposta a Sulfato de Protamina administrar 10-15ml/kg/dia |
| | | Subcutânea | 1. 1mg cada 100UI HNF administradas<br>2. 25 a 50 mg, por injecção intravenosa lenta (não excedendo 5 mg/min),<br>3. Restante da dose calculada: administrar em 8 a 16 horas por infusão EV | |
| | | Intravenosa contínua | • Dose de 25 a 50 mg, EV imediatamente após a interrupção da infusão. | |
| HBPM | Anti-Xa | Subcutânea | **1.** 1mg cada 100UI anti-Xa HBPM, se a última dose tiver sido administrada <8 h<br>**2.** 0,5mg cada 100UI anti-Xa HBPM, se a última dose tiver sido administrada> 8 h<br>**3.** Se persistência da hemorragia, administrar 50% da dose de sulfato de protamina previamente utilizada | |
| Fondaparinux | Anti-Xa | Subcutânea | ➢ Sem antídoto | |

- Dose máxima de sulfato de protamina- 50 mg. Este fármaco deve ser administrado por injecção intravenosa lenta (durante um período de cerca de 10 minutos) ou por perfusão intravenosa lenta (utilizando uma solução de cloreto de sódio 9mg/ml), pois pode provocar hipotensão e reacções alérgicas.
- Os testes de coagulação para avaliação do seu efeito, podem ser efectuados 5 a 15 minutos após a administração do fármaco.
- De sublinhar que doses excessivas de Sulfato de Protamina também provocam alterações da hemóstase.

Sulfato de protamina neutralizará somente 50% da actividade das HBPM

**Tabela 9:** Principais características e farmacocinética das diferentes Heparinas

| Características | | HNF | HBPM | Varfarina |
|---|---|---|---|---|
| Mecanismo de ação | | FIIa, FXa | F Xa | II,VII, IX, X, Proteína C e S |
| Inibição da função plaquetária | | Sim | Não | Não |
| Biodisponibilidade | | 50% | 100% | Elevada |
| Duração de ação (horas) | | ---------- | ---------- | 96-120 |
| Meia-Vida | Intravenosa | 1h | 2h | 35-45 |
| | Subcutânea | 2h | 4h | |
| Eliminação | | Renal e hepática | Renal | Renal (92%)/bílis |
| Monotorização | | TTPA | Dosagem de Xa | INR |
| Frequência de Trombocitopenia | | Alta | Baixa | ---------- |
| Osteoporose | | Sim | Menos frequente | ---------- |

**Tabela 10:** Tempo de Vida Média dos Principais factores da Coagulação

| Proteína | Vida media |
|---|---|
| Factor II | >60 horas |
| Factor VII | 4 a 6 horas |
| Factor IX | 20 a 24 horas |
| Factor X | 48 a 72 horas |
| Proteína C | 6 horas |
| Proteína S | 42 horas |

**Tabela 11:** Fatores a considerar na avaliação de doentes com excesso de anticoagulação

| Fatores a considerar na avaliação de doentes com excesso de anticoagulação | |
|---|---|
| Idade | Distância de acesso aos serviços de Saúde com possibilidades de reversão |
| Comorbilidades | |
| Tempo da última medicação | Escala de risco de Hemorragia |
| Risco de Tromboembolismo | Eventos: cirurgias, traumatismo |
| Farmacocinéticas da droga | Fatores sócio-económicos |

## BIBLIOGRAFIA


- Igor Neves Afonso Castro, Rafael Coelho Tibúrcio, Marcel Andrade Souki, Reversão de urgência da anticoagulação, Rev Med Minas Gerais 2014; 24 (Supl 3): S49-S59

- Keelin D, Baglin T, Tait C, Watson H, Perry D, Baglin C, et al. Guidelines on oral anticoagulation with warfarin – fourth edition. Br J Haematol. 2011; 3:311–24.

- Lorga Filho A M, Azmus AD, Soeiro AM, Quadros AS, Avezum Junior A, Marques AC, Franci A, et al. Diretrizes Brasileiras de Antiagregantes Plaquetários e Anticoagulantes em Cardiologia, Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Volume 101, N° 3, Suplemento 3, Setembro 2013



FARMÁCIA
SANTA ISABEL

HORÁRIO
Segunda à Sexta
08 às 20Horas

Sábado
09 às 13horas

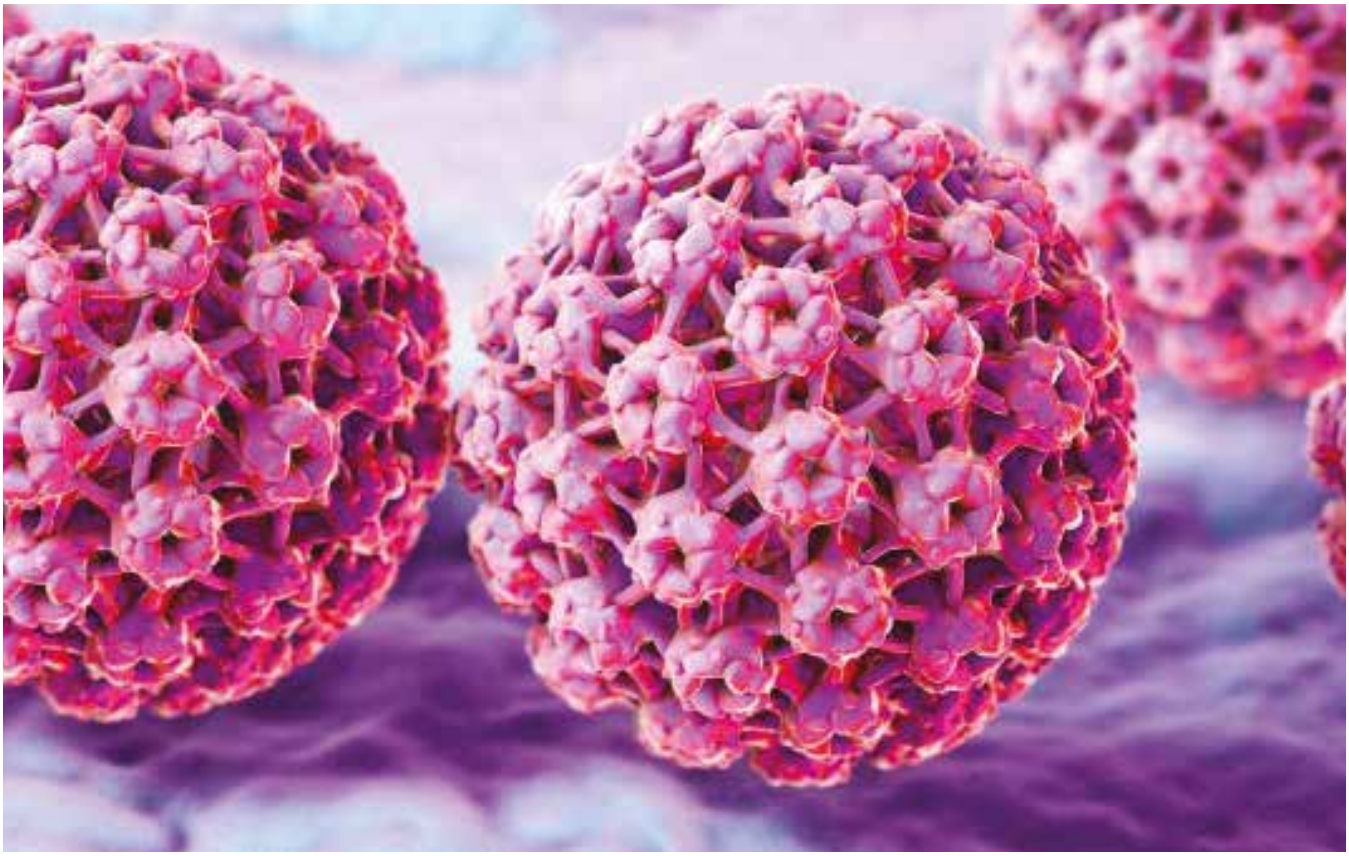
Achada Santo António - Praia - Cabo Verde
Tel: 00238 262 37 47 E-mail: santaisabel@cvtelecom.cv

# Vacinação contra o papilomavírus humano na prevenção do cancro

*Autora:*

***Magali Sériné***

Médica Oncologista, Hospital Agostinho Neto



## RESUMO

A infeção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é a doença sexualmente transmissível mais comum no mundo e estima-se que até 80% da população mundial será infetada durante a sua vida. A maior preocupação é a infeção persistente pelos HPV's oncogénicos, que favorecem o aparecimento de cancros.

Existem dois meios de prevenção: o rastreio das lesões pré-tumorais e a vacinação contra o HPV. As vacinas previnem contra a infeção pelo HPV e as doenças associadas, determinam uma proteção de 100% contra a infeção pelos subtipos oncogénicos do HPV e impedem o surgimento de neoplasias intraepiteliais de alto grau. A sua eficácia é maior quando são administradas antes do início da atividade sexual.

***Palavras-chave:*** *Papilomavírus humano; subtipos oncogénicos 16 e 18; cancro do colo do útero; vacina.*

## INTRODUÇÃO

O Papilomavirus humano, mais conhecido pela sigla HPV, é a doença sexualmente transmissível mais comum no mundo. A forma de manifestação depende do subtipo de HPV responsável, podendo ser uma infeção totalmente assintomática, apresentar-se na forma de verrugas ou ainda de diferentes tipos de cancro.

Até 10% da população mundial esta contaminada com o vírus e até 80% das mulheres e dos homens terão contato com o vírus em algum momento das suas vidas. Tendo em conta que cerca de 270 mil mulheres no mundo morrem de cancro do colo do útero provocado pelo HPV (a taxa de mortalidade é de 8,9 mortes por 100 000 mulheres), que o HPV é responsável por quase 100% dos cancros do colo do útero e que este tipo de cancro é o segundo na lista dos que mais afetam as mulheres em todo o mundo (a taxa de incidência é de 16 casos por 100000 mulheres), trata-se, portanto, de um problema de saúde pública, pelo que as medidas preventivas devem ser relevantes.

## DESENVOLVIMENTO

### Papilomavírus humano

### Caraterísticas

O papilomavírus humano é um vírus que infeta exclusivamente os seres humanos e ataca as células do epitélio da pele e mucosa. Ele é responsável por um elevado número de infeções que, na sua maioria, são assintomáticas e de regressão espontânea. O risco de infeção por HPV ao longo da vida é de 50 a 80% em ambos os sexos.

A transmissão do vírus é geralmente pela via sexual, pelo contato direto do epitélio (pele ou mucosa). Existe também a transmissão por contato orogenital, o que explica a possibilidade de cancro oral relacionado com o HPV.

Há mais que 200 tipos de HPV identificados, de acordo com o seu potencial oncogénico, sendo classificados como HPV de alto risco (que podem provocar cancro) os tipos/subtipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56,58, 59, 68 e HPV de baixo risco os tipos/subtipos 6, 11, 42, 43, 44.

Existe correlações genéticas entre os diferentes subtipos de HPV. Por exemplo, de entre os tipos com alto risco, os subtipos 31 e 33 estão relacionados com o subtipo 16, e o subtipo 45 com o subtipo 18.

### Cancros causados pelo HPV

O HPV é um vírus que se pode transmitir facilmente, conseguindo o organismo, na maioria dos casos, eliminar o vírus. Em outras situações, torna-se persistente, podendo causar vários cancros e doenças genitais em ambos os sexos.

O HPV é responsável por 100% dos cancros do colo do útero, 90% dos cancros do ânus, 70% dos cancros da vagina, 47% dos cancros do pénis, 40% dos cancros da vulva, 99% dos condilomas ou verrugas genitais (HPV 6 e 11) e alguns cancros da cabeça e do pescoço (garganta e amígdalas).

Trata-se do segundo carcinogéneo mais importante, após o tabaco. Os subtipos que com mais frequência provocam cancro são: 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58, 35 e 6.

Está associado a 5% dos cancros no geral e 10% dos cancros na mulher. Contudo é importante notar que nem todas as infeções pelo HPV dão origem a cancro.

### HPV e Cancro do Colo do Útero

As alterações no colo do útero são geralmente causadas por infeção pelo HPV mas a maioria das infeções genitais pelo HPV não causam cancro. Estudos clínicos mostram que a maioria das pessoas com uma citologia uterina positiva para HPV tiveram posteriormente entre 6 e 12 meses depois) um resultado negativo no mesmo exame.

Por outro lado, todos os cancros do colo uterino são HPV positivo: 70% a 75% dos casos são provocados pelos subtipos 16 e 18; e 20 a 30% das mulheres infetadas apresentam mais de um tipo de HPV.

Quanto à oncogénese, o cancro do colo do útero desenvolve-se de forma lenta e progressiva, sendo o período entre a infecção persistente por HPV e o desenvolvimento de lesões de alto grau ou de cancro invasivo de 20 anos, em geral.

### Patogénese viral

Menos de 50% das mulheres infetadas pelo HPV tem anticorpos detetáveis após uma infeção e quando são detetáveis a sua concentração é baixa e não protege contra uma nova infeção ou uma reativação do vírus.

### Fatores de risco de infeção persistente por HPV

Foram identificados alguns cofatores que aumentam o risco de infecção persistente por HPV e a progressão para cancro, sendo estes de dois tipos:

- Associados ao HPV:
  - Genótipo do vírus
  - Coinfeção com vários genótipos de alto risco
  - Carga viral elevada (replicação viral ativa)
- Outros cofatores:
  - Imunodeficiência
  - Início precoce da atividade sexual
  - Múltiplos parceiros sexuais
  - Relações sexuais com múltiplos parceiros
  - Multiparidade
  - Predisposição genética
  - Hábitos tóxico
  - Coinfeção com outros microrganismos de transmissão sexual

### Diagnóstico do HPV

Quando a infeção pelo HPV se apresenta sob a forma de verrugas, o diagnóstico é clinico, não é necessário fazer-se outro tipo de exame. Mas no caso de infeção no colo do útero, o diagnóstico é mais difícil, tendo em conta que a maioria das infeções pelo HPV são assintomáticas ou macroscopicamente não têm o aspeto característico dessas infeções, necessitando assim de confirmação laboratorial.

### Tratamento do HPV

A infeção pelo HPV não tem tratamento e o preservativo não é 100% eficaz contra a transmissão viral. Daí a importância da prevenção através do rastreio e da vacina.

## CANCRO DO COLO DO ÚTERO

### História natural

O cancro do colo do útero é o segundo tipo de cancro mais frequente. A história tumoral é longa, com cerca de 10 a 20 anos de evolução, desde a infeção persistente e as primeiras lesões até a transformação maligna. Se o diagnóstico for feito nos estádios iniciais, nomeadamente na fase pré-cancerígena, a taxa de cura pode ser de 100%. **Nas fases mais avançadas, o prognóstico se torna reservado.**

### Tipos de cancro do colo do útero

Os cancros malignos do colo uterino são classificados com base na histologia pelo que, perante a suspeita, é imperativa a realização de biópsia (direta das lesões ou por meio de colposcopia com biópsia das áreas suspeitas nos casos em que não há lesão visível e a citologia é suspeita).

Existem dois principais tipos:

- Carcinoma epidermoide – com origem na camada epidérmica do colo uterino e corresponde a cerca de 70% dos casos.
- Adenocarcinoma – com origem nas células glandulares e corresponde a cerca de 25 a 30% dos casos.

### Genótipos HPV associados

Como já foi referido anteriormente, 100% dos cancros do colo uterino são causados pelo HPV e 70% a 75% dos casos são provocados pelos subtipos 16 e 18.

Os genótipos 16, 18, 45 e 31 são responsáveis por cerca de 80% dos carcinomas epidermóides e os genótipos 16, 18, 45, 59 e 33 são responsáveis por mais de 90% dos adenocarcinomas.

### Rastreio do cancro do colo uterino

Tendo em conta que as lesões no colo são geralmente assintomáticas e que a história tumoral é longa, é necessário um programa de rastreio do cancro do colo do útero na perspetiva de se fazer o diagnóstico precocemente ou de se detetar lesões pré-malignas.

O rastreio do cancro do colo do útero é realizado por meio do exame ginecológico Papanicolau, em que o material colhido é submetido ao estudo citológico.

É importante frisar que se trata de um exame de rastreio e não de diagnóstico de cancro. O diagnóstico de cancro implica sempre a realização de biópsia.

### Alterações nas células do colo do útero

As alterações das células do colo do útero podem ocorrer muitos anos após a exposição ao HPV (muitos anos depois da realização do exame de Papanicolau normal e sem que tenha surgido um novo parceiro sexual).

Estas lesões são de baixo grau ou de alto grau e classificadas, de acordo com a classificação de BETHESDA, em:

- Atipias de células escamosas de significado indeterminado (ASC-US)
- Atipias de células glandulares de significado indeterminado (AGUS)
- Atipias de células escamosas de significado indeterminado, sem poder excluir lesão de alto grau intraepitelial (ASC-H)
- Lesão escamosa intraepitelial de baixo grau (LSIL) = displasias ligeiras
- Lesão escamosa intraepitelial de alto grau (HSIL) = displasias moderadas e graves/ carcinoma in situ
- Adenocarcinoma in situ
- Cancro invasivo

A conduta depende das alterações:

- ASCUS – pesquisa de HPV ou repetição de exame em 6 meses
- ASCH - colposcopia e biopsias de zonas suspeitas
- SIL - colposcopia e biopsias de zonas suspeitas

Nas biópsias de lesões suspeitas, é possível identificar lesões pré-malignas, nomeadamente a Neoplasia intraepitelial cervical (NIC) que corresponde a uma lesão não tumoral mas que pode evoluir para cancro. Existem três grupos de NIC, segundo o risco de transformação em cancro: NIC1, NIC2 e NIC3.

Note-se que a maioria das infeções pelo HPV (90%) desaparece num prazo de 2 anos. No 10% restante , 3 a 4% pode evoluir para lesões intraepiteliais, das quais 0,7 a 1% para NIC 2/3 e destas 0,1% para cancro invasivo num prazo de 2 anos.

**Uma infeção persistente por HPV é condição *sine qua non* para o desenvolvimento do cancro do colo do útero.**

## VACINA CONTRA HPV

### Aspetos gerais

Cerca de 80% das mulheres serão infetadas pelo HPV ao longo da vida e a infeção natural não protege contra uma nova infecção por causa do nível baixo de anticorpos pós-infeção. Também não existe tratamento curativo para as pessoas com uma infeção persistente pelo HPV: as pessoas ficam infetadas durante a vida inteira e tem um risco permanente de desenvolver um cancro.

Os anticorpos produzidos no período pós-vacinação são muito importantes, pois são altamente imunogénicas e o nível de anticorpos pós-vacina é alto, cerca de dez vezes mais que após uma infeção natural.

Os anticorpos pós vacinação neutralizam o vírus e impedem-no de entrar nas células.

Existe uma correlação forte, diretamente proporcional, entre os anticorpos séricos e os anticorpos presentes nas secreções cervicovaginais. Quanto maior a quantidade de anticorpos presentes no sangue, maior é a quantidade de anticorpos presente nessas secreções e, por conseguinte, no sítio da infeção. Um nível alto de anticorpos está relacionado com uma taxa de eficiência de 100% contra lesões CIN2 por HPV 16 e 18 num prazo de 6 a 4 anos.

### Tipos de vacina

Existe três vacinas distintas no mercado:

- Vacina dupla (Cervarix®): protege contra os subtipos 16 e 18, portanto contra os subtipos de HPV que provocam cancro, mas não contra os subtipos que causam verrugas genitais.
- Vacina quadrupla (Gardasil®): atua contra os subtipos 6, 11, 16 e 18, portanto contra os subtipos de HPV que mais frequentemente provocam cancro e verrugas genitais.
- Vacina nonavalente (Gardasil9®): protege contra os tipos 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58.

### Mecanismo de ação

São vacinas recombinantes não infeciosas, preparadas a partir de partículas tipo vírus altamente purificadas da principal proteína L1 da capside dos tipos de HPV oncogénicos; não contêm ADN viral pelo que não infetam as células, nem se reproduzem ou provocam doenças. A sua eficácia é altamente mediada pelo desenvolvimento de resposta imunológica humoral.

### Indicações

- Vacina bivalente (Cervarix®):
  - Contra HPV (tipos 16 e 18)
  - Para a prevenção da neoplasia intraepitelial cervical de alto grau (CIN2/3) e do cancro do colo do útero relacionado com HPV (tipos 16 e 18)
  - O esquema de vacinação fica completo com 3 doses: 0, 1 e 6 meses
  - Parece existir uma proteção cruzada para outros genótipos HPV: 31, 45 e 52

- Vacina tetravalente (Gardasil®):
  - Contra HPV (tipos 6,11, 16 e 18)
  - Para a prevenção da displasia cervical de elevado grau (CIN 2/3), carcinoma do colo do útero, lesões displásicas vulvares de elevado grau e verrugas genitais externas relacionados com HPV 6, 11, 16, 18
  - O esquema de vacinação fica completo com 3 doses (0, 2 e 6 meses): é importante respeitar um intervalo de, pelo menos, 1 mês entre a primeira e a segunda dose e, pelo menos, 3 meses entre a segunda e a terceira dose.
  - Parece existir uma proteção cruzada para outros genótipos de HPV. 31, 33, 45, 52, 58

### Eficácia da vacinação contra o HPV

A vacinação permite prevenir a infeção pelo HPV mas não tratá-la. Antes do início da vida sexual, a vacinação tem uma eficácia de quase 100% na prevenção de cancros causados pelos subtipos 16 e 18. Para as mulheres que têm uma vida sexual ativa e que estão assim sujeitas a um maior risco de exposição prévia ao HPV, a eficácia é de 44%. Para as mulheres que estão já infetadas com HPV 16 ou 18, a vacinação não traz nenhum benefício.

### Efeitos colaterais

As reações adversas mais frequentemente observadas são febre, rubor, dor e tumefação no local da aplicação da vacina e sintomas gastrointestinais leves, autolimitadas. Raramente podem surgir reações alérgicas mais graves, nomeadamente urticária e broncospasmo.

### Estudos científicos que comprovam a eficácia da vacinação contra HPV

- THE FUTURE II TRIAL: a vacina quadrivalente apresenta 98% de eficácia na prevenção de NIC2, NIC 3, adenocarcinoma in situ e cancro do colo do útero invasivo.

- THE FUTURE 1 TRIAL: a vacina quadrivalente apresenta 100% de eficácia na prevenção de verrugas anogenitais, neoplasia vulvar e vaginal, NIC1, NIC2, NIC3 e adenocarcinoma *in situ.*
- PATRICIA: a vacina bivalente apresenta 93% de eficácia na prevenção de casos de NIC2, NIC3, adenocarcinoma *in situ* ou cancro do colo do útero invasivo.

### Estratégias de vacinação

A estratégia de vacinação deve ser definida em função da epidemiologia do HPV e da idade de início da atividade sexual da população. A vacinação é mais eficaz quando a mulher tem menos probabilidade de ser infetada, por isso a vacina deve ser administrada preferencialmente antes do início da atividade sexual.

A nível mundial, a vacinação é efetuada entre os 11 e os 14 anos. As mulheres vacinadas têm que continuar o seguimento citológico porque a vacinação reduz consideravelmente o risco de cancro mas não o previne completamente. De facto:

A vacina cobre apenas os 2 subtipos mais perigosos e não confere proteção contra todos os HPV oncogénicos;

Algumas mulheres já podem estar infetadas com algum tipo de HPV no momento da vacinação;

Existe casos, embora poucos, de cancros não provocados por HPV.

## O EXEMPLO DA AUSTRÁLIA

A Austrália pode vir a ser o primeiro país a erradicar o HPV devido a uma intensa campanha de vacinação nos últimos anos. Desde 2007, o governo australiano oferece a vacina gratuitamente para meninas dos 12 aos 13 anos. Em 2013, os rapazes também passaram a ter direito à vacinação gratuita. Em 2016, 78,6% das meninas de 15 anos e 72,9% dos rapazes da mesma faixa etária foram vacinados.

Entre 2005 a 2015, 1,1% das mulheres australianas com idade entre os 18 e os 24 anos apresentaram HPV, contrapondo-se aos 22,7% que apresentaram o vírus nos períodos anteriores.

## VACINAÇÃO DOS HOMENS

### Epidemiologia

Os homens também podem ser infetados pelo HPV e, tal como no caso das mulheres, a infeção pode ser assintomática (como acontece na maioria das situações) ou pode persistir e manifestar-se sob a forma de verrugas ou de cancros. A maioria das infeções desaparece num prazo de dois anos.

Outros aspetos epidemiológicos a ter em conta são:

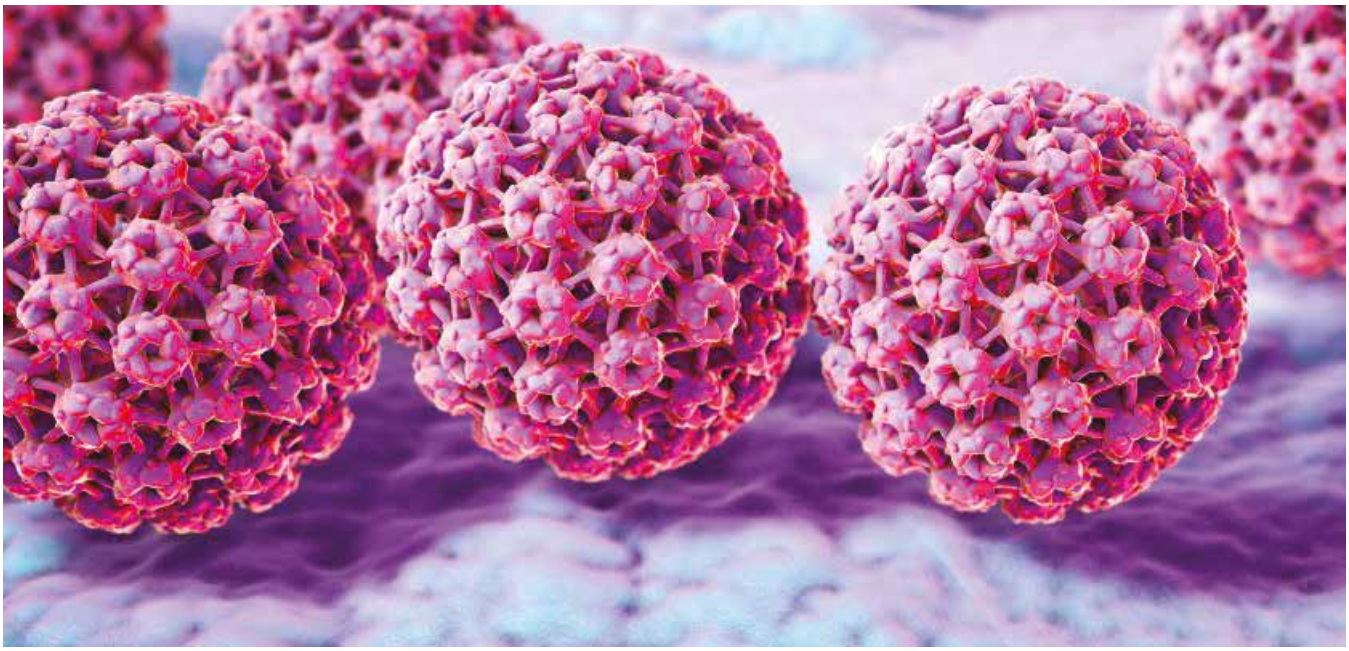
- Na infecção genital, a prevalência do HPV é mais baixa nos homens do que nas mulheres.
- Na infeção anal, a prevalência do HPV nos homens heterossexuais é de 24,8% e em 30% dos casos são subtipos oncogénicos. A prevalência é mais alta nos homens que fazem sexo com outros homens e maior nos homens infetados pelo HIV.
- Na infecção oral, a prevalência de HPV oncogénico aumenta com a idade, número de parceiros sexuais, tabagismo e uma co-infeção pelo HIV.
- Nas verrugas anogenitais, os subtipos 16 e 11 são responsáveis por 90% dos casos.
- No cancro de pénis, o HPV é responsável por 50% dos casos.
- No cancro do ânus, a infeção por HPV é necessária para o desenvolvimento das neoplasias anais intraepiteliais e o subtipo 16 encontra-se em 75% dos casos.
- O cancro otorrinológico tem uma correlação direta com a infeção persistente por HPV16.

### Imunidade dos homens pela vacinação das mulheres

Uma cobertura vacinal alta nas mulheres protege indiretamente os homens. Os estudos mostram que uma cobertura vacinal das mulheres superior a 50% reduz em 44% o risco de aparecimento de condilomas nos homens com menos de 20 anos. Por esse motivo, na maioria dos países, os homens (exceto os grupos de risco) não são vacinados.

### Estudos medico-económicos

No quadro da reflexão acerca da extensão da vacinação entre os homens heterossexuais, a pertinência



da extensão do ponto de vista custo-eficácia foi avaliada: todos os estudos medico-económicos concluem que a extensão da vacinação aos rapazes não é custo-eficaz. A relação custo-eficácia é favorável quando a cobertura vacinal nas mulheres é baixa (< 40%).

### Eficácia da vacina nos homens (vacina quadrivalente)

Em alguns países (15) decidiu-se vacinar os meninos, tendo em conta que o HPV pode provocar doenças nos homens e estes podem ser responsáveis pela transmissão do vírus aos seus parceiros sexuais. Deste modo, a vacinação do homem pode conferir uma proteção individual mas também uma proteção indireta das(os) parceiras(os).

A vacina é eficaz na prevenção de verrugas genitais, de neoplasias intraepiteliais anais e do cancro anal. Somente GARDASIL® e GARDASIL9® estão aprovados para vacinação dos homens.

O esquema de vacinação é: dos 9 aos 15 anos - 0 e 6 meses; depois dos 15 anos - 0, 2 e 6 meses.

## CONCLUSÃO

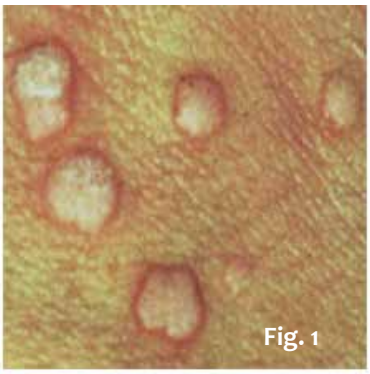
Independentemente do subtipo, se o sistema imunológico do paciente não consegue eliminar o vírus, não existe até hoje um tratamento curativo para a infeção pelo HPV.

As várias formas de expressão viral (verrugas, neoplasias, entre outras) podem ser curadas mas não eliminam a presença do vírus no organismo. Por essa razão, persiste sempre o risco de recidiva das lesões provocadas pelo HPV e sobretudo o risco de desenvolvimento de cancro.

Daí a importância de prevenir a infeção pelo HPV, nomeadamente através da vacinação antes do início da vida sexual e o rastreio do cancro do colo do útero.

Apesar disso, existem vários pontos ainda não esclarecidos:

- O valor mínimo de anticorpos necessário para conferir uma proteção contra o HPV;
- A duração da proteção induzida pelas vacinas;
- A necessidade eventual de reforços,
- A ausência de exames laboratoriais para medir a taxa de anticorpos séricos após a vacinação,
- O nível de proteção cruzada para outros genótipos,
- O impacto negativo da vacinação na taxa de adesão das mulheres ao rastreio do cancro do colo do útero;
- A proteção dos homens com parceiros sexuais masculinos,
- A eficácia da vacina na diminuição da incidência de cancros do pénis e de orofaringe.



**Legenda:** Fig. 1 a 4 - Lesões verrucosas múltiplas na pele, mãos, pénis e vulva; Fig. 5 – Lesão verrucosa única na pele.

**Fonte:** imagens extraídas da internet.

## REFERÊNCIAS


- Lowndes CM. Vaccines for cervical cancer. Epidemiol. Infect. 2006; 134 :1-12
- Schiffman M, Castle PE. Human papilloma virus: epidemiology and public health. ArchPathol Lab Med. 2003 aug; 127(8): 930-4
- Franco EL et al. Canadian Medical Association Journal. 2001; 164(7) :1017-1025 Villiers E et al. Virology 2004; 24:17–27
- Parkin DM. Vaccine. 2006; 24(suppl.3): S11-S25
- Walboomers JM et al. J Pathol 1999; 189 : 12-19
- Monk BJ, Tewari KS. The spectrum and clinical sequelae of human papillomavirus infection.
- Gynec Oncol. 2007; 107: S6-S13
- Sin JI. Human papillomavirus vaccines for the treatment of cervical cancer. Expert Review of Vaccines. 2006 Dec; 5(6): pp. 783-792(10)
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Guidance for the introduction of HPV Vaccines in EU Countries. Stockholm. 2008 Jan.
- Trottier H, Franco EL. The epidemiology of genital human papillomavirus infection. Vaccine. 2006 Mar; 24 Suppl 1 : S1-S15.

# Inalgin® Gel

Etofenamato

## Inalgin é a solução

### Alívio das dores musculares e reumáticas

Inpharma

**Inalgin Gel** (etofenamato) é um medicamento não sujeito a receita médica obrigatória. **Indicações Terapêuticas** este medicamento esta indicado nas situações dolorosas localizadas do aparelho locomotor, atua no alívio da dor, redução do inchaço e inflamação, pode ser usado por adultos no tratamento de lesões musculares ou das articulações, como contusões, luxações, entorses e tendinites, doenças reumáticas (reumatismo), como artrites e artroses. **Contra indicações:** O etofenamato não deve ser aplicado diretamente em feridas abertas, peles lesadas, lesões eczematosas, nem deve ser utilizado em crianças com menos de 12 anos, grávidas, nem se tiver alergias (reacções de hipersensibilidade: rash cutâneo (erupção na pele com vermelhidão), sensação de falta de ar e dificuldade em engolir; Reações bolhosas (alterações extensas a nível da pele com aparecimento de vermelhidão, descamação e grandes bolhas), ao etofenamato ou qualquer outro componente de **Inalgin. Precauções e advertências:** Se apanhar sol na zona onde Inalgin foi aplicado, poderá surgir dermatite fotossensível (inflamação da pele que se pode manifestar por vermelhidão e comichão na zona de aplicação após exposição solar). Caso sinta um desses sintomas, contacte imediatamente o seu médico ou farmacêutico; **Interações médicamentosas:** Caso esteja a tomar algum dos seguintes medicamentos, contacte o seu médico ou farmacêutico antes de iniciar a aplicação de Inalgin porque pode comprometer o seu efeito ou aumentar o risco de efeitos secundários; O uso de Inalgin associado à enoxaparina pode aumentar o efeito hemorrágico, com a hidroclorotiazida pode diminuir a ação diurética desta e a sua eficácia antihipertensiva, o seu uso simultâneo com o lítio pode aumentar a toxicidade deste. Quando utilizado simultaneamente com o triamtereno pode reduzir a eficácia deste e produzir nefrotoxicidade; diuréticos, inibidores da Enzima de Conversão da Angiotensina (ECA) e Antagonistas da Angiotensina II (AAII). **Efeitos secundários frequentes:** Como todos os medicamentos, este medicamento pode causar efeitos secundários, embora estes não se manifestem em todas as pessoas. Frequentes: prurido (comichão); eritema (aparecimento de zonas avermelhadas na pele); irritação local da pele, que normalmente desaparece quando se interrompe o tratamento. **Apresentações: Inalgin** Gel embalagem de 100g

**Leia cuidadosamente as informações constantes do folheto informativo.**

# Queremos colocar a experiência, o conhecimento e a competência inegável dos médicos ao serviço de políticas de saúde.

**Danielson Veiga, médico-cirurgião, explica seus planos e projetos como novo Bastonário da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos. As prioridades do seu mandato, as novas propostas, o Plano de Cargos, Carreiras e Salários, as injustiças e os novos desafios da classe médica são abordados nesta grande entrevista.**

**Entrevistado por Odair Varela**

## É o novo Bastonário da OMC. Parabéns pela eleição. Qual é a sua expectativa maior?

Decorridos mais de vinte anos sobre a criação da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos (OMC) e perante o novo quadro de desenvolvimento do país, os desafios e as exigências atuais são outros e, de certa forma, motivadores. A lista que concorreu para dirigir a OMC foi criada a menos de cinco dias da data limite de entrega de candidaturas, mas a desvantagem do tempo foi compensada pelo grande apoio de colegas disponíveis para contribuir. Apresentamos uma candidatura cujo programa tem várias linhas fortes com o objetivo de motivar e promover a classe médica. A pretensão é melhorar a qualidade da medicina em Cabo Verde, assim como a relação dentro da classe e do médico/paciente e com a sociedade.

## E quais são as linhas fortes desse programa?

Os pontos fortes a serem trabalhados durante este mandato relacionam-se com a ética e a dignidade do médico cabo-verdiano. A qualidade da medicina e a biossegurança serão a nossa bandeira e fazem também parte das nossas preocupações e a OMC prontifica-se a ser uma das parceiras do Ministério da Saúde e Segurança Social (MSSS) na elaboração de um programa neste sentido. Ainda no âmbito da qualidade de trabalho e da biossegurança, queremos encetar conversações com o MSSS para definir condutas para a identificação e a gestão de riscos do Síndrome de Burnout (síndrome de esgotamento profissional) e de excesso de trabalho, pois sabemos que tal ocorre e tem claramente impacto negativo no desempenho do médico. Esta direção pretende rever os Estatu-

tos da OMC, a estrutura e os recursos necessários ao desempenho eficaz das suas responsabilidades perante a classe que representa e perante a sociedade cabo-verdiana. Durante este mandato a união da classe será um recurso para o sucesso. Queremos que os médicos se sintam representados pela OMC e que possam ter oportunidade de manifestar as suas opiniões, constrangimentos, considerando sempre que a OMC representa os médicos cabo-verdianos. Temos noção de que há muitos médicos insatisfeitos. Queremos nos debruçar sobre as razões que levam os médicos a exonerarem-se da função pública, pois também não queremos que haja "fuga de cérebros". Outro ponto forte do nosso programa é a promoção de uma melhor relação com os parceiros, tanto dentro da ordem e da classe, como fora dela, nomeadamente com outras associações profissionais. Queremos melhorar a competência técnica da OMC através dos colégios de especialidade, que devem ser a autoridade técnica no que tange aos temas da sua área de especialização. Estes colégios devem ter mais autonomia e a OMC deve fazer-se representar por esses órgãos nas tomadas de decisão relacionadas com a medicina, sobretudo quando envolvem o MSSS. Vamos também promover a autonomia dos órgãos regionais. Sabemos que as regiões de Barlavento e de Sotavento ainda não têm autonomia e todos os assuntos são diretamente resolvidos pela Direção Nacional.

Um dos focos desta equipa relaciona-se com a formação. Queremos explorar esta área de forma a garantir formação qualificada, melhorar a cooperação com instituições e organizações médicas estrangeiras. Pretendemos reformar os estágios profissionais dos médicos recém-licenciados em Cabo Verde para que, passado o período de estágio obrigatório, possam exercer a sua missão com responsabilidade e competência. Sabemos que quando um médico é transferido para um centro de saúde remoto ele tem que ser polivalente para conseguir identificar e gerir problemas de várias ordens. Também iremos promover formações, seminários e cursos de atualização médica, reforçar a capacidade de intervenção nas análises e discussões da legislação do interesse do setor da saúde, para além de levantar a problemática da sustentabilidade do setor público e privado da saúde em Cabo Verde.

Por fim, queremos reforçar a adesão da classe aos princípios que norteiam a criação da OMC. Queremos reforçar o prestígio que os médicos possuem na sociedade cabo-verdiana. A Ordem tem que ter esta vertente de ouvir não só os médicos como também a sociedade.

## As anteriores direcções da OMC lutaram duramente para conseguir a aprovação do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS). Entende que agora a classe médica está na melhor situação possível ou a sua direção irá abrir novas frentes de luta relativas ao PCCS?

Com alguma pressão sindical, com o apoio dos médicos e da própria OMC cessante conseguiu-se que houvesse alterações. O Sindicato dos Trabalhadores da Administração Pública (SINTAP) ficou com a responsabilidade de apresentar um diploma regulamentar, que, no entanto, continua em fase de preparação e socialização com a classe médica. Durante o nosso mandato esta questão será reforçada com o SINTAP e o SINMEDCV (Sindicato Médico) para se avançar com a aprovação deste diploma regulamentar, que depois será entregue ao MSSS. Ainda falta algum consenso relativamente à grelha salarial dos médicos. Também existem algumas preocupações, nomeadamente ao nível dos requisitos necessários para se continuar progredindo na carreira, entre outros.

## Em termos de carreira, existem injustiças na classe médica? Quais são as suas propostas para fazer face a eventuais casos de injustiça na promoção da carreira médica em Cabo Verde?

O contexto de injustiça baseia-se no modelo de trabalho do médico cabo-verdiano. Fundamentalmente, a nossa preocupação é compreender como a competência técnica é valorizada no processo de promoção do médico. Realmente não se deve considerar o tempo de serviço como principal requisito para tal.

Fico contente que agora é via concurso e espero que a competência prevaleça como requisito essencial, algo que antes não existia. O reconhecimento da competência do médico deve ter um cariz público. Outra situação que gera também o sentimento de injustiça é a falta de clareza na política de serviço na periferia. Outra preocupação da classe é que a tomada de decisões na medicina faz-se por vezes com pouca (ou nenhuma) participação de médicos com competência nas áreas em questão. Por outro lado, também tem sido objeto de reclamação constante a forma como o INPS trata os médicos do setor público e os do setor privado. O médico deve honrar os compromissos com o seu paciente independentemente do local de atuação. Precisamos também analisar a extensão dos subsídios do INPS para outras especialidades. Contudo, se o INPS não tem capacidade de fazer este aporte que seja aberta novas oportunidades concorrenciais ao INPS para maior benefício do utente.

## Quando se fala nas estruturas de saúde espalhadas por Cabo Verde e nos equipamentos médicos disponíveis, quais são as condições de trabalho da classe?

Consideramos que em termos de equipamentos de saúde, estruturas médicas e tecnologias, Cabo Verde avançou muito. O que nos preocupa é o facto de não aproveitarmos as oportunidades que esses avanços proporcionam, sobretudo a prescrição digital, a telemedicina, a formação continua à distância e o acesso a publicações internacionais de qualidade. Temos que exigir ao MSSS que assegure uma eficiente gestão dos recursos tecnológicos que tem à sua disposição, procurando rapidamente diminuir o grau de inoperância que atualmente se verifica. Se houver uma profunda colaboração entre o MSSS, a OMC, parceiros sociais e agentes económicos do país, tenho a certeza de que haverá algum fundo para esse fim. Também pensamos que poderemos rentabilizar mais os recursos se valorizarmos a competência técnica na saúde. Os Colégios de Especialidade devem ter uma representação em cada área de saúde que estiver em discussão no MSSS. Só assim poderemos equiparar a nossa medicina àquela que é feita nos países desenvolvidos. Relembramos que grande parte dos médicos fizeram a sua formação em países com competência reconhecida. Mas, muitas vezes, no dia-a-dia, estes são tratados como se tal não fosse verdade, o que desrespeita e desvaloriza o médico.

Apesar de alguns ganhos, a saúde continua a ser subfinanciada. Se olharmos para a nossa posição nos Orçamentos do Estado, o MSSS tem uma parcela muito pequena, que não coaduna com os desafios que a medicina atualmente nos apresenta. Isto obviamente condiciona a nossa atuação e, portanto, a qualidade na saúde.

## Cabo Verde conheceu um novo figurino com o início do Curso de Medicina no país. Qual será o posicionamento da sua direção em relação a esse curso, aos formandos e à formação dos médicos professores a lecionarem no país?

A OMC deve sempre promover a qualidade da Medicina em Cabo Verde, quer nas universidades quer nos Hospitais como também nas delegacias e centros de Saúde. Seremos igualmente exigentes naquela que é uma das funções mais nobres da OMC: a defesa da qualidade da formação médica. Relativamente ao curso de medicina, até agora temos uma impressão positiva dos formandos e dos professores da Universidade de Coimbra. O cabo-verdiano é um povo engajado e os formandos estão a mostrar o mesmo engajamento no curso de Medicina, que é bastante exigente. O que nos preocupa por agora é a necessidade de termos um hospital universitário devidamente equipado. Tendo em conta que a formação está dividida em duas fases, a primeira em Cabo Verde e a segunda em Portugal, mais propriamente em Coimbra, que dispõe de hospitais universitários, daí que considero que, de forma iminente, não há razões para grandes preocupações. Mas temos que ir construindo o nosso próprio caminho e, portanto, deverá ser traçado um plano para que os hospitais centrais possam ser transformados, a curto prazo, em hospitais universitários. Nem faz sentido que assim não seja. Temos apoio de uma universidade renomada (Universidade de Coimbra), portanto, só temos que por mãos à obra! A perspetiva é boa, mas exige

uma parceria estreita com a tutela e com os hospitais centrais, que, juntos, constituem o tripé que deverá garantir a transformação dos hospitais.

## Quais as propostas deste mandato para reforçar o capital humano, nomeadamente através da formação de clínicos gerais e especialistas?

Queremos colocar a experiência, o conhecimento e a competência inegável dos médicos ao serviço de políticas de saúde. Reforçando a influência da OMC nas decisões da tutela e na definição das prioridades para a formação. É claro que a OMC não tem capacidade e nem autoridade para enviar profissionais para formação, mas podemos ser parceiros do MSSS na definição das prioridades em termos de especialidade e na política de seleção dos médicos para as formações especializadas.

## Como se alcançará uma maior valorização da classe médica em Cabo Verde?

Continuo a insistir que deverá ser através da união porque nós sentimos que ainda não há coesão da classe médica. Neste momento nada é mais importante do que a união da classe. Por isso o lema da nossa candidatura foi "Por uma classe unida, renovada e interventiva". A valorização passa por respeito, dignificação do médico e reconhecimento do seu papel único na sociedade. Acreditamos que, ultrapassando algumas situações de injustiça, devolvendo o prestígio ao médico, valorizando a sua competência técnica estaremos a construir pilares importantes para que se sinta realizado.

## De uma forma geral, qual a sua visão sobre os médicos e a Medicina em Cabo Verde em termos regionais e internacionais? Há uma perceção de prestígio ou ainda há um longo caminho a trilhar?

Sem margem para dúvidas, temos médicos qualificados e com competência em Cabo Verde. Contudo, o que nos falta é o reconhecimento institucional. Efetivamente a justiça, a saúde e a educação são os pilares que um país deve ter. Por outro lado, o fato de algumas pessoas irem procurar tratamento no estrangeiro nos indica que há alguma perda de prestígio e confiança no médico. Muitas destas situações nós podemos resolver dentro do país, mas não há total confiança na saúde em Cabo Verde. Por isso temos que garantir qualidade na prestação de cuidados de saúde à população. Isto faz–se garantindo formação de qualidade e tomando decisões políticas assertivas e fazendo um trabalho conjunto com os decisores políticos e com o MSSS.

## Como pretendem gerar capacidade financeira para dar satisfação aos pedidos dos médicos para participar em jornadas médicas e nos congressos internacionais?

Tentaremos estabelecer parcerias com organizações médicas sobretudo com a Ordem dos Médicos de Portugal e do Brasil, com a comunidade médica dos países de língua portuguesa. A Ordem pode também ter uma relação muito estreita com o Ministério da Saúde, envolver a sociedade civil, a classe empresarial e as ONG para tentar envolvê-los mais na causa médica e na saúde da população. Como se sabe, o único rendimento que a OMC possui vem das jóias e quotas que os seus associados pagam e a Ordem tem as suas despesas correntes.

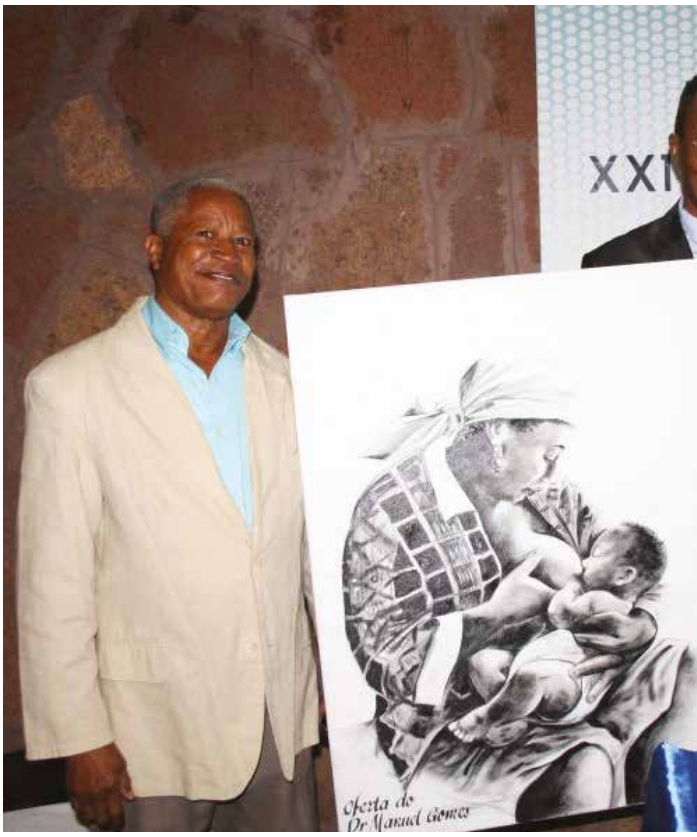
## Para finalizar, quais os maiores desafios que a classe médica enfrenta em Cabo Verde e suas possíveis soluções?

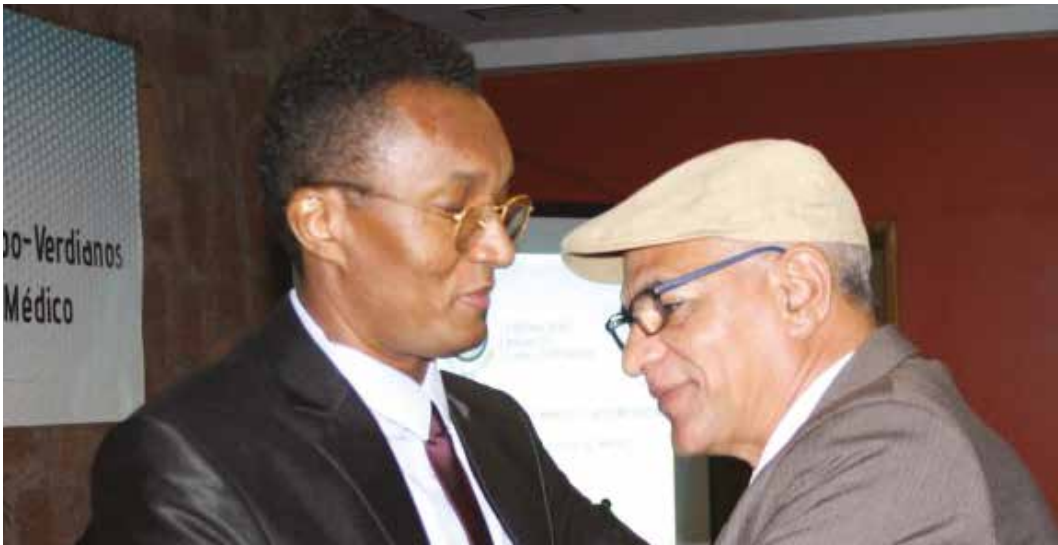
Volto a insistir que é a questão da união. Acredito que é o maior desafio que estamos a enfrentar, mesmo já tendo uma Ordem a funcionar e com credibilidade. Temos de fazer valer as nossas exigências, melhorar a nossa carreira e condições de trabalho e consequentemente a saúde da população. Nesta nossa missão queremos estar bem acompanhados, não só pelos médicos e pela sociedade cabo-verdiana, mas também pelos nossos parceiros, sobretudo aqueles que estão relacionados com a saúde e que têm capacidade de decidir e influenciar positivamente a causa médica. Assim, com certeza que chegaremos longe. Juntos somos mais fortes.

# Ato de Tomada de Posse em Imagens

**A nova Direção da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos tomou posse a 17 de janeiro de 2019, num evento realizado na cidade da Praia. A cerimónia de posse do Bastonário da OMC, dos Órgãos Nacionais, Regionais e dos Colégios de Especialidades esteve também integrada nas atividades comemorativas do Dia Nacional do Médico, contando com a presença do Ministro da Saúde e da Segurança Social, Dr. Arlindo do Rosário.**

**O Dr. Danielson Pereira Barreto Veiga é o novo Bastonário da Ordem; o Dr. José Benvindo Tavares Lopes é o novo Presidente do Conselho Diretivo Regional de Sotavento e o Dr. José Manuel Monteiro d´Aguiar foi reeleito Presidente do Conselho Diretivo Regional de Barlavento.**





XXI Anivers

ORDEM DOS
MÉDICOS
CABO-VERDIANOS
XXI Aniversário da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos
XVI Aniversário
Nacional do Médico

Aniversário d m dos Médicos Verd
XVI Anive Nacional dico

emprofac
medicamentos de cabo verde

velvetmed
Healthcare Solutions

# IMUNAVIT®

Vitamina C • Zinco • Equinácea • Própolis

Sabor a Limão

- Reforço do sistema imunitário.
- Complemento no tratamento de doenças do trato respiratório

- **Vitamina C** - 1000 mg
- **Zinco** - 10 mg
- **Equinácea** - 150 mg
- **Própolis** - 80 mg

20 Comprimidos efervescentes

SEM AÇÚCAR

**Modo de Tomar:**

1 Comprimido efervescente por dia • Adultos e crianças com mais de 12 anos.

# Veltuss®

**Xarope à base de plantas para ambos os tipos de tosse**

TOSSE SECA e GARGANTA IRRITADA

- Liquen da Islândia
- Tomilho
- Hissopo
- Pulmonária

TOSSE COM EXPECTORAÇÃO

- Alcaçuz
- Sabugueiro
- Verbasco
- Pinheiro Silvestre

ADULTO

Aroma a Mel e Limão

Tosse Seca e/ou Com Expectoração

Excelente Sabor

2 Tomas Diárias

SEM AÇÚCAR

**Modo de Tomar:** 15 ml manhã + 15 ml noite

200 ml

# Velvet Materna

PRÉ-CONCEÇÃO • GRAVIDEZ • ALEITAMENTO

Tecido Materno | Desenvolvimento do Feto | Formação do Sangue | Saúde dos Ossos | Sistema Imunitário

VELVET MATERNA foi cientificamente desenvolvida de modo a complementar a alimentação diária na pré-conceção, durante a gravidez e até ao final do período de aleitamento.

| | | % VRN* |
|---|---|---|
| Cálcio | 162mg | 20,3% |
| Cobre | 1000µg | 100% |
| Ferro | 40mg | 285,7% |
| Iodo | 300µg | 200% |
| Magnésio | 100mg | 26,7% |
| Manganês | 2mg | 100% |
| Selénio | 30µg | 54,5% |
| Zinco | 7mg | 70% |
| Vitamina A (RE) | 800µg | 100% |
| (Beta-Caroteno) | (4800µg) | |
| Vitamina B1 | 1,4mg | 127% |

| | | % VRN* |
|---|---|---|
| Vitamina B2 | 1,75mg | 125% |
| Vitamina B3 (NE) | 20mg | 125% |
| Vitamina B5 | 7,5mg | 125% |
| Vitamina B6 | 2mg | 143% |
| Vitamina B8 | 100µg | 200% |
| Vitamina B9 (Ác. Fólico) | 400µg | 200% |
| Vitamina B12 | 3µg | 120% |
| Vitamina C | 100mg | 125% |
| Vitamina D3 | 5µg | 100% |
| Vitamina E | 15mg | 125% |

*VRN: Valor de Referência do Nutriente segundo o Regulamento 1169/2011 de 25 de Outubro de 2011.

30 comprimidos revestidos | **Modo de Tomar:** 1 comprimido por dia | Sem Sacarose

# Numa farmácia perto de si.

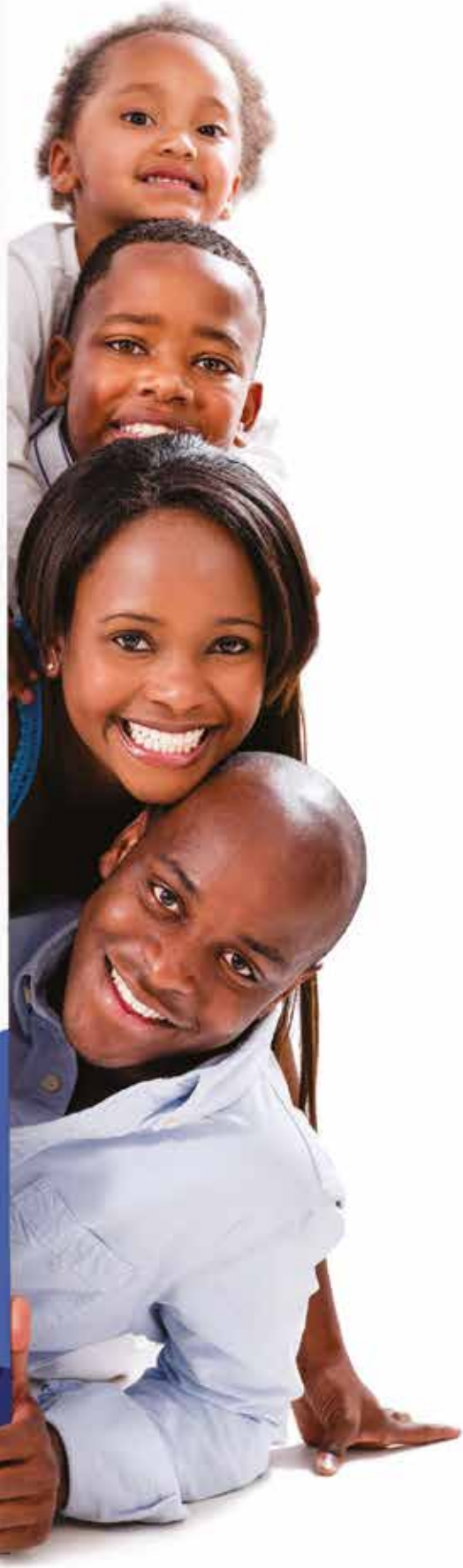
GARANTIA
SEGUROS

JUNTOS POR UM FUTURO SEGURO

# A SUA SAÚDE NUM SÓ CARTÃO

## Juntos pela sua saúde.

GARANTIA
SAÚDE



**garantia.cv**

GARANTIA - Companhia de Seguros de Cabo Verde, S.A.
Sede Chã de Areia, C.P. 138 Praia, Cabo Verde, NIF: 200 110 322
Telefone: (238) 260 86 00 Fax: (238) 261 61 17
garantia@garantia.cv