

Coração e Vasos

Diretor: José Alberto Soares
Ano VI • Número 10 • 3€
Quadrimestral • Jan.-Abr. 2022
WWW.JUSTNEWS.PT
Publicação Periódica Híbrida

DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS
DO CH UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE

Publicações



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO
LISBOA NORTE, EPE



Hospital
PulidoValente

DEPARTAMENTO
CORAÇÃO e VASOS

UMA DÉCADA DE GAIC

A investigação clínica como pilar fundamental da prática clínica moderna | Pág. 27



UNIDADE MAIS SENTIDO OFERECE RESPOSTA HOLÍSTICA NO HPV

CUIDADOS PALIATIVOS para doentes com IC avançada

Pág. 18

FILIPE MACEDO

Avanços técnicos obrigam a cada vez mais subespecialização na Cardiologia
Pág. 8



PEDRO CARDOSO

A atração por uma especialidade que pode ser muito interventiva sem ser cirúrgica
Pág. 28



XII CONGRESSO
Novas Fronteiras
em Medicina
Cardiovascular

11/13 Fev 2022

INSPIRIS RESILIA Aortic Valve

An ideal foundation
for your patient's future



Introducing the INSPIRIS RESILIA aortic valve –
the first product offering in a new class of resilient heart valves.

Shouldn't your patients have a valve as resilient as they are?

Discover more at [Edwards.com](https://www.edwards.com)

For professional use. See instructions for use for full prescribing information, including indications, contraindications, warnings, precautions, and adverse events.

Edwards Lifesciences devices placed on the European market meeting the essential requirements referred to in Article 3 of the Medical Device Directive 93/42/ECC bear the CE marking of conformity.

Material for distribution only in countries with applicable health authority product registrations. Material not intended for distribution in USA or Japan. Indications, contraindications, warnings, and instructions for use can be found in the product labeling supplied with each device.

Edwards, Edwards Lifesciences, the stylized E logo, INSPIRIS, INSPIRIS RESILIA and RESILIA are trademarks of Edwards Lifesciences Corporation or its affiliates. All other trademarks are property of their respective owners.

© 2017 Edwards Lifesciences Corporation. All rights reserved. E6373/08-16/HVT

Edwards Lifesciences • Route de l'Etraz 70, 1260 Nyon, Switzerland • [edwards.com](https://www.edwards.com)



Edwards

Sumário

- 6 – Fausto Pinto**
Estamos em 2022 com a mesma garra de sempre
- 8 – Filipe Macedo**
“Não tenho dúvidas de que, face aos avanços técnicos, terá de existir cada vez mais subespecialização na Cardiologia”
- 14 – Criado o Mestrado em Investigação Clínica da FMUL**
Com a participação muito ativa da AIDFM-CETERA e do GAIC
- 18 – Cuidados paliativos para doentes com insuficiência cardíaca avançada**
Unidade Mais Sentido oferece uma resposta holística no Hospital Pulido Valente (CHULN)
- 22 – 5.ª edição do Prémio AIDFM-CETERA**
A mais participada de sempre
- 25 – SPACV e FMUL assinalaram os 75 anos da endarterectomia**
Considerada uma técnica cirúrgica vascular basilar
- 28 – Pedro Cardoso**
“A Cardiologia é uma especialidade que pode ser muito interventiva sem ser cirúrgica e isso é uma coisa que sempre me atraiu”
- 32 – Reabilitação Cardiovascular do CHULN**
Cerimónia distinguiu acreditação europeia
- 34 – Nuno Lousada**
Avanços no diagnóstico e terapêutica da hipertensão pulmonar



A CAPA DESTA EDIÇÃO

Dossiers dourados



Luís Parente Martins explica a razão pela qual os dossiers da Unidade Mais Sentido são como são: “Serve para nos lembrar que não estamos a ver ‘apenas mais um doente’, mas sim ‘aquele doente’, cuja história é única e corresponde a uma vida de ouro.”

Mais colaboração, apoio e ação na luta contra as doenças cardiovasculares



Fausto Pinto cumpre em 2022 a 2.ª metade do seu mandato de dois anos como presidente da Federação Mundial do Coração. A fotografia documenta uma reunião (junho de 2021) do cardiologista com o diretor-geral da OMS, Tedros Adhanom.

Uma grande dose de boa disposição

Alguns dos formadores e participantes saudaram desta forma o início de mais uma edição do curso “Clinical Research – What’s it all about?”, uma iniciativa AIDFM / CETERA, em junho de 2021.



Para melhor gerir as DCV

Com o objetivo de levantar questões e propor soluções para ultrapassar os desafios atuais e futuros da abordagem às doenças cardiovasculares em Portugal, um grupo de especialistas de renome da área da Saúde em Portugal (decisores, gestores de saúde e médicos cardiologistas) criou um *Think Tank* a partir do qual surgiram novas medidas relacionadas com a gestão das DCV. As conclusões, integradas no documento “*Innovation and Healthcare Process in the Cardiovascular Patient in Portugal*”, foram apresentadas por Fausto Pinto, presidente da

Federação Mundial do Coração, e por Adalberto Campos Fernandes, ex-ministro da Saúde, no decorrer do Congresso Português de Cardiologia 2021.

As conclusões apresentadas no estudo apontam como principais causas do encargo com as doenças cardiovasculares em Portugal o estilo de vida, a inatividade física, o consumo excessivo de sal, a prevalência da diabetes e a falta de adesão ao tratamento.

De acordo com Fausto Pinto, “a área da prevenção está muito ligada à Saúde Pública e tem

havido dificuldades na sua implementação. Um dos desafios é o impacto que as medidas de prevenção têm, uma vez que não acompanham o impacto das terapêuticas, que têm sido muito mais eficazes. Existem, de facto, barreiras na otimização da utilização das ferramentas de que dispomos e em como expandi-las para termos implementar melhor as estratégias de prevenção na área cardiovascular, sabendo que 80% das DCV podem ser prevenidas”. Adiantou ainda: “Temos sido muito melhores a tratar do que a prevenir.”

Um cardiologista entre internistas

Fausto Pinto foi convidado e não hesitou em aceitar proferir uma palestra no último Congresso organizado pela Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, nos primeiros dias de outubro, em Vilamoura. Na foto, o diretor do Departamento de Coração e Vasos do CHULN tem a seu lado a presidente da reunião, Alexandra Bayão Horta, e o então presidente da SPMI, João Araújo Correia. “Licença médica no Sistema de Saúde: a chave do sucesso” foi o título dado à conferência.



Recordando o Congresso Novas Fronteiras de 2021...



Havia a esperança, há um ano, que a edição de 2022 já fosse “normal”, isto é, presencial. Afinal, vai repetir-se esta imagem, com Ângelo Nobre, Fausto Pinto e Luís Mendes Pedro “isolados”!

Coração e Vasos

Diretor: José Alberto Soares **Assistente da Direção:** Cherieli Correia **Redação:** Maria João Garcia, Miguel Anes Soares, Raquel Braz Oliveira **Fotografia:** Nuno Branco **Publicidade e Marketing:** Ana Paula Reis, Diogo Varela **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares **Diretor de Multimédia:** Luís Soares **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 3, 1990-196 Lisboa **Coração e Vasos** é uma publicação híbrida da *Just News*, impressa e em formato digital (*e-paper*) de periodicidade quadrimestral, dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A **Tiragem:** 2000 exemplares **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 420844/17 **Impressão e acabamento:** TYPIA – Grupo Monterreina, Área Empresarial Andalucia 28320 Pinto Madrid, Espanha **Notas:** 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à *Just News*. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado nesta revista estará identificado como “informação”.

geral@justnews.pt
agenda@justnews.pt
Tel. 21 893 80 30
www.justnews.pt

Publicações



TOGETHER, WE GROW OUTSIDE OF THE BOX!





Estamos em 2022 com a mesma garra de sempre

FAUSTO PINTO

DIRETOR DO DEPARTAMENTO DE CORAÇÃO E VASOS DO CHLN.
PRESIDENTE DO CCUL. DIRETOR DA FMUL. PRESIDENTE DA WHF

Neste número da revista *Coração e Vasos* refletimos, uma vez mais, sobre várias das atividades praticadas no nosso Departamento. Numa altura em que ainda estamos a enfrentar a pandemia do vírus SARS-CoV-2, é com grande determinação que continuamos empenhados em assegurar os cuidados aos nossos doentes, em manter a investigação e as atividades de formação pré e pós-graduada.

É com grande prazer que temos a oportunidade de escutar as sábias palavras do Professor Filipe Macedo, um colega e amigo de longa data, que tem dado um contributo único para a Cardiologia Portuguesa e que neste número nos fala de vários aspetos da sua vida, um ensinamento para todos e, sobretudo, para os mais jovens.

A Unidade Mais Sentido tem um destaque especial, bem merecido, pelo excelente trabalho que tem vindo a realizar. Uma palavra de apreço para toda a equipa, que tem sido incedível, e em particular para o Dr. Parente Martins e a Enfermeira Sara Correia. Também quero deixar um agradecimento muito especial à D. Maria Jorge Nogueira da Rocha, presidente da Liga de Amigos do Hospital Pulido Valente, que teve a generosidade de ofertar à Unidade Mais Sentido um carro elétrico que irá contribuir de forma muito significativa para a atividade ambulatória que a equipa realiza no âmbito das suas tarefas.

Esta é a altura do ano do nosso Congresso Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular e, com ele, da entrega do Prémio AIDFM/ /CETERA, que já vai na sua 5.ª edição. Esta fica marcada por ter sido aquela que reuniu, até ao momento, o maior número de candidaturas, traduzindo a relevância, consistência e visibilidade do Prémio na área da Investigação Cardiovascular.

Este ano, celebramos os 10 anos do GAIC - Gabinete de Apoio à Investigação Cardiovascular, instrumento essencial para o bom desenvolvimento da investigação clínica no Departamento e que tem enriquecido de forma extraordinária o panorama da mesma a nível do nosso Hospital e do País. Foi também fulcral no apoio ao novo Mestrado em Investigação Clínica da FMUL. Uma palavra de grande

apreço e gratidão à Professora Doutora Inês Zimbarra Cabrita que, desde a primeira hora, tem dado o seu melhor para que o GAIC seja o sucesso que é. Também deixo uma palavra de apreço à Mestre Cecília Gomes e à Doutora Francisca Patuleia, que têm igualmente sido esteios fundamentais no GAIC.

Uma das unidades mais ativas do Departamento é a Unidade de Cardiologia de Intervenção que, em 2020, sofreu a saída precoce do Dr. Pedro Canas da Silva, por motivos de saúde. Deixo aqui uma palavra de profundo agradecimento ao Dr. Canas da Silva, por tudo aquilo que fez pelo Serviço nos anos a que a ele esteve ligado, e em particular naqueles em que foi o coordenador desta Unidade. Com a sua saída, assumiu a coordenação da mesma o Dr. Pedro Cardoso, que o tem feito de forma exemplar e que nos revela, neste número da *Coração e Vasos*, várias das suas facetas.

Em maio de 2021, celebrámos o primeiro aniversário da atribuição da certificação europeia ao nosso Centro de Reabilitação Cardiovascular, o primeiro a ser reconhecido em Portugal e que tem desenvolvido um trabalho ímpar neste capítulo. Uma palavra muito especial para a Professora Ana Abreu, a alma da reabilitação e prevenção no nosso Departamento.

Finalmente, falamos de hipertensão pulmonar, de que somos centro de referência a nível nacional e onde se tem feito um trabalho notável no acompanhamento deste grupo de doentes tão especial. O Dr. Nuno Lousada, o seu coordenador, dá-nos algumas indicações sobre os avanços terapêuticos mais recentes nesta área.

Estamos já em pleno 2022 com a mesma garra de sempre, de forma a que o resultado da nossa atividade continue a ter o sucesso que tem tido, quer na vertente hospitalar como na formativa e de investigação, e, desta forma, continue a contribuir para a implementação de uma Medicina Cardiovascular moderna no nosso País.

Bom trabalho e até breve!!

Vyndaqel[®]
(tafamidis)
61 mg cápsulas

A ATTR-CM É UMA DOENÇA POTENCIALMENTE FATAL!

VYNDAQEL[®]
**PODE AJUDAR OS DOENTES
A VIVER MAIS TEMPO
E COM MENOS HOSPITALIZAÇÕES²**

É o primeiro e único medicamento
aprovado para a miocardiopatia
amiloide por transtirretina, que
demonstrou redução de mortalidade
por todas as causas e redução
do número de hospitalizações
por causas cardiovasculares.^{2,3}

Medicamento sujeito a receita médica restrita de
utilização reservada a certos meios especializados.
Para mais informações deverá contactar
o Representante Local do Titular da AIM.

CONSULTAR RCM

JÁ DISPONÍVEL
EM PORTUGAL

Referências:

1. Pinney JH, Whelan CJ, Petrie A, et al. Senile systemic amyloidosis: clinical features at presentation and outcome. *J Am Heart Assoc.* 2013;2(2):e000098.
2. RCM Vyndaqel 61mg. Acedido a 25/01/2022.
3. Maurer M et al. *N Engl J Med.* 2018 Sep 13;379(11):1007-1016.

PP-VYN-PRT-0725 | Data de preparação: Fevereiro 2022



FILIPE MACEDO, DIRETOR DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO (CHUSJ):

“Não tenho dúvidas de que, face aos avanços técnicos, terá de existir cada vez mais subespecialização na Cardiologia”

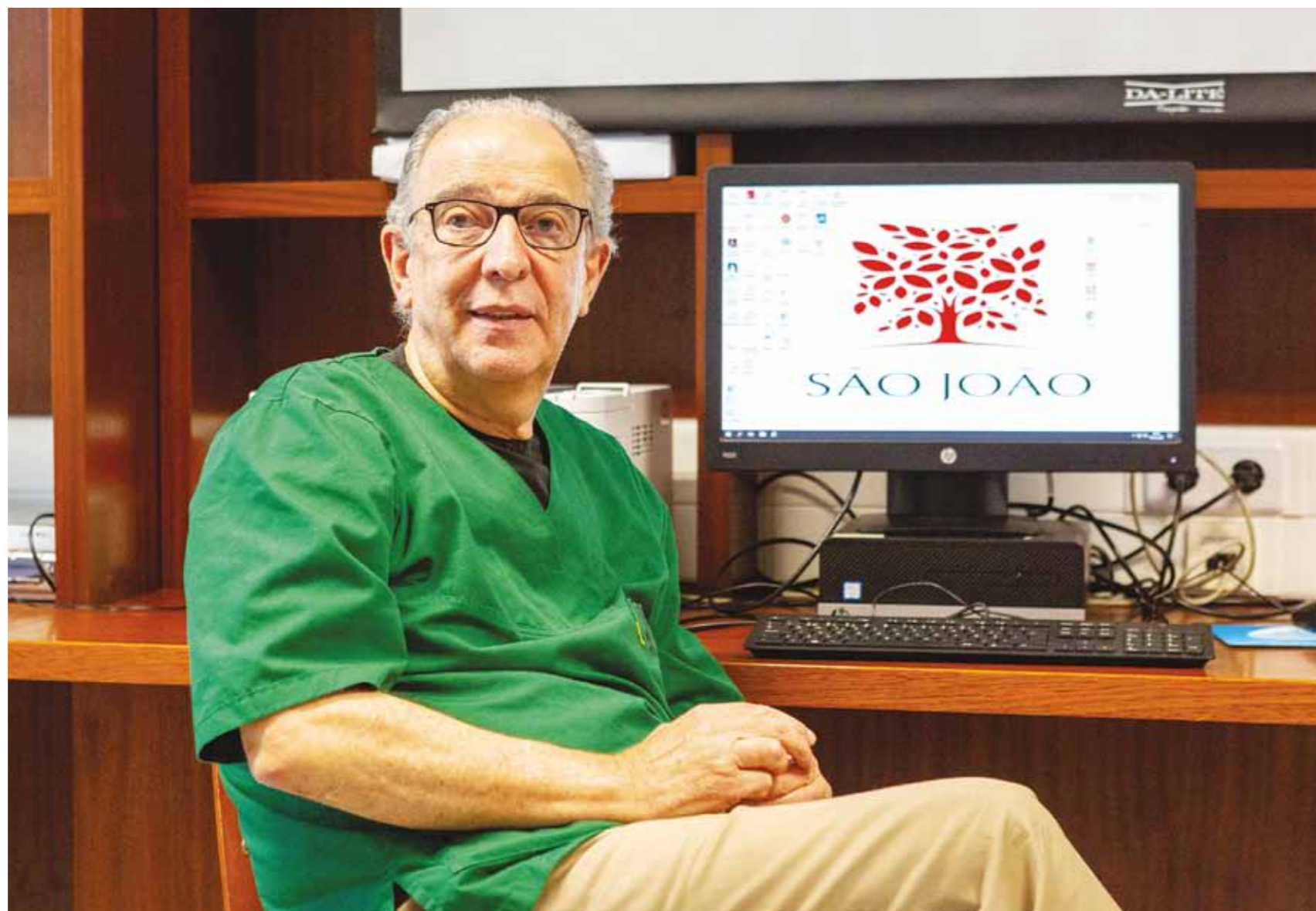
Acreditando que o caminho futuro da Cardiologia passará pela crescente subespecialização, Filipe Macedo, diretor do Serviço de Cardiologia do CHU de São João, destaca a evolução que já se tem feito sentir a nível técnico nesta especialidade, que alia uma forte componente clínica e diagnóstica. Nesta entrevista que concedeu à *Just News*, em maio, Filipe Macedo traçou alguns dos objetivos que pretende atingir no Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares da DGS, de que é diretor, e recordou os desafios colocados pela covid-19, valorizando ainda a importância de relações salutarres entre os serviços.

Just News (JN) – Que idade tinha quando se deu o 25 de abril?

Filipe Macedo (FM) – Tinha 20 anos. Lembro-me de estar no segundo ano da faculdade e de, antes dessa revolução, viver as lutas estudantis, com greves constantes às aulas. Essa geração criou grandes laços! Juntos, assistimos a um acontecimento espetacular, que foi a criação de um Serviço Nacional de Saúde de altíssima qualidade.

JN – Nasceu no Porto?

FM – Não, nasci em Braga, e sou um completo bracarense, que desenvolveu lá os seus estudos até ao liceu. Depois de concluir o curso, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, realizei os dois anos de internato médico no Hospital de São Marcos, em Braga, onde aprendi imenso. No âmbito do Serviço Médico à Periferia, fui juntamente com quatro colegas para Mondim de Basto e, apesar de sermos médicos ainda pouco diferenciados, tínhamos que dar resposta a várias áreas diferenciais. Para mim, foi uma experiência muito enriquecedora, que me deu uma noção global e integradora da Medicina. Depois,



seguiu-se uma fase mais estável, com o acesso à especialidade e o início da carreira.

JN – Porque decidiu seguir Medicina?

FM – O meu pai era médico urologista em Braga e penso que esse convívio terá ajudado a

apaixonar-me pela área. Lembro-me de falarmos muito sobre histórias clínicas e essa partilha contribuiu para acentuar a minha intenção de seguir Medicina. Se não fosse médico, gostava de ter sido arquiteto, tal como o meu irmão mais velho. Tenho um fascínio pela arquitetura da escola de Sou-

to de Moura e Siza Vieira. Mas não trocava Medicina por Arquitetura. Poderia ser um plano B!

JN – Em Mondim de Basto, já tinha consciência de que viria a enveredar pela Cardiologia?

Filipe Macedo:

“Assumo os meus doentes e colegas como uma família”

Ao fim de mais de 30 anos de carreira, Filipe Macedo admite que nunca se imaginou ser outro médico que não cardiologista e que a paixão que sente pela Cardiologia não esmoreceu. “Aos 67 anos, continuo com o mesmo ou, eventualmente, mais entusiasmo do que quando comecei a trabalhar”, observa. Na sua opinião, a Cardiologia é mesmo “das especialidades mais apaixonantes”. Prezando muito a relação humana, coloca muito afeto e romantismo na prática clínica. “Assumo os meus doentes e colegas como uma família”, realça, notando que todos os dias chega ao Serviço com uma grande dose de boa-disposição. Agradecido pela “sorte de ter uma família incrível, que demonstra o seu apoio e compreensão”, os seus dois filhos acabaram por seguir as suas pisadas, sendo o mais velho endocrinologista e o mais novo interno de Urologia.

Com um percurso profissional distinto, salientam-se as seguintes participações:

- Coordenador do Grupo de Estudos de Ecocardiografia (1997-1999).
- Coordenador da Consulta Externa de Cardiologia e do Laboratório de Ecocardiografia (1998-2019).
- Membro da direção do Colégio da Especialidade de Cardiologia da Ordem dos Médicos (2000-2017).
- *Fellow* da Sociedade Europeia de Cardiologia (2001).
- Vice-presidente da Sociedade Portuguesa de Cardiologia (2001-2003).
- Coordenador da Unidade de Cardiologia da Cuf Porto (2008-atualmente).
- Diretor do Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares da DGS (2019-atualmente).
- Diretor do Serviço de Cardiologia do CHUSJ (2020-atualmente).
- Professor catedrático convidado da FMUP (2021-atualmente).

FM – Efetivamente, eu percebi que a equipa do Serviço de Cardiologia do Hospital de São João era muito diferenciada e carismática quando, nos últimos anos de curso, frequentei as cadeiras ligadas à especialidade. Foi um Serviço que me marcou bastante e ao qual fiquei muito ligado, especialmente porque gostei muito da cadeira de Cardiologia e, voluntariamente, comecei a assistir, desde então, à consulta. Mesmo durante o período em que estive em Braga e em Mondim de Basto, continuei a participar na consulta orientada pelo Prof. Damião Cunha.

Hoje em dia, fala-se muito do *Heart Team*, ou seja, da discussão médico-cirúrgica sobre se

o doente terá que ser operado ao coração, com a presença da Cirurgia, da Imagiologia e da Cardiologia. Mas, há 30 anos, este era um debate que já acontecia em equipa no final da consulta.

CARÊNCIAS HOTELEIRAS E HUMANAS CONDICIONAM PROGRESSO DOS SERVIÇOS

JN – Como são os seus dias enquanto diretor do Serviço de Cardiologia do CHUSJ?

(Continua na pág. 10)

(Continuação da pág. 9)

FM – Chego ao Serviço cedo, todos os dias, e às 08h00 fazemos religiosamente a passagem de turno e a discussão dos casos. Aqui, a relação entre a equipa é ótima e eu entendo que é



salutar a forma como lidamos uns com os outros.

Sou muito positivo, para mim o copo nunca está meio vazio, mas sempre meio cheio! Obviamente que, enquanto diretor de um Serviço, tenho de enfrentar problemas, muitos deles transversais a todo o país, como seja a falta de recursos humanos. Um desafio que se coloca principalmente no período de férias de verão tem que ver com a organização das escalas.

O segundo maior problema relaciona-se com a carência de camas. O nosso Serviço tem uma procura enorme de doentes e a dimensão é limitada, o que cria alguma pressão, sobretudo na gestão dos laboratórios de exames invasivos de Hemodinâmica e de Arritmologia e na resposta constante ao Serviço de Urgência.

JN – Quantas camas tem o Serviço?

FM – Temos 16 camas regulares, a que acrescentamos seis camas técnicas, que servem de apoio aos doentes da Cardiologia de Intervenção e da Arritmologia. Somam-se ainda oito camas da Unidade de Cuidados Intensivos. Efetivamente, é um Serviço já bastante grande!

JN – Conseguir estimar o número de camas desejável?

FM – Nós temos vindo a assistir à estabiliza-

ção do número de doentes com doença coronária, mas o mesmo não se passa com a insuficiência cardíaca, patologia que tem vindo a aumentar. Esta realidade leva a que tenhamos cada vez mais doentes a precisar de cuidados diferenciados de Cardiologia. Numa primeira fase, se me fossem

“O facto de sermos um centro hospitalar universitário é muito saudável porque permite que se viva em conjunto esta cultura de ensino, investigação e clínica.”

atribuídas mais quatro a seis camas, que servissem para alocar estes doentes, e, naturalmente, os recursos humanos respetivos, tal já me traria alguma tranquilidade.

Relativamente aos recursos humanos, há uma outra circunstância que tem acontecido frequentemente e que, enquanto diretor de serviço, tenho alguma dificuldade em aceitar, que se prende com o abandono de excelentes cardiologistas da carreira hospitalar. Além do vencimento simbólico que recebemos pela quantidade de horas que trabalhamos, a progressão salarial não é significativa, o que leva a que muitos médicos optem por aban-

donar a carreira hospitalar no SNS. Eu considero que a concorrência é salutar, mas perder do quadro um profissional de muita qualidade é difícil.

JN – Considera que essa é uma forte lacuna do SNS?

FM – Claramente! Há que ter noção de que Portugal é um país pobre, mas acho que seria importante avançar-se para a atualização dos vencimentos dos profissionais de saúde de uma forma transversal. Penso que tanto a classe médica como a de enfermagem são manifestamente mal pagas para o grau de *expertise* que lhes é exigido. Caso esta revisão não seja feita, temo que se assista a uma acentuada saída da carreira hospitalar, e o SNS só pode ser forte se tivermos médicos de muita qualidade de todos os grupos etários.

Os jovens especialistas estão bastante bem preparados, mas é muito importante que continuem a fazer escola. Qualquer serviço tem que ter o peso da sua estrutura, com grandes mestres, professores e cardiologistas, que vão passando o seu testemunho aos mais novos. Se os profissionais da nossa geração desaparecerem, passa a faltar massa crítica, que, como em tudo na vida, é fundamental.

JN – Está dedicado integralmente ao Serviço?

FM – Não, precisamente pelo problema que descrevi! Se as condições económicas fossem diferentes, eu via-me a trabalhar integralmente no SNS, embora considere que, do ponto de vista do enriquecimento, a medicina hospitalar e a medicina privada se complementam.

Aprofundando mais a questão, nós temos, inclusivamente, a possibilidade de trabalhar três vertentes em simultâneo – a clínica, a académica e a investigação – e eu tenho a felicidade de as conciliar diariamente. Esta coexistência depende de nós.

JN – No seu caso, investiu nas três...

FM – Sim, mas devo dizer-lhe que nunca tinha pensado ser docente da faculdade. Sempre me vi a ser cardiologista clínico. Numa dada altura, o então diretor do Serviço, Prof. Mário Cerqueira Gomes, perguntou-me se eu alguma vez tinha pensado na carreira académica, e foi aí que se deu o clique. O facto de sermos um centro hospitalar universitário é muito saudável porque permite que se viva em conjunto esta cultura de ensino, investigação e clínica. Depois de entrarmos na carreira académica, é natural começarmos a pensar no doutoramento.

A Cardiologia é uma especialidade muito interessante porque alia uma forte componente clínica e diagnóstica. Desde o eletrocardiograma, o

exame mais basilar, passando por outros como o holter, a prova de esforço, a ecocardiografia, a ressonância magnética e a tomografia axial computadorizada, destacam-se ainda a Cardiologia de Intervenção e a Arritmologia. Sempre me dediquei à ecocardiografia e realizei dois estágios nessa área, um deles num hospital cardiológico de Bordéus, e mais tarde, na Mayo Clinic, um centro que todos os cardiologistas deveriam visitar. Uma das minhas áreas de *expertise* consistiu na ecocardiografia de stress e foi nesse domínio que me doutorei.

JN – Como encarou o convite que lhe propuseram para dirigir o Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares da DGS?



FM – Essa é uma função que eu nunca pensei que viria a assumir, mas que atribuo à boa relação que mantenho com os colegas, de norte a sul do país. Este Programa ficou marcado por uma figura eminente, o Prof. Ricardo Seabra Gomes, que teve um papel fundamental na fase inicial das vias verdes coronária e do AVC. Sempre o considerei como um nome de altíssimo relevo na Cardiologia nacional e acabámos por trabalhar juntos na Sociedade Portuguesa de Cardiologia, na sequência de me ter convidado para vice-presidente da sua direção. Seguiu-se-lhe o Dr. Rui Ferreira, portanto, dois cardiologistas com grande experiência e prestígio nacional.

Este é um programa muito interessante de estrutura, em que se congrega a doença cerebro-cardiovascular. Penso que estes lugares devem ser ocupados por especialistas que se encontrem numa fase de grande estabilidade profissional e que tenham noção da realidade do país.

Em setembro de 2019, iniciei este projeto de três anos, com uma equipa fantástica, o que é fundamental para se fazer um bom trabalho. Procuramos ser proativos e trazer ideias que possam ajudar a diminuir a mortalidade e a morbilidade das doenças cerebro-cardiovasculares, e contribuir para melhorar a saúde dos portugueses.



JN – Que ideias são essas?

FM – Uma das minhas bandeiras é melhorar a literacia em Saúde. Penso que esse é um aspeto crítico. Percecionamos esta necessidade todos os dias, através da falta de cultura de saúde dos doentes que nos abordam, pelo que temos de fazer um esforço para que os sinais de alerta sejam identificados.

Por outro lado, precisamos de melhorar coisas simples, como a noção dos portugueses de que o 112 tem vias verdes para o acidente vascular cerebral e para o enfarte agudo do miocárdio, eliminando o tempo de preenchimento das fichas de entrada no hospital. É incrível como nem 40% dos portugueses recorrem a este meio.

Ao mesmo tempo, queremos investir na celeridade e na eficácia do tratamento na fase aguda das principais patologias cerebro-cardiovasculares. Ambicionamos também apostar na implementação de registos e na monitorização de indicadores e incentivar a difusão de programas de reabilitação.

Também é nosso objetivo sensibilizar os decisores para a criação de uma via verde para a insuficiência cardíaca. Gostaríamos ainda de contribuir para a atualização das redes de referência da Cardiologia de Intervenção e da Cirurgia Cardíaca.

JN – A pandemia de covid-19 veio condicionar a dinamização dos projetos?

FM – A pandemia veio prejudicar bastante muitos dos projetos que tínhamos em mente. O nosso objetivo era terminar o mandato confirmando que, quando alguém se sente mal, suspeita de uma síndrome coronária aguda ou de um AVC, recorre, automaticamente, ao 112. Esta atuação diminuiria consideravelmente a mortalidade e a morbilidade cerebro-cardiovascular.

Penso que devemos tentar ser mais proativos na prevenção, com uma perspetiva de correção dos fatores de risco, o que está diretamente ligado à literacia em saúde. Infelizmente, os projetos ficaram ligeiramente suspensos porque o foco

(Continua na pág. 12)

(Continuação da pág. 11)

do país neste último ano foi pura e simplesmente salvar vidas.

PANDEMIA DE COVID-19 ALTERA ACESSO DE PROFISSIONAIS E DOENTES ÀS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES

JN – Iniciou a direção do Serviço exatamente quando a pandemia de covid-19 eclodiu...

FM – Exatamente! A Prof.^a Júlia Maciel, anterior diretora do Serviço, completaria 70 anos em abril e, com o surgimento da pandemia, aposentou-se. Eu assumi transitoriamente a direção e elaborei um projeto de como perspetivava que deveria ser o Serviço, trazendo algum cunho pessoal. A Direção Clínica concordou com o projeto e fui aceite como diretor do Serviço.

“A covid-19 foi um grande teste, não à capacidade de trabalho, mas à inteligência emocional dos diretores de serviço.”

É um facto que iniciei funções numa fase atípica, quando se tentava gerir algo desconhecido, para o qual não existia um tratamento. Rapidamente começaram a criar-se enfermarias covid-19 e a distinguir-se circuitos. Organizaram-se escalas e passaram a ser realizadas consultas à distância.

A covid-19 foi um grande teste, não à capacidade de trabalho, mas à inteligência emocional dos diretores de serviço. O impacto pessoal, social e familiar foi grande. Além de contribuímos para tratar diariamente os nossos doentes, tínhamos a responsabilidade de ajudar na segurança e no bem-estar dos nossos colaboradores. Honestamente, foi uma experiência extremamente enriquecedora, mas também assustadora.

JN – A esta distância, é uma situação que ainda o preocupa?

FM – Mais de um ano depois, é bom perce-

bermos que esta é uma doença que já conhecemos melhor, para a qual estamos vacinados, e olhamos com mais tranquilidade. Mas é uma experiência que eu não queria repetir. Felizmente, eu não fiz a tropa, mas entendi aqueles meses iniciais de pandemia como sendo uma verdadeira tropa – meses de alto rigor, marcados pela higienização e pelo distanciamento. Foi implementado um conjunto de normas que, no dia-a-dia, não faziam parte da nossa rotina, e passaram a fazer.

Sem dúvida que vamos tirar lições importantes deste acontecimento, entre elas a importância das ferramentas digitais e da maior higienização nos locais de trabalho. É uma experiência a contar aos amigos, mas, se possível, a não repetir.

JN – Faltaram-lhe profissionais e faltaram-lhe doentes...

FM – Sim, a diminuição do acesso dos doentes não covid-19 aos hospitais é algo que tem sido muito debatido e me causa alguma preocupação. Obviamente que as normais doenças não desapareceram com a pandemia, mas os doentes não recorriam às instituições de saúde por medo.

No caso da doença cardiovascular, verificámos que os doentes não vinham ao hospital na fase aguda do enfarte, mas numa fase muito mais avançada. Neste contexto, deparámo-nos com complicações mecânicas, de rutura, quer do coração, quer dos músculos papilares, situações que já não víamos há muito.

Neste momento, com o excelente desempenho de todos os médicos na tentativa de recuperação das listas de espera, realizámos uma produção adicional de consultas e, hoje, tudo está normalizado. Os responsáveis do meu hospital, com destaque para o presidente do Conselho de Administração, Prof. Fernando Araújo, contribuíram muito para o bom desempenho que todos acabámos por ter.

O molde das reuniões virtuais também tem ajudado a que haja menos ausências dos serviços, no entanto, as relações profissionais ficam bastante prejudicadas. Os amigos do peito que tenho por todo o país derivam, precisamente, das muitas horas de convívio em reuniões presenciais.

PROGRESSO TECNOLÓGICO E COLABORAÇÃO ENTRE ESPECIALIDADES FAVORECEM ATUAÇÃO DA CARDIOLOGIA

JN – Como tem acompanhado a evolução da Cardiologia?

FM – Para mim, era completamente inimaginável que iria assistir aos avanços que têm acontecido na intervenção farmacológica e na Cardiologia atual. A nossa geração teve a sorte de acompanhar a evolução incrível da terapêutica farmacológica, com o apa-



recimento de fármacos com implicações marcantes no tratamento das patologias cardiovasculares, quer na prevenção, quer na redução da mortalidade e da morbilidade. Refiro-me à terapêutica fibrinolítica, às estatinas, aos antagonistas neuro-hormonais, aos antagonistas dos mineralocorticoides, aos antiagregantes plaquetários e ainda ao surgimento dos denominados novos hipocoagulantes, que vieram revolucionar a abordagem das situações cardioembólicas.

Destaco ainda a doença coronária, a insuficiência cardíaca, a hipertensão arterial, a patologia valvular e a transplantação como áreas que sofreram avanços incríveis. Ao mesmo tempo, as técnicas de imagem e a sua aplicação na Cardiologia, a par da Cardiologia de Intervenção, com destaque na cardiopatia estrutural e na arritmologia, têm vindo a evoluir também de uma forma notória.

Estes desenvolvimentos vieram contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos doentes. Aqueles que recorriam frequentemente à Urgência por arritmias persistentes e mal toleradas deixaram de o fazer graças à intervenção nesta área, por exemplo.

JN – Este progresso dever-se-á, em parte, a avanços tecnológicos nesta área...

FM – A inteligência artificial aplicada à Medicina tem demonstrado um contributo inesgotável. Não tenho qualquer dúvida de que a revolução digital veio para ficar. No nosso dia-a-dia, enviamos de uma forma simples a prescrição médica para os endereços eletrónicos. Da mesma forma, os relógios e as aplicações permitem gerar dados relevantes relacionados com a saúde, o que, até há pouco tempo, era difícil de imaginar.

Fruto do aumento da esperança média de vida, temos que estar atentos ao crescimento de algumas patologias. Naturalmente, vamos continuar a assistir ao aumento das neoplasias nos grupos mais idosos e a cardio-oncologia tem um lugar de destaque, bem como as doenças degenerativas e a interação entre a diabetes e a Cardiologia. Destaco algumas pandemias que temos de enfrentar – a estenose aórtica, a insuficiência mitral, a fibrilhação auricular e a insuficiência cardíaca –, doenças que continuarão a acentuar-se.

JN – Considera que a subspecialização da Cardiologia é benéfica?

FM – Não tenho dúvidas de que, face aos avanços técnicos, terá de existir cada vez mais subspecialização na Cardiologia. As unidades coronárias têm evoluído para unidades de cuidados intensivos cardíacos, que abarcam técnicas de suporte avançado, insuficiência cardíaca avançada, reabilitação, intervenção estrutural e eletrofisiologia. O hospital de dia e a reabilitação cardíaca fazem parte, na minha opinião, dos serviços de Cardiologia modernos.

JN – O que pensa sobre a existência de um Departamento de Coração e Vasos?

FM – Penso que é um conceito indiscutivelmente viável. O exemplo que encontramos no CHU Lisboa Norte, englobando os serviços de Cardiologia, Cirurgia Vasculare e Cirurgia Cardiorrácia, é, claramente, uma boa opção. Criam-se sinergias e estabelece-se um contínuo vascular. Penso que pode ser um modelo a replicar noutras instituições. A tônica principal é existir uma boa liderança e relação de interajuda entre os três responsáveis. No

caso do CHUSJ, penso que seria possível criar algo semelhante, desde logo, pela excelente relação que temos com a Cirurgia Cardiorrácia.

JN – Ao longo desta entrevista, já falou várias vezes na importância das relações...

FM – Sim, porque acho que a existência de relações saudáveis, sem anticorpos, é uma mais-valia para todos. O ambiente saudável que existe entre a Cardiologia e a Cirurgia Cardiorrácia facilita muito o trabalho assistencial, que é cada vez mais médico-cirúrgico nesta área.

“A inteligência artificial aplicada à Medicina tem demonstrado um contributo inesgotável para o progresso.”

Destaco ainda a relação de proximidade e amizade que temos com a Cardiologia Pediátrica. Sempre existiu uma sinergia completa entre a Cardiologia de Adultos e a Pediátrica, inclusivamente, com a partilha de equipamentos.

Todos os dias eu venho trabalhar com boa disposição, muito devido a este vínculo saudável que existe na instituição.

JN – Mantém uma relação estreita com a MGF?

FM – MUITÍSSIMO, tanto na formação pré, como pós-graduada. Esta ligação iniciou-se há mais de 20 anos, quando comecei a acompanhar o Prof. Carlos Ramalhão e a Prof.^a Júlia Maciel na realização das Jornadas de Atualização Cardiológica do Norte para MGF. Durante vários dias, discutíamos diversos casos num evento que conta sempre com mais de mil médicos de família.

Por outro lado, durante mais de 15 anos, fui o gestor da Consulta Externa do Serviço de Cardiologia do Hospital de São João. Eu era responsável por gerir os pedidos de consulta que recebia dos centros de saúde, o que fomentou esta ligação entre mim e os colegas da MGF. Mais tarde, surgiu o sistema de pedido eletrónico ALERT[®] P1, em que passei a poder sugerir determinado meio complementar de diagnóstico ou a ajudar na melhor estratégia, além de facultar os meus contactos, o que também contribuiu para a ligação que mantenho com a especialidade.

COM A PARTICIPAÇÃO MUITO ATIVA DA AIDFM-CETERA E DO GAIC

Criado o Mestrado em Investigação Clínica da FMUL

A primeira edição do Mestrado em Investigação Clínica organizado pela FMUL arrancou, em outubro, com 17 inscristos formados em Medicina ou outras áreas das ciências da saúde ou afins, como Biologia, Bioquímica e Química.

Inês Zimbarra Cabrita, membro da Comissão Científica deste mestrado, valoriza a “participação muito ativa” da Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina (AIDFM-CETERA) e do Gabinete de Apoio à Investigação Cardiovascular (GAIC) na equipa de Coordenação, na Comissão Científica e na docência do Mestrado. “Há aqui um caráter inovador, na medida em que existe uma colaboração muito forte com estas duas estruturas”, destaca.

“Este mestrado vem preencher uma *gap* de formação no nosso país, numa área que tem vindo a

assumir um papel cada vez mais relevante, quer em termos de investigação, quer da sua implementação na própria atividade clínica”, admite Fausto Pinto, presidente do Centro Cardiovascular da Universidade de Lisboa, que coordena a Comissão Científica deste mestrado com Joaquim Ferreira, professor da FMUL.

Fausto Pinto não tem dúvidas de que este plano formativo vem “projetar a investigação clínica feita em Portugal, de forma a poder assumir-se como uma área de relevo, com uma expansão nacional e internacional”. Na sua ótica, as características deste curso bianual vão permitir “melhorar o conhecimento na área e possibilitar a formação de futuros mestrados, que poderão vir a integrar equipas de investigação clínica, potenciando a capacidade de intervenção na área”.

Também Joaquim Ferreira considera que este mestrado vem “reconhecer, por um lado, o grande potencial que existe na área da investigação e, por outro, a necessidade de formação de pro-

fissionais com competência nos aspetos técnicos, de gestão e científicos associados ao desenho e à condução de projetos de investigação clínica”.

Para Fausto Pinto, este plano formativo vem “projetar a investigação clínica feita em Portugal”.

O facto de este mestrado acontecer num campus onde se insere a FMUL, o CHULN e o Instituto de Medicina Molecular leva a que se “reúnem as condições ideais do ponto de vista da estrutura, de investigadores e de grupos de investigação para poder acolher com sucesso este projeto de mestrado”, complementa o neurologista.

Testemunhos de quem integra esta 1.ª edição de Mestrado



Rudolfo Francisco,
medical advisor
da Organon

“A investigação clínica é uma estratégia crítica para avaliar, melhorar e inovar na prestação de cuidados em saúde. Em última instância, afigura-se preponderante na tomada de decisões políticas de saúde. O Mestrado em Investigação Clínica tem permitido alargar horizontes em termos metodológicos, fomentar o sentido crítico na análise dos diferentes desenhos de estudos e respetivos resultados científicos, tendo sempre em consi-

deração a perspetiva regulamentar. Contando com um painel docente com uma vasta experiência nacional e internacional nesta área, será certamente uma ferramenta muito útil para os profissionais de saúde que pretendam iniciar e/ou evoluir nesta área, abrindo perspetivas para colaborar na Academia, CROs ou Indústria Farmacêutica.”



Catarina Veiga,
farmacêutica
hospitalar do CHUC

“Os motivos que levaram a inscrever-me neste mestrado são do foro pessoal e profissional. Do ponto de vista pessoal, é um grande desafio. Profissionalmente, tenho necessidade de expandir os meus conhecimentos na temática da investigação clínica, pois, é uma atividade fundamental para o desenvolvimento da inovação na saúde. O Mestrado em Investigação Clínica vai-me ajudar a desenvolver competências específicas necessárias à minha formação e enriquecimento profissional. É uma excelente mais-valia para mim, enquanto farmacêutica, pois, serei uma profissional de saúde mais bem informada e com uma formação mais completa. Este Mestrado está a ser uma experiência extremamente enriquecedora.”



Inês Amaral,
licenciada em
Ciências Biomédicas

“Enquanto biomédica diabética, sei, por experiência própria, o impacto que a evolução científica tem na Medicina e na qualidade de vida. Isto fez com que decidisse inscrever-me neste Mestrado em Investigação Clínica, que tem proporcionado um contacto enriquecedor com o vasto campo de conhecimento multidisciplinar que a constitui.”


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


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

PARA GRANDES MALES, GRANDES REMÉDIOS



Imagem gentilmente cedida pela Sociedade Portuguesa de Hipertensão.



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

TEDARC221A1CA /Jan/2022, revalidado anualmente



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

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

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



edarbi
azilsartan medoxomilo
20mg • 40mg • 80mg comprimidos

NOME DO MEDICAMENTO: Edarbi 20 mg comprimidos. Edarbi 40 mg comprimidos. Edarbi 80 mg comprimidos.
COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: Cada comprimido contém 20 mg, 40mg ou 80 mg de azilsartan medoxomilo (sob a forma de potássio).
FORMA FARMACÉUTICA: Comprimido branco a esbranquiado redondo, com 6,0 mm, 7,6 mm ou 9,6 mm de diâmetro; com “ASL” gravado numa das faces e “20”, “40” ou “80” gravado na outra face, para os comprimidos de 20 mg, 40 mg ou 80 mg respetivamente.
INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS: Edarbi é indicado para o tratamento da hipertensão essencial em adultos.
POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO: Posologia: A dose inicial recomendada é de 40 mg uma vez ao dia. A dose pode ser aumentada até um máximo de 80 mg uma vez ao dia nos doentes cuja pressão arterial não é adequadamente controlada com a dose mais baixa. O efeito anti-hipertensor perto do máximo torna-se visível ao fim de 2 semanas, com os efeitos máximos atingidos às 4 semanas. Se a pressão arterial não for adequadamente controlada com o Edarbi isoladamente, pode obter-se uma redução adicional da pressão arterial quando o Edarbi é administrado concomitantemente com outros medicamentos anti-hipertensores, incluindo diuréticos e bloqueadores dos canais do cálcio.
CONTRAINDICAÇÕES: - Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. - No segundo e terceiro trimestres da gravidez. - O uso concomitante de Edarbi com medicamentos contendo alicireno é contraindicado em doentes com diabetes mellitus ou compromisso renal (TFG < 60 mL/min/1,73 m²).
EFETOS INDESEJÁVEIS: Resumo do perfil de segurança: Edarbi nas doses de 20, 40 ou 80 mg foi avaliado em termos de segurança em estudos clínicos com doentes tratados durante até 56 semanas. Nestes estudos clínicos, as reações adversas associadas ao tratamento com o Edarbi foram, na sua maioria, ligeiras ou moderadas, com uma incidência global semelhante ao placebo. As tonturas constituíram a reação adversa mais frequente. A incidência das reações adversas com o Edarbi não foi afetada pelo sexo, idade ou raça.
Lista tabelada de reações adversas: As reações adversas (doses de 40 e 80 mg) classificadas por frequência são: tonturas, diarreia e aumento da creatina fosfoquinase plasmática (frequentes (> 1/100, < 1/10)); hipotensão, náuseas, erupção cutânea e prurido, espasmos musculares, fadiga e edema periférico, aumento da creatina plasmática e aumento do ácido úrico plasmático (pouco frequentes (> 1/1000, < 1/100)); angioedemas (raros (> 1/10.000, < 1/1000)). As reações adversas foram notificadas para a dose de Edarbi 20 mg com uma frequência semelhante às doses de 40 e 80 mg num estudo controlado por placebo.
Notificação de suspeitas de reações adversas: A notificação de suspeitas de reações adversas após a autorização do medicamento é importante, uma vez que permite uma monitorização contínua da relação benefício-risco do medicamento. Pode-se aos profissionais de saúde que notifiem quaisquer suspeitas de reações adversas diretamente ao INFARMED, I.P.: Sítio da internet: <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaooram> (preferencialmente) ou através dos seguintes contactos: Direção de Gestão do Risco de Medicamentos | Parque da Saúde de Lisboa, Av. Brasil 53 | 1749-004 Lisboa | Tel: +351 21 798 73 73 | Linha do Medicamento: 800222444 (gratuita) | E-mail: farmacovigilancia@infarmed.pt | DATA DA REVISÃO DO TEXTO setembro 2021. Para mais informações deverá contactar o representante do titular da autorização de introdução no mercado. MSRM. Medicamento participado no escalão B.



XII CONGRESSO Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular

XII Congress New Frontiers in
Cardiovascular Medicine

SAVE
THE
DATE

11/13 Feb 2022

Edição Virtual / Virtual Edition

TEMAS DO CONGRESSO / Congress Topics

Insuficiência Cardíaca / Hipertensão
Pulmonar

Heart Failure / Pulmonary Hypertension

Imagiologia Cardiovascular

Cardiovascular Imaging

Cardiologia de Intervenção e Arritmologia

Interventional Cardiology and Arrhythmology

Doença Coronária

Coronary Artery Disease

Cardioncologia

Cardio Oncology

Valvulopatias

Valvular Heart Disease

Miocardiomatopatia

Cardiomyopathies

Cirurgia Cardíaca

Cardiac Surgery

Cirurgia Vascular

Vascular Surgery

Patologia da Aorta

Aortic Diseases

PRESIDENTE / President: FAUSTO J. PINTO

PRESIDENTE HONORÁRIO / Honorary President: ANTÓNIO NUNES DIOGO

CO-DIRECTORES / Co-directors: ÂNGELO NOBRE, LUÍS MENDES PEDRO

Inscrições / registration

congresso@caml-cardiologia.pt
soniaramos@getdone.pt



TECNIMEDE
GROUP



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

TEDARC221A1CA /Jan/2022, revalidado anualmente

Organização / Organization



Patrocínio Científico / Scientific Support



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO
LISBOA NORTE, EPE



PCO

GET
DONE
EVENTS.

UNIDADE MAIS SENTIDO OFERECE UMA RESPOSTA HOLÍSTICA NO HOSPITAL PULIDO VALENTE (CHULN)

Cuidados paliativos para doentes com insuficiência cardíaca avançada

Usualmente, as unidades de Cuidados Paliativos ou as equipas intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos desenvolvem uma abordagem genérica dirigida a múltiplas patologias. A Unidade Mais Sentido, que designa o Hospital de Dia de Cuidados Paliativos de Insuficiência Cardíaca Avançada, localizado no Hospital Pulido Valente (CHULN), vem romper com esta tradição e criar um novo conceito assistencial, surgindo como a primeira resposta integrada exclusiva a estes doentes.

Para Luís Parente Martins, seu coordenador e mentor, a grande diferença consiste no tipo de assistência que é prestada e no momento em que ela é iniciada. “Tipicamente, os cuidados paliativos são requeridos já numa fase terminal da doença, com vista apenas a tratar sintomas, para que o sofrimento dos doentes seja o mais reduzido possível”, explica.

Na Unidade Mais Sentido, e porque “esta tendência está a mudar radicalmente, os cuidados paliativos são uma resposta a uma necessidade que vai além do sofrimento físico, abrangendo o sofrimento holístico de ‘dor total’”, destaca.

De facto, além do sofrimento físico, associado à dispneia, ao edema ou à dor, “os doentes com IC crónica sofrem em vários domínios, desde o psicológico ao ambiental ou social”.

Por isso, defende o cardiologista, “considerar apenas a condição física representa uma forma de abordagem muito redutora”. Para si, é essencial “avaliar os doentes e as suas necessidades de forma global”.

Doentes são encaminhados “cada vez mais cedo”

Também Sara Correia, a enfermeira coordenadora da Unidade Mais Sentido, que está de mãos dadas com Luís Parente Martins desde a origem do projeto, distingue que os cuidados que prestam “não são dirigidos a doentes terminais, mas sim a doentes paliativos”.

Esta diferença tem vindo a ser cada vez mais reconhecida pelos agentes de referência, nomeadamente os cuidados de saúde primários, as unidades hospitalares e os consultórios privados,

Pode ler a reportagem completa nas páginas do Hospital Público.



Luís Parente Martins

que para ali “encaminham os doentes cada vez mais cedo”, correspondendo estes, hoje em dia, a uma faixa etária atualmente compreendida entre os 50 e os 95 anos.

Por outro lado, o facto de a evolução da doença ser caracterizada como “descendente ondulante, ao contrário da patologia oncológica, que tem como prognóstico um trajeto descendente, abre a possibilidade de se corrigir ou controlar a causa e tratar a descompensação dos doentes”, afirma Luís Parente Martins.

Esta configuração, adianta, contribui para a “promoção de uma esperança que é, de facto,



Roberto Palma dos Reis

uma metodologia que lhes é muito útil, enquanto os doentes de órgão, sejam eles insuficientes cardíacos, renais ou respiratórios, não tinham essa possibilidade”.

Apesar de a estrutura ser a única a nível nacional com estas características, a enfermeira admite que “poderiam ser integradas pequenas inter-

(Continua na pág. 20)



Sara Correia

Reportagem



real, porque o prognóstico comporta consideráveis melhorias e quebras”.

Sara Correia alerta para a dimensão singular dos cuidados paliativos na IC, que carece de “uma integração o mais cedo possível”. Como doença crónica e progressiva que é, “traremos mais qualidade de vida aos doentes quanto mais cedo as medidas paliativas forem incluídas nos seus planos assistenciais”.

Também a anterior desproteção destes doentes em relação aos oncológicos contribuiu para a implementação desta Unidade. Tal como sublinha o seu coordenador, estes últimos “beneficiavam de





(Continuação da pág. 19)

venções paliativas nos diferentes serviços da área cardiovascular”.

“A IC avançada regista uma mortalidade superior à maioria das neoplasias”

“Em tempos, quando os doentes sofriam um enfarte, registava-se uma elevada taxa de mortalidade. Atualmente, sobrevivem a vários eventos cardíacos e doenças ao longo da sua vida, chegando até ao patamar da insuficiência cardíaca”, começa por referir Roberto Palma dos Reis, coordenador da Unidade de Cardiologia do Hospital Pulido Valente.

Se, por um lado, este cenário representa o sucesso da evolução da Medicina, o paradoxo surge quando se identifica que, “independentemente das melhores terapêuticas, estes doentes com IC continuam a sofrer e a morrer muito”.

Como indica, a taxa de mortalidade das classes III ou IV, em cinco anos, situa-se na ordem dos

50%. Nas palavras do cardiologista, “a IC regista, inclusivamente, uma mortalidade superior à maioria das neoplasias”, mas, ao contrário destas últimas, “está muito limitada em termos de cuidados paliativos”.

Por outro lado, “temos muitas armas para tratar a dor, mas poucas para tratar a dispneia”, o que, na sua opinião, vem reforçar a necessidade de existir um maior investimento em espaços dedicados aos cuidados paliativos para esta doença, que “é cada vez mais frequente”.

Esta assistência, segundo o nosso interlocutor, é fortemente reconhecida pelos doentes, que “sentem que são bem acompanhados e agradecem muito o apoio, às vezes, até de uma forma desproporcional”.

A importância da centralização dos cuidados no doente

Subindo ao 2.º andar do Edifício D. Carlos e entrando na Unidade de Cardiologia, a sala da



Unidade Mais Sentido surge não como um espaço de internamento, preenchido por múltiplas camas, mas sim de ambulatório, dividido em várias zonas de trabalho e decorada com relógios diversos, bússolas, ampulhetas e espelhos.

Sem tardar, Luís Parente Martins adianta que todos os elementos se enquadram na filosofia dos cuidados paliativos modernos. Invocando a sua fundadora, Cicely Saunders, identifica dois aspetos muito importantes: “Primeiro, é fundamental que os doentes morram em paz e, segundo, que até lá vivam da melhor forma possível.”

Distribuídos pelas paredes, com vários tamanhos e feitios, os relógios visam “lembrar a importância de viver cada momento e dar sentido a cada minuto, com base numa esperança realista”, destaca.

Mas há um pormenor: todos os relógios marcam uma hora distinta, para enfatizar que “cada doente tem o seu tempo e vive a doença de uma forma e a um ritmo diferente”.

O importante é “enfrentar o desafio de dar



mais sentido àquela que é a vida de cada um e ao tempo que ainda lhe resta”, máxima esta que esteve na origem do nome da Unidade.

Neste seguimento, os espelhos visam “criar um espaço de introspeção, em que os doentes possam olhar para si mesmos, refletir sobre as suas vidas e rever todos os momentos que foram importantes”.

Fausto Pinto, diretor do Serviço de Cardiologia e do Departamento de Coração e Vasos do CHULN:

“Queremos que esta seja uma Unidade modelo, passível de ser replicada”

Três anos após a inauguração desta Unidade, Fausto Pinto, diretor do Serviço de Cardiologia e do Departamento de Coração e Vasos do CHULN, identifica que o balanço é extremamente positivo. “Acima de tudo, trata-se de um serviço que estamos a prestar à nossa comunidade de doentes, com uma dedicação extraordinária por parte dos profissionais, que muito transcende a prática normal diária de cada um”, afirma.

Pioneiros a nível nacional na criação de uma Unidade com estas características, o cardiologista identifica que estão a ser movidos esforços no sentido de expandir a atividade, com o fim de alargar o apoio a um maior número de doentes. O investimento, explica, baseia-se sobretudo em recursos humanos. “Estamos perante uma área que não carece de uma grande aposta em recursos físicos e tecnológicos, mas sim em recursos humanos”, destaca. Ressalva, no entanto, a crescente aposta na monitorização à distância, com a emergência da Cardiologia Digital como uma disciplina de grande importância nesta área.

O facto de este modelo consistir numa das recomendações internacionais relativamente ao seguimento destes doentes contribui para a decisão de expansão. “Está demonstrado, em termos científicos, tratar-se de uma mais-valia para os doentes, na forma como devem ser seguidos, tratados e até acarinhados, componente muitas vezes esquecida no tratamento médico hospitalar”, realça.

Se, por um lado, se assiste a avanços extraordinários em termos tecnológicos e farmacológicos nas mais variadas patologias, Fausto Pinto alerta para a problemática da desumanização da Medicina. Na sua opinião, “é determinante o reforço do humanismo como elemento principal dos cuidados centrados nos doentes, que estão na base da consagrada visão holística da Saúde”.

Este desejo de expansão é alargado ao âmbito nacional. “Queremos que este seja um projeto modelo, passível de ser replicado”, diz, adiantando que existe uma inteira disponibilidade da unidade para colaborar na abertura de outros

espaços idênticos e, assim, reforçar a cobertura junto destes doentes.

Num contexto em que se vive, a nível mundial, a pandemia de covid-19, Fausto Pinto alerta que “existem muitas pandemias, no sentido figurado do termo, que compreendem um considerável fluxo de doentes e a necessidade de lhes prestar assistência, e a insuficiência cardíaca é uma delas”. Como explica, “todos os doentes cardíacos, em determinado período da sua doença ou num contexto temporal mais avançado, confrontam-se com a IC e necessitam deste tipo de estrutura, que lhes garanta o apoio de que tanto precisam”.



A inclusão da família neste modelo é uma componente que o diretor do Serviço de Cardiologia do CHULN muito se orgulha de destacar. “De facto, o que se pretende é a integração, daí a multidisciplinaridade, não só em termos dos profissionais envolvidos como também da própria família, aspeto pouco valorizado noutras áreas assistenciais”, ilustra. Na sua ótica, esta inclusão “traz um impacto positivo não só na forma como se vai repercutir nos doentes mas ainda no âmbito emocional e pedagógico junto das famílias”.

Para Fausto Pinto, “este é um exemplo daquilo que se pode fazer bem numa estrutura pública do Sistema Nacional de Saúde”.

Pulido Valente recebe viatura para ajudar doentes

A Liga dos Amigos do Hospital Pulido Valente (LAHPV) entregou, em maio passado, a chave de um carro elétrico para apoiar a equipa do Hospital de Dia de Cuidados Paliativos de IC Avançada do CHULN.

“O nosso lema é cuidar bem dos doentes e com esta viatura vamos conseguir prestar um apoio domiciliário ainda mais eficaz e de qualidade”, disse Luís Parente Martins, coordenador da Unidade Mais Sentido, uma estrutura que, integrada no Serviço de Cardiologia, tem como principal finalidade a humanização dos cuidados de saúde em caso de doença de órgão. Até então, apenas se dispunha da viatura da



Unidade de Cuidados Domiciliários do HPV, o que acarretava algumas limitações de horários. Para aquele responsável, é mais um passo no reforço de se começar a prestar cuidados paliativos em doenças de órgão, de forma idêntica às oncológicas.

Na sede da Liga dos Amigos do HPV, à entrada do hospital, Maria Jorge Nogueira da Rocha, presidente da Direção da LAHPV, entregou a chave do carro a Fausto Pinto, que reconheceu haver agora condições para uma resposta “ainda mais eficaz” às solicitações dos doentes. Em declarações à *Just News*, sublinhou tratar-se de um apoio “muito importante” para quem sofre de IC avançada:

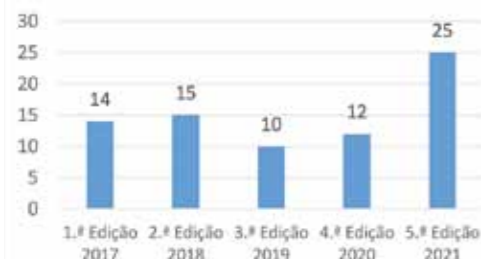
“O carro facilita, sobretudo, o trabalho de quem está no terreno, acrescentando mais valor a uma atividade nobre e única a nível nacional e que se espera vir a ser expandida.” Presentes na cerimónia estiveram a vogal e a secretária da Direção da LAHPV, Maria da Graça Silva e Alcina Machado, assim como Madalena Rocha, administradora do Parque da Saúde Pulido Valente. Para esta responsável, a doação do carro permite “uma maior proximidade entre o hospital e a comunidade”. A viatura, um Renault Zoe, foi entregue pela ALDAutomotive, por um período de um ano, podendo o mesmo ser renovável.

5.ª edição do Prémio AIDFM-CETERA é a mais participada de sempre

A 5.ª edição do Prémio AIDFM-CETERA fica marcada por ter sido aquela que reuniu o maior número de candidaturas, traduzindo, segundo a AIDFM-CETERA, “a relevância, a consistência e a visibilidade deste prémio na área da investigação cardiovascular”.

Ao todo, contaram-se 25 artigos candidatos a prémio, num total de 186 autores envolvidos, de 3 universidades e 8 hospitais. As temáticas abordadas englobaram estudos em animais ou humanos e revisões/meta-análises.

N.º de candidaturas ao Prémio AIDFM-CETERA



O júri atribuirá um prémio no valor de 1000€ para os três melhores artigos publicados em 2021 na área cardiovascular. Os trabalhos serão apresentados na sessão do Prémio AIDFM-CETERA, a decorrer durante o XII Congresso Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular, no dia 12 de fevereiro, às 17h30. O vencedor será anunciado na Sessão de Encerramento do Congresso, no dia 13 de fevereiro, às 13h00.

Além deste valor monetário, os vencedores serão contemplados ainda com o diploma “Best Research Paper Award – 2021”, a inscrição no XII Congresso de Novas Fronteiras em Medicina Cardiovascular e a oportunidade de apresentar o artigo na sessão “Prémio AIDFM-CETERA”.

Avaliados por um júri independente e altamente qualificado na área, foram elegíveis ao prémio AIDFM-CETERA os artigos científicos publicados por investigadores portugueses em revistas indexadas, durante o ano de 2021. “O Prémio AIDFM-CETERA tem vindo a estimular e a premiar a investigação científica do foro cardiovascular, feita por portugueses e publicada em revistas de referência”, destaca Roberto Palma dos Reis, presidente do júri, coordenador da Unidade de Cardiologia do Hospital Pulido Valente (CHULN) e professor da FCM-UNL.

O painel de jurados é constituído ainda por Hélder Pereira, diretor do Serviço de Cardiologia do HGO e professor auxiliar convidado da FMUL, e Isabel Rocha, professora do Instituto de Fisiologia da FMUL.



Finalistas do Prémio AIDFM-CETERA 2017, 2018 e 2019, com o respetivo júri

Testemunhos de quem já venceu



Tânia Martins-Marques, vencedora da 4.ª edição do Prémio AIDFM-CETERA | 2020

“Receber o Prémio AIDFM-CETERA relativo ao ano de 2020 por um trabalho de investigação fundamental, com o qual se pretende entender o funcionamento das células cardíacas e cuja translação é ainda difícil de antecipar, foi para mim um

grande privilégio. Representa o reconhecimento do trabalho realizado por uma equipa multidisciplinar, envolvendo cientistas provenientes de áreas básicas, cardiologistas e cirurgiões cardiotorácicos, o que me deixa muito orgulhosa e, acima de tudo, entusiasmada e muito motivada para continuar a desenvolver este tipo de projetos interdisciplinares, com o objetivo de melhor compreender a biologia cardiovascular, contribuindo, assim, para a identificação de novos alvos terapêuticos”.



Patrícia Rodrigues, vencedora da 2.ª edição do Prémio AIDFM-CETERA | 2018

“A atividade de investigação clínica fez-me desenvolver várias competências (destaco a persistência, paciência, melhor compreensão e análise de outros trabalhos) e acredito que me tem ajudado a crescer como médica. Contudo, para a maior parte dos mé-

dicos como eu, fazer investigação é difícil: exige que complementemos a formação que trazemos da faculdade, acontece nos tempos livres, com sacrifício pessoal e muitos contratempos, sendo um trabalho muito moroso e em que geralmente só vemos o resultado anos depois do início. A atribuição do prémio AIDFM-CETERA será sempre um momento que recordarei com especial alegria e gratidão. Sentir o reconhecimento de um longo trabalho de investigação clínica foi muito reconfortante e motivou-me para prosseguir com outros projetos.”

NEPARVIS®

Sacubitril/Valsartan **2 cp./dia**

TEMPO é VIDA¹

Escolha MAIS para os seus doentes^{2,3}



Referências:

- 1- Gouveia M et al.; ESC Heart Fail. 2019. DOI:10.1002/ehf2.12399;
- 2 - McMurray JJ, et al. N Engl J Med. 2014 Sep 11;371(11):993-1004;
- 3 -Desai AS, et al. Eur Heart J. 2015;36(30):1990-7.

Neparvis 24 mg/26 mg comprimidos revestidos por película. Neparvis 49 mg/51 mg comprimidos revestidos por película. Neparvis 97 mg/103 mg comprimidos revestidos por película (sacubitril/valsartan).

Nota Importante: Antes de prescrever consulte o Resumo das Características do Medicamento. **APRESENTAÇÃO:** Neparvis 24 mg/26 mg: Cada comprimido revestido por película contém 24,3 mg de sacubitril e 25,7 mg de valsartan (como complexo de sal de sódio de sacubitril valsartan). Neparvis 49 mg/51 mg: Cada comprimido revestido por película contém 48,6 mg de sacubitril e 51,4 mg de valsartan (como complexo de sal de sódio de sacubitril valsartan). Neparvis 97 mg/103 mg: Cada comprimido revestido por película contém 97,2 mg de sacubitril e 102,8 mg de valsartan (como complexo de sal de sódio de sacubitril valsartan). **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Neparvis está indicado em doentes adultos para o tratamento da insuficiência cardíaca crónica sintomática com fração de ejeção reduzida. **POSOLOGIA/MODO DE ADMINISTRAÇÃO Adultos:** Em doentes que se encontram atualmente a tomar um Inibidor da Enzima de Conversão da Angiotensina (IECA) ou um Antagonista dos Recetores da Angiotensina (ARA), a dose inicial recomendada de Neparvis é um comprimido de 49 mg/51 mg duas vezes por dia. A dose deve ser duplicada a cada 2-4 semanas até à dose máxima que se pretende atingir e que é de um comprimido de 97 mg/103 mg duas vezes por dia, de acordo com o tolerado pelo doente. ♦ Se os doentes apresentarem problemas de tolerabilidade (Pressão Arterial Sistólica (PAS) \leq 95 mmHg, hipotensão sintomática, hipercalemia, disfunção renal), é recomendado ajuste posológico da medicação concomitante, redução temporária da dose ou descontinuação de Neparvis. ♦ Em doentes que não se encontram atualmente a tomar um inibidor da ECA ou um ARA ou a tomar doses baixas destes medicamentos, é recomendada uma dose inicial de 24 mg/26 mg duas vezes por dia e titulação lenta da dose (duplicação a cada 3-4 semanas). ♦ O tratamento não deve ser iniciado em doentes com níveis de potássio sérico $>$ 5,4 mmol/l ou com PAS $<$ 100 mmHg. Para doentes com PAS entre 100 e 110 mmHg, deve ser considerada uma dose inicial de 24 mg/26 mg duas vezes por dia. ♦ Neparvis pode ser tomado com ou sem alimentos. Não é recomendado partir ou esmagar os comprimidos. ♦ **Doentes idosos:** A dose deve ser ajustada de acordo com a função renal do doente idoso. ♦ **População pediátrica:** A segurança e eficácia de Neparvis em crianças e adolescentes com idade inferior a 18 anos não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. ♦ **Compromisso renal:** Não é necessário ajuste posológico em doentes com compromisso renal ligeiro (Taxa de Filtração Glomerular Estimada (TFGe) 60-90 ml/min/1,73 m²). Deve ser considerada uma dose inicial de 24 mg/26 mg duas vezes por dia para doentes com compromisso renal moderado (TFGe 30-60 ml/min/1,73m²). Como a experiência clínica em doentes com compromisso renal grave (TFGe $<$ 30 ml/min/1,73 m²) é muito limitada, Neparvis deve ser utilizado com precaução e recomenda-se uma dose inicial de 24 mg/26 mg duas vezes por dia. Não existe experiência em doentes com doença renal terminal e a utilização de Neparvis não é recomendada nesta população de doentes. ♦ **Compromisso hepático:** Não é necessário ajuste posológico quando se utilizar Neparvis em doentes com compromisso hepático ligeiro (Child-Pugh A). A experiência clínica em doentes com compromisso hepático moderado (Child-Pugh B) ou com valores de AST/ALT duas vezes superiores ao limite superior normal é limitada. Neparvis deve ser utilizado com precaução nestes doentes e a dose inicial recomendada em doentes com insuficiência hepática moderada (Child-Pugh B) é de 24 mg/26 mg duas vezes por dia. Neparvis está contraindicado em doentes com compromisso hepático grave, cirrose biliar ou colestase (Child-Pugh C). **CONTRAINDICAÇÕES:** ♦ Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes. ♦ Uso concomitante com IECA. Neparvis não deve ser administrado até 36 horas após a descontinuação da terapêutica com um IECA. ♦ História conhecida de angioedema relacionado com a terapêutica com IECA ou ARA. ♦ Angioedema hereditário ou idiopático. ♦ Uso concomitante com medicamentos contendo aliscireno em doentes com diabetes mellitus ou em doentes com compromisso renal (TFGe $<$ 60 ml/min/1,73 m²). ♦ Compromisso hepático grave, cirrose biliar e colestase. ♦ Segundo e terceiro trimestres de gravidez. **ADVERTÊNCIAS / PRECAUÇÕES:** ♦ **Duplo bloqueio do sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA):** A associação de Neparvis com um IECA é contraindicada devido ao aumento de risco de angioedema. Neparvis não deve ser iniciado até 36 horas após a última dose da terapêutica com um IECA. Se o tratamento com Neparvis for interrompido, a terapêutica com um IECA não deve ser iniciada até 36 horas após a última dose de Neparvis. ♦ A associação de Neparvis com inibidores diretos da renina, como o aliscireno, não é recomendada. A associação de Neparvis com medicamentos contendo aliscireno é contraindicada em doentes com diabetes mellitus ou em doentes com compromisso renal (TFGe $<$ 60 ml/min/1,73 m²). ♦ Neparvis contém valsartan e, portanto, não deve ser coadministrado com outro medicamento contendo um ARA. ♦ **Hipotensão:** O tratamento com Neparvis só deve ser iniciado se a PAS for \geq 100 mmHg. Os doentes com PAS $<$ 100 mmHg não foram estudados. Durante os estudos clínicos foram notificados casos de hipotensão sintomática em doentes tratados com Neparvis, especialmente em doentes com idade \geq 65 anos, doentes com doença renal e doentes com PAS baixa ($<$ 112 mmHg). Quando se iniciar a terapêutica ou durante o ajuste da dose com Neparvis, a pressão arterial deve ser monitorizada por rotina. Se ocorrer hipotensão, recomenda-se a redução temporária da dose ou a descontinuação de Neparvis. Deve ser considerado o ajuste posológico de diuréticos e anti hipertensores utilizados concomitantemente e o tratamento de outras causas de hipotensão (ex. hipovolémia). É mais provável que ocorra hipotensão sintomática se o doente apresentar depleção de volume p. ex. por terapêutica diurética, restrição dietética de sal ou vômitos. A depleção de volume e/ou de sódio deve ser corrigida antes do início do tratamento com Neparvis. No entanto, tal ação corretiva deve ser cuidadosamente ponderada comparativamente ao risco de sobrecarga de volume. ♦ **Compromisso renal:** A avaliação dos doentes com insuficiência cardíaca deve incluir sempre a avaliação da função renal. Os doentes com compromisso renal ligeiro e moderado têm maior risco de desenvolver hipotensão. A experiência clínica em doentes com compromisso renal grave (TFGe $<$ 30 ml/min/1,73 m²) é muito limitada e estes doentes podem ter um maior risco de hipotensão. Não existe experiência em doentes com doença renal terminal e a utilização de Neparvis não é recomendada nesta população de doentes. ♦ **Agravamento da função renal:** A utilização de Neparvis pode estar associada ao agravamento da função renal. O risco pode ser ainda aumentado por desidratação ou uso concomitante de AINE. Deve ser considerado o ajuste

posológico para uma dose inferior em doentes que apresentem um declínio da função renal clinicamente significativo. ♦ **Hipercalemia:** O tratamento com Neparvis não deve ser iniciado se o nível de potássio sérico for $>$ 5,4 mmol/l. A utilização de Neparvis pode estar associada a um risco aumentado de hipercalemia. Porém, pode também ocorrer hipocaliemia. É recomendada a monitorização do potássio sérico, especialmente em doentes que apresentam fatores de risco tais como compromisso renal, diabetes mellitus ou hipoadosteronismo ou que têm uma dieta rica em potássio. Caso os doentes desenvolvam uma hipercalemia clinicamente significativa, é recomendado o ajuste da medicação concomitante ou a redução temporária da dose ou a descontinuação de Neparvis. Se o nível de potássio sérico for $>$ 5,4 mmol/l deve ser considerada a descontinuação. ♦ **Angioedema:** Têm sido notificados casos de angioedema em doentes tratados com Neparvis. Se ocorrer angioedema, Neparvis deve ser imediatamente descontinuado e devem ser iniciados a terapêutica e o acompanhamento apropriados, até à resolução completa e sustentada dos sinais e sintomas apresentados. Nesses casos Neparvis não deve ser administrado novamente. Nos casos de angioedema confirmado onde o edema esteve confinado à face e lábios, a condição foi geralmente resolvida sem tratamento, embora a utilização de anti-histamínicos tenha sido útil no alívio dos sintomas. O angioedema associado a edema da laringe pode ser fatal. Quando houver envolvimento da língua, glote ou laringe com probabilidade de causar obstrução das vias aéreas, deve ser administrada, imediatamente, terapêutica apropriada, p. ex. solução de adrenalina 1 mg/1 ml (0,3-0,5 ml), e/ou medidas necessárias para garantir a desobstrução das vias aéreas. Doentes com antecedentes de angioedema não foram estudados. Uma vez que poderão apresentar um risco aumentado de desenvolver angioedema, Neparvis deve ser utilizado com precaução nesta população de doentes. Neparvis está contraindicado em doentes com história conhecida de angioedema relacionado com a terapêutica com um IECA ou ARA ou com angioedema hereditário ou idiopático. Doentes de raça negra têm suscetibilidade aumentada para desenvolver angioedema. ♦ **Doentes com estenose da artéria renal:** Em doentes com estenose unilateral ou bilateral da artéria renal, Neparvis pode aumentar a ureia sanguínea e os níveis de creatinina sérica. É necessária precaução na administração de Neparvis em doentes com estenose da artéria renal e é recomendada a monitorização da sua função renal. ♦ **Doentes com classe funcional NYHA IV:** Deve ter-se precaução quando se inicia Neparvis em doentes com classificação funcional NYHA IV devido à limitada experiência clínica nesta população. ♦ **Peptídeo natriurético tipo B (BNP):** O BNP não é um biomarcador adequado da insuficiência cardíaca em doentes tratados com Neparvis porque é um substrato da neprilissina. ♦ **Doentes com compromisso hepático:** A experiência clínica em doentes com compromisso hepático moderado (Child-Pugh B) ou com valores de AST/ALT duas vezes superiores ao limite superior normal é limitada. Nestes doentes, a exposição pode ser aumentada e a segurança não está estabelecida. Assim, recomenda-se precaução na utilização de Neparvis nesta população de doentes. Neparvis está contraindicado em doentes com compromisso hepático grave, cirrose biliar ou colestase (Child-Pugh C). ♦ **Doenças psiquiátricas:** Eventos psiquiátricos, tais como alucinações, paranoia e alterações do sono, no contexto de eventos psicóticos, têm sido associados à utilização de sacubitril/valsartan. Se um doente sentir tais efeitos, deve ser considerada a descontinuação do tratamento com sacubitril/valsartan. **INTERAÇÕES:** ♦ **Utilização concomitante contraindicada:** o uso concomitante de Neparvis com medicamentos contendo aliscireno é contraindicado em doentes com diabetes mellitus ou em doentes com compromisso renal (TFGe $<$ 60 ml/min/1,73 m²). O uso concomitante de Neparvis com IECA é contraindicado. Neparvis não deve ser iniciado até 36 horas após a última dose da terapêutica com um IECA. A terapêutica com um IECA não deve ser iniciada até 36 horas após a última dose de Neparvis. ♦ **Utilização concomitante não recomendada:** com outros medicamentos contendo ARA. A associação de Neparvis com inibidores diretos da renina, como o aliscireno não é recomendada. ♦ **Utilização concomitante requerendo precauções:** Substratos OATP1B1 e OATP1B3 (ex. estatinas). Inibidores PDE5 incluindo sildenafil. Diuréticos poupadores de potássio (triamtereno, amilorida), antagonistas dos mineralocorticoides (ex. espironolactona, eplerenona), suplementos de potássio, substitutos do sal contendo potássio ou outros fármacos (tais como heparina). Anti-inflamatórios não esteroides (AINE), incluindo inibidores seletivos da ciclooxigenase-2 (inibidores COX-2). Lítio. Furosemida. Nitratos (ex. nitroglicerina). inibidores de OATP1B1, OATP1B3, OAT3 (ex. rifampicina, ciclosporina), OAT1 (ex. tenofovir, cidofovir) ou MRP2 (ex. ritonavir). Metformina. ♦ **Sem interação significativa:** Digoxina, varfarina, hidroclorotiazida, amlodipina, omeprazol, carvedilol ou a associação de levonorgestrel/etinil estradiol. **GRAVIDEZ/ALEITAMENTO:** A utilização de Neparvis não é recomendada durante o primeiro trimestre de gravidez e é contraindicada durante o segundo e terceiro trimestres de gravidez. ♦ Desconhece-se se Neparvis é excretado no leite humano. Devido ao risco potencial de reações adversas em recém-nascidos/lactentes, não é recomendado durante a amamentação. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** ♦ **Muito frequentes (\geq 1/10):** hipercalemia, hipotensão, compromisso renal. ♦ **Frequentes (\geq 1/100, $<$ 1/10):** anemia, hipocaliemia, hipoglicemia, tonturas, cefaleias, síncope, vertigens, hipotensão ortostática, tosse, diarreia, náuseas, gastrite, insuficiência renal (insuficiência renal, insuficiência renal aguda), fadiga, astenia. ♦ **Pouco frequentes (\geq 1/1.000, $<$ 1/100):** hipersensibilidade, tonturas posturais, prurido, erupção cutânea, angioedema. ♦ **Raros (\geq 1/10.000, $<$ 1/1.000):** alucinações (incluindo alucinações auditivas e visuais), alterações do sono ♦ **Muito raros ($<$ 1/10.000):** paranoia. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** Novartis Europarm Limited **REPRESENTANTE LOCAL:** SERVIER PORTUGAL – Especialidades Farmacêuticas, Lda. - Av. António Augusto de Aguiar, 128 - 1069-133 LISBOA – Telefone: 213122000 / Fax: 213122090 / e-mail: servier.portugal@servier.com. **Escalação de participação:** B. A decisão de participação de Neparvis está condicionada à população elegível, nomeadamente: doentes com insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida (FEVE \leq 35%); doentes com sintomas de insuficiência cardíaca classe II ou III (NYHA), apesar de tratamento, há pelo menos 4 semanas, com IECA ou ARA em combinação com beta-bloqueante, associados a outros tratamentos recomendados como diuréticos e/ou antagonistas da aldosterona, se tolerados. O tratamento com Neparvis deve ser iniciado por médicos com experiência no tratamento de insuficiência cardíaca. Medicamento sujeito a receita médica. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM/representante local do titular da AIM. **NEP_RCM20210519_IEC_v5 RCM aprovado em Maio de 2021. IECRCM 07.06.2021**



CONSIDERADA UMA TÉCNICA CIRÚRGICA VASCULAR BASILAR

SPACV e FMUL assinalaram os 75 anos da endarterectomia

Numa sessão evocativa dos 75 anos da endarterectomia, a SPACV e a FMUL recordaram o nascimento desta técnica cirúrgica, prestando simultaneamente homenagem ao seu criador, João Cid dos Santos. A referida sessão aconteceu no decorrer da Reunião do Núcleo de Biologia Vascular da SPACV, na Aula Magna da FMUL, em novembro.

Luis Mendes Pedro, presidente da Sociedade Portuguesa de Angiologia e Cirurgia Vascular, professor da FMUL e diretor do Serviço de Cirurgia Vascular do CHULN, foi o primeiro a discursar no evento. Reconheceu, desde logo, que “qualquer projeto de progresso deve incluir o perfeito conhecimento dos alicerces que



suportam a trajetória passada, pois, só assim será construído um futuro sustentado e bem adaptado às circunstâncias e às vicissitudes”.

Neste sentido, homenageou João Cid dos Santos por ter criado, em 1946, “uma técnica cirúrgica que teve tamanho impacto na cirurgia arterial, permanecendo como uma das técnicas vasculares basilares que se realizam praticamente de forma diária nos serviços de Cirurgia Vascular”.

Dirigindo-se à audiência e, mais concretamente, às novas gerações de cirurgiões vasculares, pe-



diu que “não deixassem de se inquietar com o desconhecido e incontrolado, pois, só assim, com essa inspiração, será possível construir o futuro”.

Também Fausto Pinto, diretor da FMUL, proferiu algumas palavras sobre João Cid dos Santos. Para si, esta foi “uma personalidade que marcou de forma indelével a história da Medicina portuguesa e, em particular, da Cirurgia Vascular”. O

seu “espírito engenhoso e inovador, a par da sua inteligência”, levaram-no “não só a deixar o seu cunho na descoberta da endarterectomia como a introduzir a flebografia e a impulsionar o diagnóstico e a avaliação da patologia venosa”.

Fausto Pinto considera mesmo que João Cid dos Santos “marcou a Escola Angiográfica Portuguesa” e que “o espírito e a capacidade de trabalho que tinha devem ser honrados e continuados por todos os alunos, por constituírem o verdadeiro alimento e alicerce de uma academia”.

Daniel Ferro, presidente do CA do CHULN, também usou da palavra para reconhecer o mérito do criador da endarterectomia e do Serviço de Cirurgia Vascular do CH a que preside. Para si, este Serviço constitui “um dos melhores exemplos do SNS, pela disponibilidade, partilha e cooperação que tem vindo a demonstrar”. Principalmente neste período pandémico, salienta o facto de este Serviço ter sido, “possivelmente, aquele que mostrou ter, desde a primeira hora, o espírito

(Continua na pág. 26)

(Continuação da pág. 25)

to mais colaborante e resiliente, em prol do plano de contingência hospitalar”.

Na sua ótica, estas características espelham “o exigente trabalho que estes profissionais viveram com a integração do Departamento de Coração e Vasos, o que impulsionou a partilha de espaços, de equipas e de conhecimentos”. Por outro lado, reconheceu o contributo da atual e das anterio-



Daniel Ferro



Luís Mendes Pedro e José Oliveira-Pinto

Segundo Daniel Ferro, presidente do CA do CHULN, o Serviço de Cirurgia Vasculuar constitui “um dos melhores exemplos do SNS, pela disponibilidade, partilha e cooperação que tem vindo a demonstrar”

res lideranças para o posicionamento do Serviço.

José Fernandes e Fernandes, antigo diretor e professor jubilado da FMUL, proferiu uma conferência em que caracterizou João Cid dos Santos como “um dos espíritos mais brilhantes da inteligência portuguesa, que influenciou esta casa e todo o pensamento universitário”.

Aquele que foi também sócio emérito e antigo presidente da SPACV, diretor do Serviço de

Cirurgia Vasculuar e do próprio Departamento de Coração e Vasos, distinguiu ainda Cid dos Santos como “um médico, cientista e visionário cuja obra é um verdadeiro testemunho de criatividade, inovação e esperança”.

Neste painel, estiveram ainda presentes José Melo Cristino, presidente do Conselho Científico da FMUL, Maria José Diógenes, vice-presidente do Conselho Pedagógico da FMUL, Rui Almeida, presidente do Colégio da Especialidade de Angio-

logia e Cirurgia Vasculuar da OM, e Armando Mansilha, secretário-geral do Board de Cirurgia Vasculuar da União Europeia de Médicos Especialistas.

“As bases da Cirurgia Vasculuar como alicerce de metodologias futuras”

Enquanto coordenador do Núcleo de Biologia Vasculuar da SPACV, José Oliveira-Pinto, em declarações à *Just News*, não pôde deixar de partilhar o orgulho do Núcleo ao ter associado o seu principal evento à sessão evocativa dos 75 anos da endarterectomia. “Acreditamos que esta comunhão permitiu à audiência constatar a importância das bases da Cirurgia Vasculuar como alicerce fundamental no desenvolvimento de metodologias futuras”, destaca.

Simultaneamente, “possibilitou visitar as bases estruturais de procedimentos vasculares e alicerçar todo o conhecimento relativo ao surgimento de técnicas inovadoras, assim como de terapias medicamentosas promissoras na modulação da biologia vasculuar apresentadas durante a reunião”.

O cirurgião vasculuar, que desenvolve atividade no CH e Universitário de São João, fala ainda na “homenagem à criação de uma técnica cirúrgica revolucionária e disruptiva, que permanece como *gold standard* e serviu de fundação para muitas outras técnicas que dela derivaram, por um painel de excelência”.



Uma década de GAIC – a investigação clínica como pilar fundamental da prática clínica moderna



INÊS ZIMBARRA CABRITA
GAIC CHIEF OPERATIONS OFFICER

CECÍLIA GOMES
GAIC CHIEF COORDINATOR

Celebra-se, durante o mês de fevereiro, o 10.º Aniversário do GAIC – Gabinete de Apoio à Investigação Cardiovascular, um departamento da AIDFM (Associação para Investigação e Desenvolvimento da Faculdade de Medicina) que presta apoio ao Departamento de Coração e Vasos do CHULN.

A Investigação Clínica constitui-se como um dos pilares fundamentais da prática clínica moderna e é nesse sentido que o Departamento de Coração e Vasos tem desenvolvido um conjunto de estratégias que têm permitido a sua integração e desenvolvimento em múltiplas áreas de investigação na área Cardiovascular. Uma dessas estratégias foi a criação, em 2012, do GAIC, um projeto inovador, que nasceu da vontade e visão de Fausto J. Pinto e Inês Zimbarra Cabrita, em criar uma estrutura de apoio às equipas de investigação e aos *stakeholders* externos, com o objetivo de

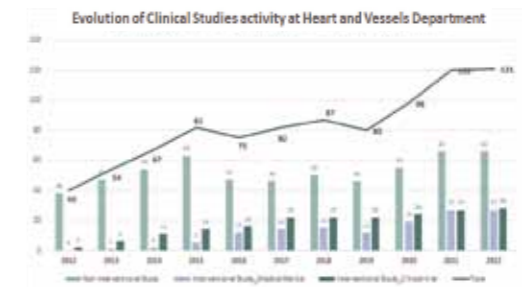
fomentar o desenvolvimento das atividades de investigação clínica, não só na estrutura hospitalar como também no Centro Académico de Medicina de Lisboa.

Inspirado no modelo do Centro de Investigação do Imperial College, em Londres, onde Inês Zimbarra Cabrita colaborou como investigadora durante cinco anos, o GAIC conta com uma equipa de profissionais e coordenadores de estudo totalmente dedicada, exclusiva e com formação especializada na área, e que tem contribuído, ao longo destes 10 anos, para a profissionalização e rigor na forma como é realizada e conduzida a atividade científica no Departamento.

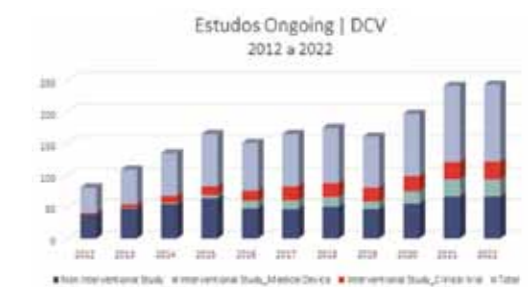
A multidisciplinaridade das equipas de investigação é uma mais-valia para qualquer centro de investigação. No Departamento de Coração e Vasos, estas equipas são constituídas por médicos, cardiopneumologistas, enfermeiros, administra-

tivos e outros profissionais de saúde, e a atuação do GAIC tem tido um papel preponderante pela sua capacidade de gestão e coordenação de todos estes atores, de forma a garantir que todas as *timelines* e procedimentos impostos pelos protocolos de estudo são cumpridos e realizados de acordo com as boas práticas clínicas.

Presentemente, e sob a coordenação de Cecília Gomes, o próximo passo para o crescimento



das atividades do GAIC, para além da atividade central de coordenação de estudos, nomeadamente ensaios clínicos e estudos observacionais, é a sua integração na estrutura da CRO CETERA nas diversas atividades que já são desenvolvidas em conjunto, com particular destaque na colaboração em ações de formação externa, incluindo o Mestrado de Investigação Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.



Testemunhos

PROFISSIONALISMO, COMPETÊNCIA E DEDICAÇÃO MARCAM PROJETO GANHADOR



Fernando Ribeiro, técnico superior diretor, coordenador de Cardiopneumologia do CHULN

Parabéns ao GAIC pelos dois lustros de vida!

Em ciência, poderá ser uma vida curta, mas em resultados parece ser longa!

Atente-se, para tal, aos inúmeros estudos e ensaios clínicos em que o GAIC tem colaborado de forma ativa, diria mesmo, insubstituível, sem a qual não seria possível a investigação no nosso Serviço e no Departamento de Coração e Vasos.

O profissionalismo, competência, dedicação e entusiasmo patentes em cada ato e em cada colaborador do GAIC são a demonstração inequívoca de um projeto ganhador e de uma excelente aposta na coordenação da investigação na área das ciências médicas. Também a Cardiopneumologia sempre se sentiu acolhida, pelo apoio

e respostas dadas a todas as solicitações, quer individuais, quer integradas em grupos de investigadores. A compilação e organização de toda a atividade científica produzida mostrou-se um constructo atingível, merecendo de todos o reconhecimento e aprovação.

É merecido o reconhecimento de todos os que se empenham ou empenharam na criação e desenvolvimento deste Gabinete de Apoio à Investigação Cardiovascular. Por nós, continuará a ter um apoio incondicional!

CRESCENTE SOLICITAÇÃO DE ESTUDOS E ENSAIOS CLÍNICOS CONSOLIDA INVESTIGAÇÃO



Filipe Florindo, enfermeiro chefe do Intern. Geral da Unid. de Cardiologia de Intervenção e da Unid. de Eletrofisiologia e Pacing do Serv. de Cardiologia do CHULN

A existência do GAIC como forte estrutura de apoio para a realização de

estudos e ensaios clínicos é determinante para que a atividade de investigação no Departamento de Coração e Vasos se realize de forma a minimizar o impacto nos doentes e no serviço.

A grande proximidade da equipa com os doentes incluídos nos estudos e ensaios clínicos, bem como o rigor na informação recolhida, tem proporcionado um maior interesse por parte dos promotores e tal tem-se refletido na quantidade de estudos e ensaios clínicos solicitados.

Tem sido essa a perceção que tenho tido ao longo dos 10 anos de existência do GAIC. Muitos parabéns!

PEDRO CARDOSO, COORDENADOR DA UNIDADE DE CARDIOLOGIA DE INTERVENÇÃO DO SERVIÇO DE CARDIOLOGIA DO CHULN:

“A Cardiologia é uma especialidade que pode ser muito interventiva sem ser cirúrgica e isso é uma coisa que sempre me atraiu”

Depois de ter assumido interinamente a coordenação da Unidade de Cardiologia de Intervenção do Serviço de Cardiologia do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte no verão de 2020, Pedro Cardoso foi oficialmente nomeado seu coordenador a 1 de abril passado, na sequência da aposentação de Pedro Canas da Silva. Entretanto, trinta anos depois da criação desta Unidade, e com a progressiva normalização do fluxo de doentes que a ela recorrem, torna-se cada vez mais premente a abertura de uma terceira sala de Hemodinâmica.

Pedro Cardoso nasceu em Lisboa, no ano de 1962, e reconhece que, “desde muito cedo, vá-se lá saber porquê”, sempre teve o desejo de ser médico. Mas admite que o facto de um tio seu – de quem esteve sempre muito próximo – ter exercido Medicina e, a seguir, ter optado por Cardiologia o tenha influenciado na escolha do curso e, depois, da própria especialidade.

“Após o liceu, fiz o curso na Faculdade de Medicina de Lisboa e, desde cedo, a Cardiologia sempre me interessou. Nós acabamos por ter contacto com as várias áreas durante o curso e esta acabou por ser sempre a minha primeira escolha. Até porque é uma especialidade que pode ser muito interventiva sem ser cirúrgica e isso é uma coisa que sempre me atraiu”, afirma Pedro Cardoso.

Terminado o curso em 1987, o internato ge-

ral foi cumprido nos Hospitais Cívicos de Lisboa, tendo a formação específica decorrido no Hospital Pulido Valente. “A Hemodinâmica foi algo que sempre me interessou”, reconhece, e a ela se manteve ligado, sempre no HPV, exatamente durante 21 anos, a certa altura já como coordenador.

Ainda no internato, fez um estágio opcional de Hemodinâmica no Serviço de Cardiologia do Hospital de La Princesa, em Madrid, e, já como especialista, um estágio de Cardiologia de Intervenção de um ano no Hospital de Santa Cruz.

“Na sequência da crise de 2008, houve vontade da ARS de Lisboa e Vale do Tejo em diminuir o número de salas de Hemodinâmica e duas delas foram encerradas na capital, a do HPV e a do Curry Cabral. Julgo que o argumento principal terá sido a necessidade de reduzir custos, mas



a verdade é que não se pode considerar que houvesse um défice de salas na região de Lisboa. É então que, em janeiro de 2012, eu e outro colega viemos trabalhar aqui para o Hospital de Santa Maria, já como Centro Hospitalar”, conta Pedro Cardoso, acrescentando:

“Curiosamente, a situação alterou-se de forma radical, uma vez que a intervenção na área estrutural, que já começava a ter alguma expressão, começou a crescer muito depois dessa altura, o que veio tornar insuficiente o número de salas de Hemodinâmica disponíveis.”

No HSM, o médico deparou-se com uma Unidade de Cardiologia de Intervenção bem maior – embora com menos elementos do que tem hoje – e um conjunto de profissionais que “já conhecia razoavelmente bem”.

“O que aconteceu aqui foi o alargamento do

período de funcionamento e, portanto, foi fácil acomodar mais duas pessoas. Até porque o volume de trabalho cresceu, por razões óbvias, tendo em consideração que dois hospitais próximos tinham encerrado as suas salas de Hemodinâmica. Por outro lado, começou a fazer-se, nomeadamente, o tratamento da válvula aórtica por via percutânea, um procedimento que demora algum tempo, fazendo diminuir a disponibilidade das salas para os outros procedimentos”, recorda.

“Algumas pessoas terão ficado em casa e não procuraram auxílio”

O dia-a-dia de Pedro Cardoso divide-se entre a Consulta de Cardiologia e a atividade na Unidade de Cardiologia de Intervenção Joaquim Oli-

veira, incluindo a tarefa de coordenação da mesma. Tal como os seus colegas médicos, também integra, juntamente com técnicos e enfermeiros, a “escala de prevenção” que visa assegurar – 24 horas por dia, sete dias por semana – o tratamento “fora de horas” dos enfartes agudos do miocárdio. A equipa de serviço chega ao hospital no prazo máximo de meia hora.

Embora possa deparar-se com casos de insuficiência cardíaca, de hipertensão grave ou de doença valvular, por exemplo, a verdade é que os doentes coronários dominam as suas consultas. “Uma vez que tratamos aqui muitos desses doentes, que depois têm que ser seguidos, na minha consulta em particular há, claramente, uma prevalência de doença coronária”, sublinha, adiantando:

(Continua na pág. 30)

Pedro Pinto Cardoso:

“Houve uma evolução muito grande nestas três décadas”

Pedro Pinto Cardoso, que é casado com uma radiologista e tem uma filha engenheira, diz que gostava de se ter dedicado mais à prática de desporto, mas o facto de se ter lesionado a jogar futebol, ainda durante o tempo da faculdade, e, mais tarde, a fazer ski levou-o a diminuir a atividade desportiva. Diz que gosta de viajar e de estar com a família.

Integrou, nos últimos anos, as direções da Associação Portuguesa de Intervenção Cardiovascular e da Sociedade Portuguesa de Cardiologia.

Embora sublinhe que o seu horário de trabalho no Hospital de Santa Maria “nunca é igual todos os dias”, até porque o Laboratório de Hemodinâmica funciona das 8h00 às 20h00, sempre com equipas desfasadas, assegura normalmente o “turno” da manhã, até às 14h00. Para além, como é evidente, de ter que desempenhar a função de coordenador da Unidade de Cardiologia de Intervenção.

À sua Unidade chegam doentes referenciados internamente da Consulta de Cardiologia e outros encaminhados da Urgência e diretamente pelo INEM, e ainda enviados principalmente do CHOeste (unidades hospitalares de Torres Vedras e das Caldas da Rainha) e do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures.

Há um pouco mais de 30 anos a exercer a profissão de médico, Pedro Cardoso reconhece que “houve uma evolução muito grande nestas três décadas, desde logo ao nível da prevenção das doenças cardiovasculares, com as pessoas muito mais conscientes da sua importância”. Mas essa evolução também “tem sido importantíssima no campo terapêutico, nomeadamente no que respeita à insuficiência cardíaca, e isso tem mudado muito o prognóstico dos doentes”. Paralelamente, “a Cardiologia de Intervenção tem igualmente evoluído de forma significativa, dando o seu contributo na redução da mortalidade e da morbilidade nesta área”.

(Continuação da pág. 29)

“A doença coronária afeta todos os grupos etários, mesmo os jovens, que normalmente apresentam fatores de risco associados, mas trata-se de uma patologia que se torna mais prevalente entre a população mais idosa, encontrando-se nesta faixa etária a maioria dos nossos doentes.”

Em consequência da pandemia de covid-19, Pedro Cardoso confirma aquilo que se observou noutras instituições hospitalares, isto é, também no CHULN se verificou que, “infelizmente, algumas pessoas terão ficado em casa e não procuraram auxílio mesmo em situação de enfarte agudo, o que é grave”.

“Houve uma redução da atividade urgente, embora durante um período de tempo relativamente curto, e também da atividade eletiva, não só porque as pessoas sentiram mais dificuldade de acesso aos cuidados de saúde, mas igualmente, nalguns casos, por receio de se deslocarem ao hospital”, observa o especialista.

Ao contrário do que sucedeu em 2020 – até porque, “inicialmente, ninguém conhecia bem a covid-19” –, nos primeiros meses de 2021, “procurámos não só manter o atendimento dos casos urgentes, aqui no nosso Laboratório de Hemodinâmica, mas também a atividade eletiva”.

A falta que faz uma terceira sala de Hemodinâmica

A Unidade de Cardiologia de Intervenção Joaquim Oliveira integra atualmente 9 especialistas, havendo sempre um a dois internos a estagiar. “A equipa é, na sua maioria, constituída por jovens. São jovens com muita qualidade e que se encontram bastante motivados”, garante Pedro



Pedro Cardoso tornou-se oficialmente coordenador da Unidade no dia 1 de abril de 2021, na sequência da aposentação de Pedro Canas da Silva.

Cardoso. No seu entender, “isso é bastante positivo, porque é o que permite assegurar o futuro do Laboratório”.

O cardiologista de intervenção assumiu interinamente a coordenação da Unidade em agosto de 2020 e, na sequência da aposentação do seu antecessor no cargo, Pedro Canas da Silva, tornou-se oficialmente coordenador da mesma no dia 1 de abril de 2021.

A Unidade estava já organizada há muitos anos. Estamos, basicamente, a dar continuidade àquilo que já se fazia, sempre com a preocupação de acompanhar as evoluções técnicas que se verificam com grande dinâmica nesta área, explica Pedro Cardoso.

Com um grande fluxo de doentes para tratar e um crescimento acentuado do número de procedimentos de cardiopatia estrutural, que exigem “mais tempo de sala”, torna-se cada vez mais premente a necessidade de uma terceira sala de Hemodinâmica.

De referir que as duas salas existentes são partilhadas com a Eletrofisiologia, que ocupa uma delas durante dois dias por semana, o que, de acordo com o nosso entrevistado, também se vai tornando insuficiente para esta subespecialidade, devido ao grande crescimento que vem igualmente conhecendo.

“O nosso grande objetivo, neste momento, é proceder a uma reformulação no Serviço de Cardiologia que permita a ampliação da Unidade de Cardiologia de Intervenção, possibilitando uma resposta eficaz e atempada aos nossos doentes”.



EDWARDS INTUITY Elite Valve System

Trusted Platform
Rapid Deployment*
Smaller Incisions

* Simplified implantation through reduced suture steps.

For professional use. See instructions for use for full prescribing information, including indications, contraindications, warnings, precautions and adverse events. Edwards Lifesciences devices placed on the European market meeting the essential requirements referred to in Article 3 of the Medical Device Directive 93/42/EEC bear the CE marking of conformity.

Edwards, Edwards Lifesciences, the stylized E logo, EDWARDS INTUITY and EDWARDS INTUITY Elite are trademarks of Edwards Lifesciences Corporation.

© 2017 Edwards Lifesciences Corporation. All rights reserved. E7544/10-17/HVT
Edwards Lifesciences • Route de l'Etraz 70 • 1260 Nyon, Switzerland • edwards.com



Edwards

Cerimónia distinguiu acreditação europeia da Reabilitação Cardiovascular do CHULN

Exatamente um ano depois, foi assinalada a 28 de maio de 2021 a atribuição da certificação europeia ao Programa de Reabilitação Cardiovascular implementado no CHULN. “É um momento de reconhecimento do trabalho de todos os envolvidos no projeto”, afirmou o diretor do Departamento de Coração e Vasos, o cardiologista Fausto Pinto.

A pandemia de covid-19 adiou para essa altura a cerimónia que visou assinalar a acreditação europeia do Centro de Reabilitação Cardiovascular (RCV), um projeto que engloba o CHULN, a FMUL e o Centro de Reabilitação Cardiovascular da UL (CRECUL).

A placa que agora está afixada à entrada do Centro de RCV, no Hospital Pulido Valente atesta a obtenção da acreditação na categoria de Prevenção Secundária e Reabilitação Cardíaca. O título foi atribuído pela Associação Europeia de Cardiologia Preventiva, afiliada da Sociedade Europeia de Cardiologia.

denadora do Centro de RCV considerou estarem reunidas as condições para que o Programa de Reabilitação Cardiovascular “melhore cada vez mais e tenha destaque a nível nacional mas também europeu”.

Fausto Pinto, que esteve presente na qualidade de diretor do Serviço de Cardiologia e do próprio Departamento em que aquele está inserido, e ainda como diretor da FMUL, afirmou ser a acreditação “o corolário do trabalho que tem vindo a ser desenvolvido nos últimos anos”. E reconheceu estar muito orgulhoso pela forma como o projeto tem evoluído.



tidade europeia dá-vos uma responsabilidade acrescida”.

“Nós temos como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados prestados, mas, frequente-

mente, temos dificuldade em evidenciar o que melhoramos e como. Neste caso, o patamar que atingiram é reconhecido por uma entidade europeia”, afirmou.

E ainda acrescentou que “todas as áreas de especialização do CHULN deviam seguir um caminho deste tipo, porque se torna muito mais fácil saber onde estamos e o que temos que fazer!”

1.º centro português de RCV a receber esta acreditação em Prevenção Secundária e Reabilitação Cardíaca

Inaugurado em maio de 2016, e tendo na altura como coordenador o médico Machado Rodrigues, o Centro de Reabilitação Cardiovascular CHULN/FMUL/CRECUL desenvolve a sua atividade com base num Programa que tem o seu início durante o internamento do doente, na sequência de um enfarte do miocárdio, da agudiza-

ção de uma insuficiência cardíaca, de uma cirurgia cardíaca, da implantação de um dispositivo cardíaco ou de uma intervenção percutânea.

“Após o tratamento agudo de uma situação cardíaca, há que recuperar e melhorar o doente, levando-o a modificar o seu estilo de vida, minimizando o risco cardiovascular e reinserindo-o na sua vida pessoal, social e profissional”, explicou Ana Abreu.

No âmbito do Programa, a componente de avaliação do doente é fundamental, nomeadamente ao nível clínico, “com prova cardiorrespiratória, destinada a medir objetivamente a capacidade funcional e a orientar a prescrição de exercício físico”.

A intervenção contemplando os aspetos nutricional e psicológico é igualmente importante, bem como o controlo do risco cardiovascular, que “engloba a adesão à medicação e a modificação do estilo de vida”.

A equipa multidisciplinar envolvida no Centro de Reabilitação Cardiovascular é vasta, incluindo cardiologistas, fisiatras, fisioterapeutas, fisiologistas do exercício, enfermeiras de Reabilitação, nutricionistas, administrativas e ainda uma internista/diabetologista, uma psiquiatra, uma psicóloga e uma técnica superior de Diagnóstico e Terapêutica.



Representantes de todas estas áreas e até um doente – o psiquiatra Luiz Gamito – entrevistaram na sessão. Fausto Pinto frisaria, aliás, que “se há área em que, de facto, o trabalho de equipa é fundamental para que os resultados sejam aqueles que temos tido é esta”. Também apontou “a vantagem de estarmos inseridos num Centro Académico, atuando em articulação com a Faculdade e com a Universidade”.

Fica o registo de este ter sido o primeiro Centro de Reabilitação Cardiovascular em Portugal a receber a acreditação em Prevenção Secundária e Reabilitação Cardíaca pela Associação Europeia de Cardiologia Preventiva e um dos poucos na Europa.



A abrir a sessão que, entretanto, teve lugar no auditório do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, localizado no Parque de Saúde Pulido Valente, a cardiologista Ana Abreu estava visivelmente satisfeita por “sermos reconhecidos em termos de qualidade de trabalho”. A coor-

Daniel Ferro, presidente do CA do CHULN, fez questão em estar presente na cerimónia de descerramento da placa e na sessão que se lhe seguiu. Felicitou os profissionais que o ouviam pela distinção atribuída, mas logo acrescentou: “O reconhecimento do Centro por uma en-



364 MAIS MOMENTOS

AO PROTEGER O SEU DOENTE



PREVENÇÃO DO AVC
E EMBOLIA SISTÉMICA
EM DOENTES COM FANV (*)



TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE
RECORRÊNCIA DE TEV NA POPULAÇÃO
PEDIÁTRICA E EM ADULTOS



PREVENÇÃO DE ACONTECIMENTOS
ATEROTROMBÓTICOS EM DOENTES
ADULTOS COM DAC E DAP (**)

PROTEÇÃO DO BEBÉ AO AVÔ

Aceda aqui
aos materiais
educacionais
de Xarelto[®] e RCM



* Prevenção de AVC e embolia sistémica em doentes adultos FANV com um ou mais fatores de risco tais como insuficiência cardíaca, hipertensão, idade \geq 75 anos, diabetes *mellitus*, AVC prévio ou ataque isquémico transitório.

** Indicado para a prevenção de acontecimentos aterotrombóticos em doentes adultos com DAC ou DAP sintomática com alto risco de acontecimentos isquémicos.

AVC: Acidente Vascular Cerebral. DAC: Doença Arterial Coronária. DAP: Doença Arterial Periférica.

FANV: Fibrilhação Auricular Não Valvular. TEV, tromboembolismo venoso.