

# TRANSMISSÃO

Revista oficial da Sociedade Portuguesa de Transplantação

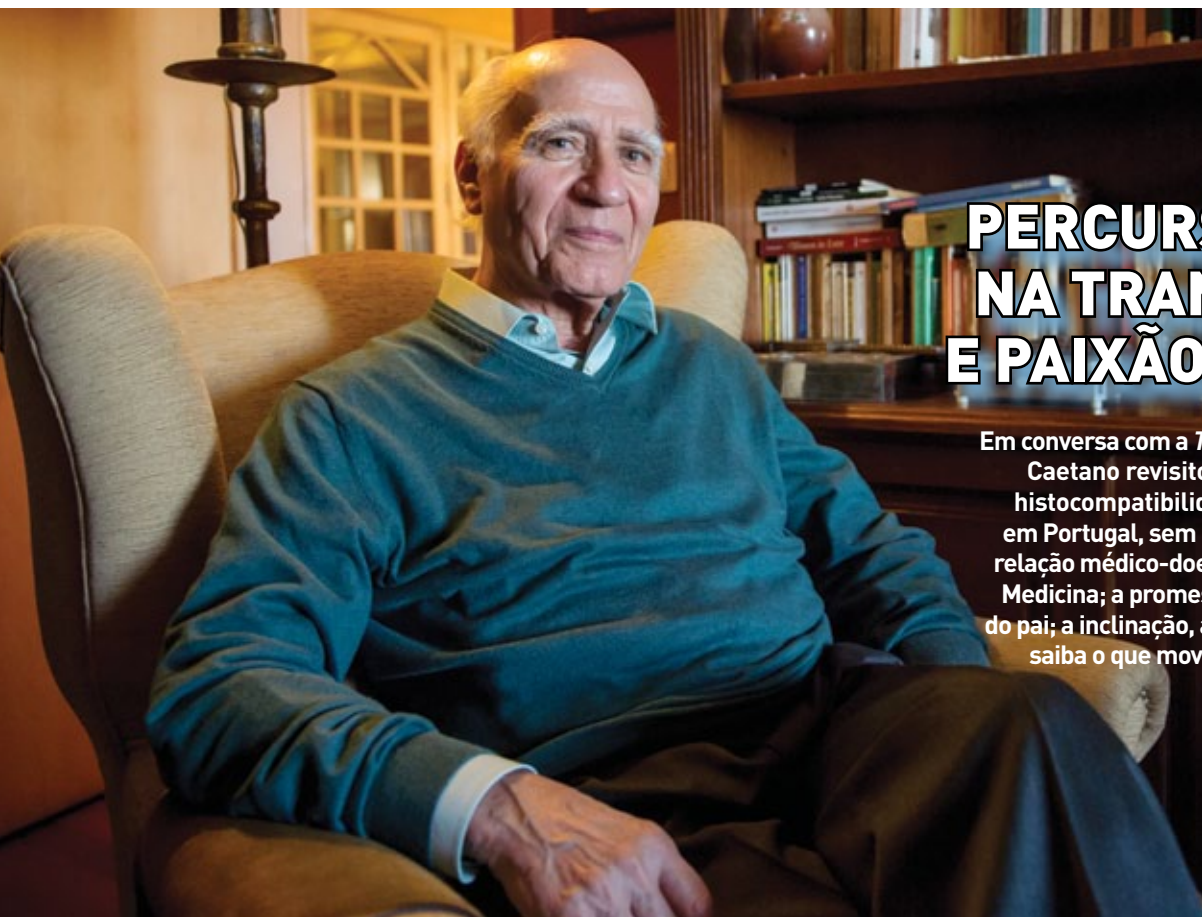
## O BOM EXEMPLO DE TRÁS-OS-MONTES NO SEGUIMENTO PÓS-TRANSPLANTE

Em entrevista, a Dr.ª Teresa Morgado, diretora do Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, fala sobre a Consulta de Acompanhamento Pós-transplante Renal. Em funcionamento há já 23 anos, esta é a maior das quatro consultas de seguimento que existem em Portugal fora dos hospitais com unidades de transplantação (as outras situam-se em Castelo Branco, na Madeira e nos Açores) Pág.8



## PERCURSO MARCANTE NA TRANSPLANTAÇÃO E PAIXÃO PELAS ARTES

Em conversa com a *TransMissão*, o Prof. Joaquim Machado Caetano revisitou o seu trajeto notável nas áreas da histocompatibilidade e transplantação e do VIH/SIDA em Portugal, sem nunca perder de vista o seu «chão»: a relação médico-doente. Os caminhos que o conduziram à Medicina; a promessa, cumprida, de ser médico na terra do pai; a inclinação, agora mais alimentada, para as artes: saiba o que moveu e move este médico, pintor e poeta Pág.22





# SUMÁRIO

## APONTAMENTOS

5. Prémio e Bolsa da SPT incentivam produção científica

## VOZ ATIVA

6. Entrevista com a Dr.ª Teresa Morgado sobre a Consulta de Seguimento Pós-transplante Renal do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

## IN VIVO

8. Reportagem no Banco de Tecidos Ósseos do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

## TransFORMAR

10. Lançado sob a chancela da SPT e editado pela Bertrand, o livro *Uma Vida, Duas Vidas...* compila relatos emotivos de 23 médicos dedicados à transplantação

14. Balanço do V Curso de Transplantação Renal, que contou com vários formadores de Espanha

16. Antevisão da participação nacional no XVI Congresso Luso-Brasileiro de Transplantes (18 a 21 de outubro, em Foz de Iguaçu, Paraná)

## EM ANÁLISE

20. Dados da transplantação renal em 2016, segundo o Registo do Tratamento da Doença Renal Crónica Terminal da Sociedade Portuguesa de Nefrologia

## RETRATO

22. O distinto percurso do Prof. Joaquim Machado Caetano nas áreas da histocompatibilidade e transplantação e do VIH/SIDA

# Um ano de dedicação e atividade

Este número da *TransMissão* surge um ano após o início da atividade desta Direção. Durante este período, mantivemos a SPT ativa e chamámos a atenção para os problemas diários que os profissionais da transplantação enfrentam. O aumento do número de órgãos colhidos e de transplantes efetuados no ano de 2016 traduz, como sempre afirmámos, a dedicação das equipas de colheita e das unidades de transplantação. A atual Direção da SPT mantém o compromisso de continuar a colaborar com as instituições oficiais, avançando com propostas para soluções. Continuamos a lembrar que a Lei de Alocação de Órgãos necessita de revisão e atualização urgentes e, mais uma vez, afirmamos que é necessário avançar com propostas.

O grande evento de 2016 foi, sem dúvida, o XIII Congresso Português/XV Congresso Luso-Brasileiro/II Encontro Ibérico de Transplantação, que decorreu no Porto e foi um sucesso, com um número de participantes e de trabalhos enviados e apresentados que ultrapassou as expectativas, tendo em consideração a crescente dificuldade em conseguir apoios da indústria farmacêutica. Apesar disso, o entusiasmo dos participantes dos países envolvidos fez deste evento um sucesso e permitiu a troca frutuosa de experiências e de conhecimentos entre os diversos intervenientes.

Este ano, o XVI Congresso Luso-Brasileiro de Transplantes será no Brasil, de 18 a 21 de outubro, e esperamos manter uma participação digna, contribuindo para o sucesso da relação que a SPT mantém, desde longa data, com a Associação Brasileira de Transplante de Órgãos (ver pág. 16). Outro evento importante, e que corresponde ao papel formativo que achamos que a nossa Sociedade deve ter, foi o V Curso de Transplantação Renal, que decorreu entre 8 e 10 de junho, em Monte Real, Leiria (pág.14).



É de assinalar também o lançamento do livro *Uma Vida, Duas Vidas...*, que resulta da colaboração de vários colegas, que transmitiram, de uma forma muito emotiva, as suas vivências como profissionais e com os doentes (pág.10). Esperamos que este livro seja um sucesso e lembramos que os direitos de autor reverterem a favor da SPT, que aplicará o valor angariado para financiar a sua Bolsa de Investigação – Século XXI. Não termino sem deixar o convite para que participem na Reunião Nacional da SPT que vamos organizar nos dias 24 e 25 de novembro próximo, no TRYP Lisboa Caparica Mar Hotel, na Costa de Caparica, com temas que, com certeza, serão do interesse de todos.

**Colaborem connosco, pois a qualidade e o sucesso da transplantação em Portugal dependem da participação de todos!**

Susana Sampaio  
Presidente da SPT

## ÓRGÃOS SOCIAIS DA SOCIEDADE PORTUGUESA DE TRANSPLANTAÇÃO (2016-2019)

### DIREÇÃO

**Presidente:** Susana Sampaio (Porto)

**Vice-presidente:** Jorge Daniel (Porto)

**Tesoureira:** Cristina Jorge (Lisboa)

**Vogais:** André Weigert (Lisboa), David Prieto de la Plaza, Fernando Macário e Pedro Nunes (Coimbra)

### ASSEMBLEIA-GERAL

**Presidente:** La Salete Martins (Porto)

**Vogais:** Rui Filipe (Castelo Branco) e Manuela Almeida (Porto)

### CONSELHO FISCAL

**Presidente:** Alice Santana (Lisboa)

**Vogais:** Inês Castro Ferreira e Carla Damas (Porto)

## FICHA TÉCNICA

### PROPRIEDADE:



**Sociedade Portuguesa de Transplantação**  
Av. de Berna, n.º 30, 3.ºF • 1050-042 Lisboa  
Tel.: (+351) 220 164 206 / 933 205 201  
E-mail: secretariado@spt.pt  
Website: www.spt.pt

Publicação isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 6 de junho, artigo 12.º, 1.ª alínea

### EDIÇÃO:



**Esfera das Ideias, Lda.** Campo Grande, n.º 56, 8.º B  
1700-093 Lisboa • Tel.: (+351) 219 172 815 / (+351) 218 155 107  
geral@esferadasideias.pt • www.esferadasideias.pt • EsferaDasIdeiasLda  
**Direção:** Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)  
**Marketing e Publicidade:** Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)  
**Coordenação editorial:** Luís Garcia (lgarcia@esferadasideias.pt)  
**Redação:** Luís Garcia, Marisa Teixeira, Rui Alexandre Coelho e Sandra Diogo  
**Fotografia:** João Ferrão • **Design e paginação:** Susana Vale

### PATROCINADORES DESTA EDIÇÃO:



Depósito Legal: 365266/13



## GRAVIDEZ EM FOCO NO DIA DO TRANSPLANTE

Este ano, o Dia do Transplante, celebrado a 20 de julho, terá como tema «Transplante e gravidez» e contará com uma sessão de esclarecimento dirigida a profissionais de saúde, população em geral e doentes, que vai decorrer nas instalações do Porto da Associação Nacional de Jovens Empresários (ANJE). De acordo com a Dr.<sup>a</sup> Susana Sampaio, presidente da SPT, «este tema foi escolhido pela relevância de desmistificar algumas ideias», até porque a possibilidade de engravidar depois de um transplante é uma questão colocada por muitas mulheres, principalmente as mais jovens, na consulta de pré-transplante. «A gravidez pode não ser aconselhada em algumas situações, mas, regra geral, não constituirá um problema, desde que exista um adequado acompanhamento da mulher transplantada», ressalva Susana Sampaio.

Para que não haja gravidezes com risco no pós-transplante, «é importante que esta seja uma decisão programada e que as famílias estejam informadas sobre os riscos e as alterações terapêuticas necessárias, porque alguma medicação imunossupressora não está indicada na gravidez», explica a presidente da SPT. Depois de uma palestra sobre este assunto, proferida pela Dr.<sup>a</sup> Maria São José Pais, responsável pela Consulta de Nefro-obstetrícia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, uma mulher que foi mãe depois do transplante vai partilhar o seu testemunho. Decorrerão também um almoço-convívio, uma caminhada organizada em parceria com o Grupo Desportivo de Transplantados de Portugal e a plantação da simbólica árvore da vida.



## COLABORAÇÃO REFORÇA IMPORTÂNCIA DO EXERCÍCIO FÍSICO

Um estilo de vida saudável, no qual se inclui a prática de exercício físico regular, é essencial não só para os doentes transplantados, como forma de evitar os malefícios do sedentarismo e de minimizar os efeitos secundários dos imunossuppressores, como para os doentes à espera de transplante. Nesse sentido, a Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT) estabeleceu uma parceria com o Grupo Desportivo de Transplantados de Portugal (GDTP), que

se tem traduzido em diversas iniciativas, desde sessões de esclarecimento a ações de formação, até à organização de atividades desportivas, como caminhadas.

**Algumas iniciativas conjuntas programadas para o segundo semestre deste ano são: uma caminhada no âmbito das comemorações do Dia do Transplante (20 de julho);** a mesa-redonda «Prescrição de exercício físico na transplantação», em Lisboa, no mês de outubro; o seminário «A importância do

exercício físico no pré e pós-transplante», no Porto, em novembro; um evento alusivo ao tema «Dopagem na Transplantação», em Lisboa, no mesmo mês; a caracterização da população transplantada em termos de atividade e sedentarismo; e a participação nas recomendações nacionais de promoção da atividade física junto dos transplantados, em colaboração com o Instituto Português do Desporto e da Juventude.

**Outro acontecimento que merece especial destaque é a segunda edição da Caminhada & Corrida de Agradecimento ao Dador, que decorrerá no dia 1 de novembro, no Parque das Nações, em Lisboa.** «Os objetivos desta ação passam por agradecer ao dador de órgãos, sensibilizar as pessoas para a doação, agradecer publicamente às entidades responsáveis pelo transporte de órgãos para transplante e, sobretudo, incentivar e consciencializar para a importância da prática de exercício físico», esclarece Sofia Santos, presidente do GDTP. As receitas da iniciativa destinam-se a apoiar o desenvolvimento do plano de atividades deste grupo que promove o exercício físico e o desporto na população transplantada e candidata a transplante, nomeadamente nas áreas de educação, formação, investigação, lazer e competição.





## TRANSPLANTE E IMPLANTE DE CORAÇÃO INÉDITOS EM PORTUGAL

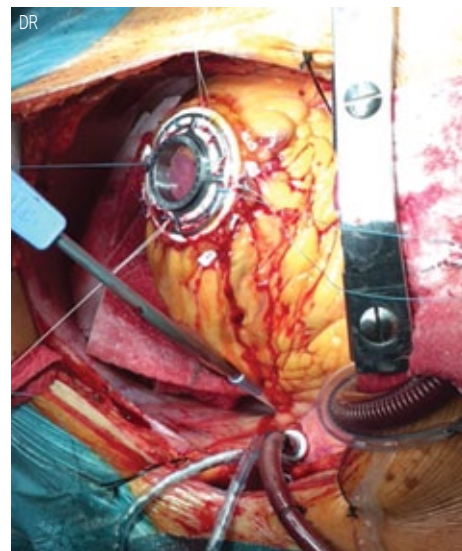
O Serviço de Cirurgia Cardiorádica do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de Santa Marta tem sido alvo de atenção pelas melhores notícias: a realização do primeiro implante de «coração artificial» e do primeiro transplante cardíaco num recém-nascido em Portugal.

Um homem de 64 anos, impedido de receber um transplante por sofrer de insuficiência renal grave, recebeu um «coração artificial» no dia 6 de março deste ano. De acordo com o Prof. José Fragata, diretor daquele Serviço, trata-se de «um dispositivo de assistência ventricular que, neste caso, apoia o ventrículo esquerdo, o que pressupõe que o doente tenha uma função cardíaca direita preservada».

Na verdade, «o “coração artificial” é uma bomba muito diferenciada, que funciona por levitação magnética, aspira o sangue da ponta esquerda do coração e injeta-o na aorta, estando ligada por uma *drive line* com 4 mm de espessura, que sai pela parede abdominal do doente e liga-se a um conjunto de baterias». Com uma autonomia de cerca de 17 horas, estas baterias asseguram a energia necessária para a bomba funcionar. Apesar de a equipa ter ficado, obviamente, satisfeita, José Fragata sublinha que o objetivo é dar continuidade a esta intervenção, pois, «entre as 20 a 30 pessoas que esperam por um transplante cardíaco, algumas poderão ser candidatas



Sistema HeartMate 3® completo antes do implante (acima) e imagem intraoperatória da implantação deste aparelho no ventrículo esquerdo (à direita)



ao implante de “coração artificial”, que tem um grau de complexidade moderado».

No que respeita ao transplante cardíaco efetuado num recém-nascido, em setembro de 2016, «o facto de se tratar de uma bebé tão pequenina, com 70 dias e 2,3 quilos, visto ter nascido prematura, aumentou o desafio», refere José Fragata. A pedido de um hospital do Porto, o objetivo inicial era colocar-lhe um coração artificial externo, enquanto aguardava por um dador. «Esta bebé estava em insuficiência cardíaca global congestiva, devido a uma cardiomiopatia, e precisava de um co-

ração com urgência. A solução artificial seria complicada, devido ao baixo peso da criança, e, possivelmente, teríamos de esperar.»

Todavia, uma semana depois de José Fragata ter observado a bebé, surgiu um coração compatível e foi efetuado o transplante. «A cirurgia em si não é complexa, mas foi exigente por se realizar numa criança muito pequena. Nestes casos, tudo é mais delicado, do trabalho anestésico ao cirúrgico, bem como o seguimento após a cirurgia», salienta o responsável, rematando que este «foi mais um passo na ousadia do desenvolvimento».

## DR. JORGE PAULINO AVENTURA-SE NA ESCRITA DE FICÇÃO



Um Mergulho no Muxito é o primeiro romance do Dr. Jorge Paulino, cirurgião geral na Unidade de Transplantação do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral, publicado pela Chiado Editora, em março deste ano. «Se Joe Polk não tivesse visitado o navio-escola *Sagres*, da Marinha Portuguesa, naquela tarde soalheira de 25 de Abril de 2000, no porto de Norfolk, Virgínia, nunca teria sido sacudido pelas recordações mais amargas da sua infância atribulada, em que presenciou o bárbaro assassinato dos pais [...]». É desta forma que se inicia a sinopse deste livro com 394 páginas e que, segundo o autor, «surgiu fortuitamente».

«Por curiosidade, ao fazer uma pesquisa na Internet sobre o Hotel do Muxito, onde cheguei a passar férias com os meus pais, encontrei factos que achei que poderiam dar uma boa história. Pensei em escrever um conto, mas, quando me apercebi, já estava a um terço do que viria a ser este livro e tive de continuar», revela Jorge Paulino, que, apesar de ter o gosto da escrita, nunca se aventurara antes no registo ficcional. Será para continuar de ora em diante? «Quando as opiniões são, de forma geral, positivas, sentimo-nos motivados a repetir a experiência», responde. Apesar do pouco tempo que resta para além da absorvente atividade profissional, o cirurgião não põe de parte a escrita de uma nova obra de ficção.

# SPT CONCEDE INCENTIVOS À PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Com o intuito de estimular a investigação nesta área, a Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT) procedeu à remodelação das bolsas atribuídas anteriormente e instituiu dois apoios: o Prémio de Apoio à Publicação de Artigos Científicos SPT/Novartis e a Bolsa de Investigação SPT – Século XXI.

Os vencedores do prémio, que conta com o apoio da farmacêutica Novartis, serão anunciados nas edições do Congresso Luso-Brasileiro de Transplantação que decorrem em Portugal (de dois em dois anos), como será o caso em 2018, ou em outras reuniões nacionais da SPT a definir. Com um valor de 2 500 euros, este prémio será distribuído, no máximo, pelos melhores cinco artigos. De frisar que pelo menos um dos autores terá de ser sócio da SPT há dois anos, no mínimo, e que os originais dos artigos candidatos deverão ser enviados em formato PDF para o e-mail [secretariado@spt.pt](mailto:secretariado@spt.pt), até 30 de setembro de cada ano.

O formato, o endereço de correio eletrónico e a data-limite das candidaturas para a Bolsa de Investigação SPT – Século XXI serão os mesmos. Esta Bolsa, cujo montante é de 10 000 euros, servirá para subsidiar a



realização de trabalhos de investigação na área da transplantação. Os projetos serão analisados por uma comissão científica nomeada anualmente para o efeito e o vencedor será anunciado na Reunião da SPT ou no Congresso Luso-Brasileiro de Transplanta-

ção, que decorrem alternadamente no nosso país. Mediante a apresentação anual de relatórios financeiros e de execução, o valor será entregue em tranches e os resultados dos projetos vencedores deverão ser apresentados nas reuniões científicas da SPT.



No 18<sup>th</sup> Congress of the European Society for Organ Transplantation (ESOT), que terá lugar em Barcelona, entre 24 e 27 de setembro deste ano, a Sociedade Portuguesa de Transplantação vai estar representada com um *stand* que, sobretudo, terá por objetivo divulgar os seus próximos eventos e iniciativas. A Dr.<sup>a</sup> Susana Sampaio avança também que, tal como as restantes sociedades científicas europeias desta área, a SPT será *sponsor* do *Stronger Together Pro Award*, um galardão atribuído aos melhores *abstracts* apresentados nesta reunião anual da ESOT.

Além disso, a presidente da SPT vai participar na Reunião de Presidentes, na qual acredita que assistirá a «uma interessante partilha de experiências entre especialistas em transplante oriundos de vários países da Europa, tanto no âmbito científico quanto no que diz respeito ao cargo de representantes das várias sociedades científicas nacionais».

Preservação de órgãos, avanços tecnológicos, valores e custos científicos dos cuidados aos doentes transplantados e limites da doação em vida serão alguns dos temas debatidos ao longo do 18.º Congresso da ESOT, que tem como lema «*Transplantation BigBang*».

Barcelona». Na nota de boas-vindas que introduz o programa científico já disponível *online* (<http://esot2017.esot.org>), os presidentes do evento, Prof. Valentín Cuervas-Mons e Dr. Antonio Román, avançam: «O Congresso incluirá a maioria dos *hot topics* da transplantação moderna, como a medicina personalizada, os grandes dados da transplantação e os desafios da inovação. Também relevantes serão as sessões dedicadas à clínica e à imunologia da transplantação de órgãos sólidos. Merece ainda destaque a atualização sobre as novas tecnologias nesta área e a ponderação entre reutilizar ou criar novos órgãos.»



## «O NÚMERO DE DOENTES QUE SEGUIMOS E A NOSSA EXPERIÊNCIA TÊM SUBIDO A PAR E PASSO»



Embora não tenha unidade de transplantação, o Serviço de Nefrologia do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) dispõe da Consulta de Acompanhamento Pós-transplante Renal há já 23 anos. Em entrevista, a diretora deste Serviço, Dr.ª Teresa Morgado, elenca as múltiplas vantagens deste exemplo de aposta na descentralização, principalmente para os doentes, que podem assim evitar deslocações de muitos quilómetros para irem às consultas de seguimento pós-transplante.

Luís Garcia e Rui Alexandre Coelho

### Pode falar-nos um pouco sobre a história da Consulta de Acompanhamento Pós-transplante Renal do CHTMAD?

Esta consulta surgiu em janeiro de 1994, quando iniciei a minha atividade como nefrologista no CHTMAD. Nessa fase, já tinha bastante experiência em transplantação renal, pois a minha formação nefrológica prévia decorreu numa das maiores unidades de transplante renal portuguesas: a do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António [CHP/HSA]. Ao chegar a Vila Real, percebi que o meu contributo seria uma mais-valia para os doentes da região e também para a minha própria evolução profissional, uma vez que poderia continuar esta atividade.

O Serviço de Nefrologia e a Unidade de Transplantação Renal do CHP/HSA foram muito abertos à hipótese de criar esta Consulta de Pós-transplante no CHTMAD, pelo que elaborámos logo um protocolo de seguimento dos doentes entre serviços. Ficou determinado que poderíamos seguir doentes para além dos seis meses pós-transplante, que anualmente haveria uma referência ao doente à unidade onde realizou o transplante e que teríamos a retaguarda da Unidade de Transplantação Renal do CHP/HSA para situações mais complicadas de resolver a nível local. Iniciar esta consulta foi uma experiência pioneira em Portugal Continental, pois, nas ilhas, já existia esta resposta.

### Que balanço faz desse protocolo estabelecido em 1994 com o Centro Hospitalar do Porto?

O protocolo teve sucesso ao ponto de ser alargado, nos mesmos moldes de colaboração, a outras unidades de transplantação renal. Os doentes de Trás-os-Montes e Alto Douro transplantados no Centro Hospitalar de São João, no Porto, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e em unidades da capital, como a do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental/Hospital de Santa Cruz, puderam passar a ser seguidos no nosso Serviço. É também de destacar que temos efetuado seguimento clínico de doentes transplantados no estrangeiro, pois esta é uma zona de grande emigração e, quando esses cidadãos voltam a Portugal, são seguidos aqui.

### Como funciona a Consulta de Acompanhamento Pós-transplante Renal?

Organizámo-nos de modo a que qualquer doente seja visto, antes de mais, na consulta de enfermagem protocolada, durante a qual responde a um breve questionário sobre a sua adesão à terapêutica e os seus hábitos dietéticos e medicamentosos, seguindo-se a consulta médica. Desde o início desta Consulta de Acompanhamento Pós-transplante Renal, adotámos uma organização em que

o doente segue um circuito hospitalar que começa com as colheitas para análises na manhã em que chega, de modo a que, pelo menos até final da consulta médica, estejam disponíveis os resultados analíticos indispensáveis para avaliar a sua situação e proceder-se às alterações terapêuticas que sejam necessárias, nomeadamente ao nível da imunossupressão. Ao longo dos anos, o número de doentes que seguimos e a nossa experiência têm subido a par e passo. Atualmente, esta consulta realiza-se em três manhãs por semana e é assegurada por mim e outros médicos do Serviço de Nefrologia, principalmente o Dr. Rui Castro e a Dr.ª Catarina Prata.

#### **Houve, desde o início, um entendimento de todos os envolvidos de que esta seria uma aposta ganha?**

Sem dúvida! Um dos aspetos em que fomos bem-sucedidos passou pela compreensão que os vários conselhos de administração tiveram sobre a importância desta consulta, nomeadamente para os doentes de uma região como Trás-os-Montes, que fica geograficamente distante das cidades do Litoral, onde se concentram as unidades de transplantação. Os administradores compreenderam ainda a nossa preocupação de que uma consulta de pós-transplante renal constituiria uma marca de diferenciação do Serviço de Nefrologia e do nosso hospital, além de que seria importante para a motivação dos profissionais e respetiva fixação, nomeadamente dos médicos internos, que passámos a receber entretanto.

### **«Os doentes sentem-se seguros, pois sabem que não perderam os laços com a unidade onde realizaram o transplante e que serão facilmente reorientados para um segundo transplante, se for necessário»**

#### **O Conselho de Administração do CHTMAD apoiou sempre esta valência?**

O custo acrescido que estes doentes representam, devido ao peso financeiro dos imunossuppressores, foi sempre apontado por vários serviços de Nefrologia e instituições hospitalares como um entrave à implementação deste tipo de consultas. No entanto, no nosso caso, à data de criação da Consulta de Acompanhamento Pós-transplante Renal, o Conselho de Administração adotou uma posição algo inovadora, decidindo que a melhor forma de controlar esses custos era fazer com que os principais imunossuppressores fossem fornecidos pela própria farmácia hospitalar. Ao longo dos anos, esta consulta ficou perfeitamente formalizada e o próprio circuito farmacêutico interno passou a faturar às instâncias do Ministério da Saúde que, depois, têm de reverter o custo. Na realidade, para nós, esse problema deixou de existir.

#### **Referiu que esta valência beneficia os internos. Em que medida?**

Apesar de não dispormos de uma unidade de transplantação, ter esta consulta e assumir o internamento dos doentes transplantados, que seguimos durante as suas várias intercorrências e complicações, inclusive realizando biópsias de enxerto renal quando necessário, são mais-valias para os internos que fazem a sua formação específica no Serviço de Nefrologia do CHTMAD. As tarefas que aqui desenvolvem ajudam os internos a sentir-se mais preparados para lidar com as patologias inerentes ao transplante renal, quando fazem a sua valência específica e obrigatória de seis meses numa unidade de transplantação.

## **NÚMEROS**

- **15%** das quase 10 000 consultas realizadas pelo Serviço de Nefrologia do CHTMAD anualmente são de pós-transplante renal
- **270** doentes transplantados foram seguidos (número cumulativo)
- **160** doentes ativos são seguidos por ano
- **75 a 90** doentes transplantados observados em internamento, por ano

#### **Da parte dos doentes, que feedback têm recebido?**

Numa primeira fase, os doentes até se sentem mais seguros, pois sabem que não perderam os laços com a unidade onde realizaram o transplante. Depois, também sabem que, ao longo dos anos, já tivemos muitos doentes que perderam o seu transplante, por diferentes motivos, e foram facilmente reorientados para um segundo transplante. Por isso, penso que as nossas relações com os doentes e as unidades de transplantação têm sido bem conseguidas.

#### **Quais as principais intercorrências que é necessário controlar nas consultas de seguimento pós-transplante?**

São, sobretudo, a rejeição do enxerto, as complicações infecciosas e as disfunções agudas por desidratação e decorrentes de outros quadros clínicos mais banais. Também fundamental é a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das complicações a longo prazo, como as cardiovasculares e neoplásicas. Na verdade, damos apoio a qualquer doente internado nos vários serviços. Um hospital onde existe um Serviço de Nefrologia que segue doentes transplantados passa a ter outro à-vontade para intervir sobre estes casos nas várias especialidades médicas e cirúrgicas.

#### **Apesar de esta consulta já existir há 23 anos e com sucesso, o exemplo do CHTMAD não tem sido seguido noutros pontos do país. Como é que isso se explica?**

De facto, há muitos doentes que têm de percorrer distâncias significativas para irem à consulta de seguimento pós-transplante, o que é dispendioso e muito cansativo. Nesse sentido, há poucos anos, a Sociedade Portuguesa de Transplantação [SPT] e o Ministério da Saúde mostraram interesse em dinamizar a transferência pós-transplante para os serviços de Nefrologia onde os doentes eram previamente seguidos, até para diminuir os custos associados ao seu transporte. Nessa altura, o nosso Serviço participou numa reunião em Lisboa, patrocinada pela SPT, na qual apresentou esta experiência, que já era praticamente de duas décadas.

Da parte das unidades de transplantação e de alguns serviços de Nefrologia não transplantadores, sentiu-se um entusiasmo, creio que genuíno, mas, não sei se pela inércia própria do sistema português que é sentida em muitas áreas, passados alguns anos, a situação não mudou muito. Além da nossa Consulta de Seguimento Pós-transplante Renal e das duas que já existiam na Madeira e nos Açores, só há uma outra, na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, mas que nunca foi tão desenvolvida como a nossa. Lamento que assim seja, sobretudo pelos doentes. 🏥



**EQUIPA** (da esq. para a dta.): Prof. Fernando Judas (coordenador do Banco de Tecidos Ósseos do CHUC), Ulisses Fernandes (assistente operacional), Enf.<sup>a</sup> Eugénia Catarina, Enf.<sup>a</sup> Celeste Francisco (responsável pela qualidade), Dr. Rui Dias (responsável pelo Sistema de Qualidade), Enf.<sup>a</sup> Maria do Rosário Lopes e Prof. Fernando Fonseca (diretor do Serviço de Ortopedia do CHUC)

## RIGOR E DEDICAÇÃO NO TRANSPLANTE DE ALOENXERTOS DO APARELHO LOCOMOTOR

A história do Banco de Tecidos Ósseos do Serviço de Ortopedia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) está intimamente ligada à transplantação de osso em Portugal. Com uma atividade que já conta 35 anos, é fruto do empenho e da dedicação da equipa que esta estrutura tem conseguido garantir cada vez maior segurança e qualidade no transplante de aloenxertos ósseos e ligamentares.

Sandra Diogo

Encontramo-nos com o Dr. Rui Dias à porta do edifício principal do CHUC para nos acompanhar na longa subida até ao bloco que abriga o Banco de Tecidos Ósseos (BTO). Logo pelo caminho, este ortopedista não resiste em começar a contar a história desta estrutura, cuja responsabilidade pelo Sistema de Qualidade assumiu em 2004. «Foi a partir da 2.<sup>a</sup> Guerra Mundial, dada a necessidade de resolver alguns problemas de traumatologia, que se começou a dar grande importância clínica à transplantação de osso. Mas, em Portugal, essa atividade só teve início em 1982, resultado do interesse e do carinho do primeiro diretor do Serviço de Ortopedia de CHUC, o Prof. Norberto Canha», recorda.

Após uma reestruturação das instalações em 1993, foi em 2012/2013 que uma nova remodelação deixou o BTO nos moldes de funcionamento atuais. «A grande mudança registada ao longo destes anos prende-se com a segurança da aplicação dos aloenxertos, que, por força das leis comunitárias, exigiu maior preocupação», analisa Rui Dias, salientando que, felizmente, têm contado com o apoio do Conselho de Administração do CHUC e da Tutela neste esforço de modernização.

Pioneiro em Portugal na colheita, preparação e aplicação de aloenxertos do aparelho locomotor de origem humana, o BTO tem disponibilizado tecidos para cirurgia reconstrutiva do sistema musculoesquelético, neurocirurgia, cirurgia maxilofacial e oftalmológica,

assim como aloenxertos esponjosos granulados e diafisários corticais liofilizados e irradiados com raios gama. «Além disso, atualmente, dispomos de enxertos ósseos e osteocartilagíneos criopreservados (de todos os tipos, formas e dimensões), enxertos tendinosos, fascia lata e meniscos do joelho», explica o ortopedista.

Neste momento, existe um equilíbrio entre as necessidades e a oferta de aloenxertos. Ainda assim, na opinião do responsável pelo Sistema de Qualidade, essa proporção não é muito segura, já que a colheita de vários tecidos não é igual em todas as idades. «Se a colheita de osso pode ir até uma idade mais avançada (60/65 anos), a de ligamentos e de menisco só é recomendável até uma faixa etária menor (45/50 anos). No entanto, hoje em dia, as colheitas são feitas, maioritariamente, em doadores mais velhos.» Não obstante, como, de acordo com a legislação atual, «os serviços que solicitam aloenxertos têm de estar autorizados pela Tutela, isso faz com que todo o processo seja relativamente fácil», tranquiliza Rui Dias.

O BTO é constituído por um diretor (o mesmo do Serviço de Ortopedia do CHUC), um coordenador (ortopedista), um responsável pelo Sistema de Qualidade (ortopedista), um responsável pelas operacionalidades e uma enfermeira que garante a qualidade ao nível dos cuidados de Enfermagem. A estes profissionais, acresce toda a equipa de colheita, composta por médicos e enfermeiros também do Serviço de Ortopedia



e com elevada experiência de bloco operatório, num total de cerca de 30 pessoas. O BTO conta ainda com a colaboração dos internos que passam pelo Serviço de Ortopedia e que, de forma voluntária, fazem parte do grupo de colheitas e preparação, «mas só a partir do meio do Internato Complementar, quando já têm alguma qualidade cirúrgica que permite a execução destas tarefas», alerta Rui Dias.

Dada a especificidade do trabalho levado a cabo pelos profissionais do BTO, há programas de formação contínua criados em consonância com a Tutela, contendo conteúdos adaptados aos diferentes membros da equipa. Além disso, «existe um manual de procedimentos que descreve todas as tarefas e atividades realizadas, desde os critérios para a seleção de dadores aos procedimentos utilizados na manipulação dos tecidos, passando pelos ensinamentos de manutenção e calibração dos equipamentos», destaca o especialista.

Paralelamente, o BTO tem estado ligado a projetos de investigação, nomeadamente em parceria com a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, o Centro de Neurociências e Biologia Celular da Universidade de Coimbra (UC) e o Departamento de Engenharia Química da Faculdade de Ciências e Tecnologia da UC. Com esta última instituição, o projeto em curso visa o desenvolvimento de um sistema de libertação prolongada e localizada de antibiótico. Já em parceria com a área de Medicina Dentária da Faculdade de Medicina da UC está a decorrer um estudo clínico sobre o papel dos aloenxertos ósseos congelados na regeneração do osso maxilar e mandibular.

### CONDIÇÕES *SINE QUA NON*: SEGURANÇA E QUALIDADE

Segundo Rui Dias, a grande mais-valia do BTO reside em dois pilares: «Uma equipa com elevados princípios de solidariedade, que consegue vencer as várias dificuldades que vão surgindo no dia a dia, e uma robusta experiência, resultante dos 35 anos de trabalho em colheita e aplicação de tecidos ósseos.» Apesar disso, o responsável pelo Sistema de Qualidade garante que há sempre aspetos a melhorar, frisando a necessidade de melhores instalações e mais recursos humanos na área logística e na equipa médica.

Estas melhorias são tanto mais pertinentes quanto a eficácia clínica dos aloenxertos do aparelho locomotor está comprovada, com a resultante crescente procura e utilização de aloenxertos ósseos e osteocartilagíneos, particularmente para reconstrução de defeitos ósseos causados por descolamentos asséticos de artroplastias e por excisão tumoral, apesar de existirem soluções alternativas. Neste contexto, Rui Dias destaca que as preocupações de toda a equipa residem na segurança e na qualidade de todos os tecidos colocados à disposição de médicos e recetores pelo BTO.


«O risco de transmissão de doenças aos recetores é remoto, se forem cumpridos os protocolos de seleção dos dadores, da colheita e do controlo microbiológico dos aloenxertos; se for efetuado o rastreio serológico adequado e realizada a quarentena, consoante a legislação em vigor», alerta o ortopedista. Assim, após a colheita, que é efetuada em ambiente cirúrgico, numa situação de recolha multiorgânica (que inclui diversos líquidos para análise), as peças ficam de quarentena

### OBJETIVOS DO BANCO DE TECIDOS ÓSSEOS DO CHUC

- Suprir as necessidades de aloenxertos do aparelho locomotor a nível nacional;
- Promover a melhoria dos procedimentos de colheita e transplante dos tecidos;
- Estimular a investigação;
- Contribuir para o desenvolvimento e a manutenção de uma prática uniformizada entre os vários bancos de tecidos ósseos europeus;
- Facilitar o intercâmbio de informação entre os diferentes bancos desta área;
- Fornecer oportunidades de discussão sobre todos os aspetos relacionados com a recolha de tecidos ósseos;
- Implementar a educação e o treino em banco de tecidos ósseos.

em arcas frigoríficas. Quando estão reunidas todas as condições, são então colocadas numa outra arca para, posteriormente, serem disponibilizadas. «Este processo demora cerca de dois meses, um tempo que também permite a obtenção dos resultados analíticos do recetor.»

A aposta na melhoria contínua dos serviços prestados é também uma prioridade para a Enf.<sup>a</sup> Celeste Francisco, responsável pela qualidade do BTO há cerca de cinco anos. Com um passado ligado à colheita e à transplantação, esta profissional desabafa que os principais desafios que enfrenta diariamente relacionam-se com as condicionantes das instalações. «Necessitamos de uma sala mais adaptada à exigência do processamento destes tecidos, mas isso implica um grande investimento financeiro. De qualquer forma, temos as condições necessárias e exigidas pela Direção-Geral da Saúde», garante.

Reconhecendo que, nos últimos anos, houve mudanças que contribuíram para a excelência do trabalho, porque «obrigaram a grandes alterações de comportamentos, rastreabilidade, qualidade dos equipamentos e segurança microbiológica dos enxertos», Celeste Francisco frisa que o objetivo é trabalhar sempre melhor. A grande aposta para 2017 é conseguir a certificação n.º 9001-2015 da International Organization for Standardization (ISO), que garantirá o reconhecimento internacional do Sistema de Gestão da Qualidade do BTO. 



Até serem solicitadas para transplante, as peças colhidas pelo Banco de Tecidos Ósseos são armazenadas em arcas frigoríficas, onde ficam cerca de dois meses, um tempo que também permite a obtenção dos resultados analíticos do recetor

### NÚMEROS DE 2016

- **181** peças colhidas (ossos e tendões)
- **370** aloenxertos, dos quais **345** validados
- **202** aloenxertos fornecidos para aplicação clínica no CHUC e **58** para entidades externas



ORADORES DA SESSÃO DE APRESENTAÇÃO NA SEDE DA ORDEM DOS MÉDICOS, EM LISBOA: Dr. Eduardo Boavida (diretor editorial da Bertrand), Dr.ª Alexandra Machado (medical manager da Astellas), Prof. Alfredo Mota (ex-diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do CHUC) e Dr.ª Susana Sampaio (presidente da SPT)

## MÉDICOS PARTILHAM HISTÓRIAS MARCANTES DO SEU PERCURSO NA TRANSPLANTAÇÃO

À venda nas livrarias de todo o país desde o final do passado mês de maio, o livro *Uma Vida, Duas Vidas...* é uma compilação inédita de histórias marcantes da transplantação em Portugal narradas por médicos com carreira nesta área. Editada pela Bertrand, esta obra resulta de uma parceria entre a Sociedade Portuguesa de Transplantação (SPT), para a qual revertem as receitas dos direitos de autor, e o laboratório Astellas, que suportou as despesas inerentes à edição. Já os autores, 22 no total, escreveram os seus textos em regime de *pro bono*.

Rui Alexandre Coelho

Presente nas duas sessões de lançamento do livro *Uma Vida, Duas Vidas...*, que decorreram no Porto, na Secção Regional do Norte da Ordem dos Médicos (OM), a 29 de maio, e em Lisboa, na sede da OM, no dia seguinte, a presidente da SPT, Dr.ª Susana Sampaio, explicou que o desafio lançado aos médicos autores foi que privilegiassem a vertente humana da relação médico-doente, mais do que os relatos científicos das suas vivências profissionais. O resultado deixa a SPT «muito satisfeita», pois as histórias compiladas «são transversais às várias áreas da transplantação e a diferentes equipas, desde a colheita à implantação, e têm um cariz muito emocional», afirmou a também autora de um dos contos (*Divagações*), revelando que o montante angariado com as vendas do livro reverterá para Bolsa de Investigação SPT – Século XX, que é anual e tem um valor de 10 000 euros.

Há muitos anos ligado à área da transplantação, o laboratório Astellas esteve na linha da frente deste projeto que empolgou desde o início o seu diretor-geral, Filipe Novais, como garante o próprio. «Na nossa empresa, estamos próximos da realidade do transplante e é impossível não ficarmos sensibilizados», disse o dirigente, jus-

tificando assim a iniciativa de apoiar a edição da obra, que partiu do Departamento Médico. Em entrevista à *TransMissão*, este responsável expressou o desejo de que surja mais literatura sobre Medicina dirigida ao público em geral. Afinal, «a avaliar pelo caso concreto da transplantação, Portugal está ao nível do melhor que se faz no mundo».

### DE SUPER-HERÓIS À DESILUSÃO

Ex-diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), o Prof. Alfredo Mota é um dos autores do livro. É seu o mais extenso dos capítulos, intitulado «A minha história», no qual partilha algumas vivências com doentes e revisita os quase 60 anos de transplantação em Portugal – desde o primeiro transplante realizado a 20 de julho de 1969, pela equipa liderada pelo Prof. Linhares Furtado, seu antecessor no CHUC e outro dos colaboradores do livro, até aos dias que correm.

De acordo com Alfredo Mota, «a Medicina em geral, principalmente nos países anglo-saxónicos, sempre teve a tradição de se mostrar ao público numa linguagem que este entenda, o que traz vantagens



em termos de informação e sensibilização das pessoas». Contudo, «isso não tem acontecido com a transplantação, nomeadamente em Portugal», aponta. Por isso, o urologista considera que esta obra «vai certamente contribuir para o prestígio e o desenvolvimento» de uma área que considera «única» na Medicina em termos de humanização, uma vez que «acrescenta um terceiro elemento à relação médico-doente: o dador».

Destas «histórias muito sofridas» falou também à *TransMissão* a Dr.<sup>a</sup> Isabel Gonçalves, pediatra na Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica do CHUC. «Há momentos em que nos sentimos super-heróis, a salvar crianças no limite, e outros em que nos sentimos de rastos, porque não conseguimos salvar alguém que poderia ser nosso filho ou neto.» No caso que relata no livro, sob o mote «Histórias de gente miúda», esta médica encarnou o papel de super-herói para uma menina com apenas 3 anos e «mau feitio», da Beira Interior, que vivia no campo e, de repente, mudou-se para o hospital.

«Ela esteve seis meses hospitalizada porque, depois do transplante de fígado, precisou de um transplante de medula e, entre os dois episódios, esteve sempre numa situação-limite. Acho que o que a manteve viva foi aquele temperamento de Viriato, aqueles genes que a mantiveram em luta connosco – nós a dizermos “sim” e ela a



## OS AUTORES

Como se pode ler na sinopse, o livro *Uma Vida, Duas Vidas...* reúne «histórias de vida de 22 médicos, dos seus pacientes e dos momentos que os moldaram». «Histórias de esperança, de determinação e de coragem, de quem tem a vida por um fio, nas mãos de um estranho. Histórias de vida transformadas pelo altruísmo de um familiar ou pela desventura de um estranho. Histórias que podiam acontecer a qualquer um de nós.» A hipótese de colaborar neste livro prefaciado pelo psiquiatra e escritor Daniel Sampaio, foi aberta a todos os médicos que se dedicam à área da transplantação. Os que puderam aceder ao repto dentro do tempo pedido são os seguintes:

- Alexandre Linhares Furtado (urologista de Coimbra)
- Alfredo Mota (urologista de Coimbra)
- André Weigert (nefrologista de Lisboa)
- António Guimarães (hematologista de Lisboa)
- António Morais Sarmento (nefrologista do Porto)
- Aníbal Ferreira (nefrologista de Lisboa)
- Arnaldo Figueiredo (urologista de Coimbra)
- Fernanda Trigo (hematologista do Porto)
- Fernando Leal da Costa (hematologista de Lisboa)
- Fernando Nolasco (nefrologista de Lisboa)
- Francisco Remédio (nefrologista de Lisboa)
- Isabel Gonçalves (pediatra de Coimbra)
- Jorge Daniel (cirurgião geral do Porto)
- José Ferrão (cirurgião geral de Coimbra)
- José Fragata (cirurgião cardiotorácico de Lisboa)
- La Salete Martins (nefrologista de Coimbra)
- Leonídio Dias (nefrologista do Porto)
- Manuel Abecasis (hematologista de Lisboa)
- Manuel Antunes (cirurgião cardiotorácico de Coimbra)
- Manuel Magalhães (cirurgião cardiotorácico de Lisboa)
- Rui Alves (nefrologista de Coimbra)
- Susana Sampaio (nefrologista do Porto)



## EXCERTOS

«A 28 de Junho de 1980, deu entrada na urgência dos HUC um jovem do sexo masculino, de 29 anos de idade, vítima de acidente de viação, com um grave traumatismo cranioencefálico. Ingressou no Serviço de Reanimação e aí foi estabelecido o diagnóstico de morte cerebral (...) Dos poucos doentes em diálise já inscritos para transplantação renal foi seleccionada uma receptora de 51 anos de idade. O médico Cândido Ferreira deslocou-se à sua residência para explicar à doente e à sua família todo o processo de transplante renal (...)

A doente, que desejava o transplante, deu o seu acordo, pelo que foi internada no nosso hospital, iniciando a preparação para o transplante renal, que incluiu uma sessão de hemodiálise e, no final, a administração de imunossupressão (...) Esta primeira colheita de rins foi um momento particularmente solene e com alguma intensidade dramática. A curiosidade da inovação era claramente suplantada pela tensão e pelos nervos que a todos dominavam.»

**In «Brevíssimas notas sobre uma grande história... E uma historieta real», de Alexandre Linhares Furtado (pág.36)**

«O nosso mais novo de todos tinha pouco mais de 3 anos quando foi transplantado quase a morrer. Doente praticamente desde o nascimento, nunca tinha comido antes – era alimentado por sonda. Quando lhe demos o primeiro copo de leite, perguntou-nos: “O que é isto?” E o que ele gostava do esparguete! (...) O menino iluminava o serviço com a sua esfuziante alegria de cada vez que vinha à consulta. Mal chegava, estendia logo o bracito para se lhe tirar o sangue (...) Coitadito, sobreviveu pouco mais de três anos, sucumbindo a um linfoma completamente resistente à terapêutica, mas a sua memória continua a perdurar na fotografia pousada no balcão de atendimento.»

**In «Transplantação cardíaca: uma segunda vida», de Manuel Antunes (pág.65)**

«A primeira doente que tratámos, no Natal de 1993, com quimioterapia de alta dose na Unidade para onde eu tinha sido convidado, quase morreu com uma grave pneumonia. Sobreviveu. Está viva e certamente curada. Há momentos em que um acontecimento determina a vida de tantos. Se a primeira tivesse morrido, talvez não tivesse havido

segunda e nunca teríamos chegado aos mais de mil que já foram tratados.»

**In «Recordações da casa dos vivos e que Dostoiévsky me desculpe o abuso», de Fernando Leal da Costa (pág.73)**




dizer “não”», recorda a pediatra. A menina, a quem chama de Princesa Algodão-Doce, acabou por vencer as doenças e, hoje em dia, 24 anos depois, é uma mulher com estado de saúde estável. Isabel Gonçalves continua interessada em saber notícias desta sua antiga doente, agora mais ligadas aos afetos. «Às vezes, quando os meus doentes casam, vêm apresentar-me as namoradas e namorados. Ela ainda não passou por cá, mas imagino que, um dia destes, me venha dizer que se casou.»

**«Há momentos em que nos sentimos super-heróis, a salvar crianças no limite, e outros em que nos sentimos de rastos, porque não conseguimos salvar alguém que poderia ser nosso filho ou neto»**

**Dr.ª Isabel Gonçalves**

## A DÁDIVA DA SOLIDARIEDADE

Atual diretor do Serviço de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos do IPO de Lisboa e também autor do livro *Uma Vida, Duas Vidas...*, com o texto «Uma história particular», o Prof. Manuel Abecasis assume que, de início, «não sabia se iria ter paciência para escrever este conto». Contudo, ficou contagiado pelo «entusiasmo» que lhe foi transmitido pela Dr.ª Alexandra Machado, *medical manager* da Astellas. Sobre a obra no seu todo, considera-a «um excelente testemunho» dos médicos que trabalham nas mais diferentes áreas da transplantação, «trazendo à sociedade civil um conjunto de histórias que marcaram cada um destes profissionais de forma particular».

**Presente na sessão de lançamento que decorreu em Lisboa, o Dr. João Paulo Almeida e Sousa, presidente do Instituto Português do Sangue e da Transplantação, considera que estas histórias à volta de quem precisa de um órgão para sobreviver, ou para viver com qualidade, merecem uma leitura atenta e uma reflexão profunda sobre a essência da doação.** «Há uma matriz muito importante subjacente a esta atividade, designadamente na doação de órgãos, que é a solidariedade. Sublinho essa ideia porque presido a uma instituição que tem na dádiva, quer de sangue quer de órgãos, exatamente essa matriz», disse em declarações à *TransMissão*. 



## EXCERTOS

«Do outro lado da linha, uma voz familiar informa-me que vou receber, transferida de outro hospital, uma jovem doente de 19 anos com uma falência hepática fulminante, resultado do agravamento de uma doença congénita (...). A situação era dramática e só mesmo um transplante de fígado poderia eventualmente permitir que a paciente, ainda uma miúda, continuasse a viver. (...) Ao entardecer do segundo dia, o infortúnio de alguém proporcionou a dádiva suprema que um ser humano pode oferecer a outro: permitir-lhe continuar a viver. (...) Actualmente, a Ana vive e trabalha em Paris, casou com o namorado, que eu já conhecera na altura da sua doença, e tem um saudável filho de 4 anos.»

**In «Um novo amanhecer», de Jorge Daniel (pág.77)**

«Recordo sempre, com alguma emoção, aquela adolescente que, após um transplante bipulmonar, me disse: “Não sei o que vou fazer agora com tanto ar.” É que esta jovem de 16 anos já não se lembrava da sensação de respirar a plenos pulmões, que, se calhar, jamais sentira...

No caso das crianças, particularmente nos bebés, a vitalidade recuperada nunca nos engana sobre o sucesso da intervenção. Muda a cor, muda a viveza do olhar, muda o turgor da pele, a capacidade de se moverem, de se alimentarem e de... sorrirem novamente. No entanto, será nos pais que a esperança renovada, feita agora olhar realizado e gratidão profunda, mais evidente se torna. Curiosamente, estes nunca fazem perguntas sobre a origem da dádiva, antes sim sobre o futuro da criança, agora um filho renascido.»

**In «Uma vontade férrea», de José Fragata (pág.116)**

«Tinha 7 anos e era surda. A doença renal que tinha desde a nascença levava-a à diálise e ao hospital pediátrico onde fazia os seus tratamentos. Filha de um casal com poucos recursos, foi no hospital que aprendeu a “nova vida”. Tive o primeiro contacto com ela quando surgiu a oportunidade de um transplante. (...) Difícil era a comunicação... Tinha medo de todos, excepto de quem lhe era próximo. O transplante lá se realizou, felizmente com sucesso, porém as dificuldades estavam apenas a começar. (...)

Fomos conquistando a sua confiança e a comunicação foi melhorando, sempre à custa de muita criatividade nos actos. Um dia, negociámos uma ida à praia após o lanche. Comprou-se roupa e uns sapatos novos por ela escolhidos (...) e lá fomos até Leça. Nunca tinha visto o mar, e os seus olhos ganharam uma expressividade nova. (...) Voltámos de mão dada ao hospital e ela, entre risos, gritos e “ameaças”, estava feliz e nós também.

(...) Os anos passaram e a não-adesão à terapêutica levou à perda de dois rins (o primeiro porque os pais, num momento afectivo de insensatez, interromperam a medicação; o segundo, já adolescente, porque o namorado não gostava dos efeitos secundários dos medicamentos...). O terceiro também não teve êxito, mas o quarto transplante já foi há 15 anos, o rim mantém-se a funcionar e a nossa protagonista tem hoje 40 anos!»

**In «Exercícios de comunicação», de António Morais Sarmiento (pág.175)**





**DIAVERUM**

**DIAVERUM**

UMA ATITUDE  
DIFERENTE NA  
PRESTAÇÃO DE  
CUIDADOS RENAI



[www.diaverum.pt](http://www.diaverum.pt)



Alguns dos participantes (oradores e formandos) do V Curso de Transplantação Renal, organizado pela SPT

## HIGHLIGHTS DO V CURSO DE TRANSPLANTAÇÃO RENAL

A realidade da transplantação renal em Portugal e Espanha, as estratégias para aumentar o número de transplantes e questões mais técnicas relacionadas com este procedimento foram alguns dos temas abordados no V Curso de Transplantação Renal, que decorreu entre os dias 8 e 10 deste mês de junho, em Monte Real, Leiria.

Marisa Teixeira

«Promover a formação específica sobre transplantação renal para internos e jovens especialistas continua a ser o objetivo primordial deste Curso», sublinha a Dr.<sup>a</sup> Susana Sampaio, presidente da SPT. A também nefrologista no Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto, mostrou-se satisfeita com o facto de terem participado médicos de outras áreas para além da Nefrologia, como urologistas, intensivistas ou imunologistas, «o que revela a importância da multidisciplinaridade neste campo da Medicina». Outro aspeto que a responsável evidencia prende-se com a importância de reforçar as ligações ibéricas, daí a presença de alguns oradores/formadores espanhóis.

Esta opinião é partilhada pelo Prof. Valentín Cuervas-Mons, presidente da Sociedad Española de Trasplante (SET) e diretor do Serviço de Medicina Interna e da Unidade de Transplante Hepático do Hospital Universitario Puerta de Hierro, em Madrid, que foi um dos formadores do V Curso de Transplantação Renal. «A relação entre a SPT e a SET é recente, mas queremos intensificá-la, por exemplo, com a realização de mais reuniões, formações e outros projetos conjuntos, aumentando assim a visibilidade científica da transplantação a nível ibérico.»

Na sua intervenção, Valentín Cuervas-Mons sublinhou a necessidade de aumentar o número de transplantes renais em Espanha e Portugal, o que passa pela busca de outras opções para além dos doadores por morte encefálica. Uma mensagem reforçada também pela Prof.<sup>a</sup> María de la Oliva Valentín Muñoz, responsável pelo Programa

de Transplantação Renal de Dador Vivo da Organización Nacional de Trasplantes, em Espanha. «Há que otimizar a doação de morte encefálica e incrementar o número de doadores após morte cardíaca e a doação em vida», referiu esta formadora, frisando: «O grande avanço na transplantação renal é a doação incompatível.»

### O DESAFIO DA IMPREVISIBILIDADE

Por sua vez, na comunicação intitulada «*Searching for donors – How far can we go?*», o Dr. João Paulo Almeida e Sousa, presidente do Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), revelou alguma preocupação quanto ao futuro. «A atividade da transplantação de órgãos é imprevisível porque há circunstâncias que na atividade de doação que não se conseguem controlar. A doação, independentemente das boas práticas e de uma organização consolidada, é sempre incerta.»

Assim sendo, este responsável sublinhou a importância de apostar em todas as alternativas possíveis. Na sua opinião, procurar doadores em morte cerebral é a primeira via a ter em conta, pois vários hospitais portugueses ainda não atingiram este potencial de doação e têm de fazer um esforço maior nesse sentido. Além disso, os doadores de coração parado são também relevantes. «Existe já um programa a funcionar bem no CHSJ, que terá de ser replicado em outros hospitais. Até ao final deste ano, esperamos que tal aconteça num hospital de Lisboa», avançou o presidente do IPST. Por outro



lado, há que desenvolver o Programa de Doação Renal Cruzada, uma alternativa que permite ultrapassar as questões de incompatibilidades que limitam a doação».

Outro tema analisado no V Curso de Transplantação Renal foi a expansão dos critérios de colheita de órgãos para a classe III da Classificação de Maastricht, que se refere aos portadores de doenças de evolução irreversível, falecidos após suspensão do suporte às funções vitais. De recordar que a classe I diz respeito à morte na chegada ao hospital (falecidos fora do hospital, vítimas de morte súbita e de etiologia traumática ou não, que não são ressuscitados) e a classe II refere-se à ressuscitação infrutífera (falecido fora ou dentro do hospital, sujeito a manobras de reanimação adequadas e atempadas, mas sem êxito).


## DIVERSIDADE TEMÁTICA

«A preservação de órgãos é um dos aspetos fundamentais da transplantação.» Quem o afirmou foi o Dr. Pedro Nunes, urologista no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e também orador neste Curso, cuja intervenção visou «transmitir os principais mecanismos fisiopatológicos que acontecem num órgão após a sua explantação no dador e quais as estratégias para melhorar a sua função depois de implantado», nomeadamente o rim. «Hoje em dia, utilizamos dois métodos (a preservação estática no frio e a perfusão pulsátil), mas vão aparecer outras soluções futuramente, como a perfusão normotérmica», explicou este formador.

No âmbito das infeções bacterianas no transplante renal, outro assunto abordado por Pedro Nunes foi a infeção do trato urinário, que «surge em cerca de 25% das crianças e 75% dos adultos transplantados». Os fatores de risco, o *time frame* do seu aparecimento, o diagnóstico e o tratamento destas infeções foram tópicos salientados nesta apresentação.

Já o Dr. António Martinho, do Centro do Sangue e da Transplantação de Coimbra – IPST, esclareceu o propósito do laboratório onde trabalha, que realiza os estudos de imunogenética aos dadores e doentes candidatos à transplantação de órgãos, tecidos e células, na sua preleção sobre histocompatibilidade e imunogenética no transplante renal. Quanto aos critérios para selecionar imunologicamente o melhor candidato para receber o órgão de um dador em específico, o orador clarificou que «estes estão definidos pelo IPST, com base num algoritmo e num escalonamento de prioridades de acesso ao transplante». «São também contemplados os critérios morais, éticos

e de equidade, para garantir que todos têm acesso a este tratamento, sendo necessário hierarquizar os melhores candidatos para cada órgão», enfatiza.

Entre outros temas, a diabetes *mellitus*, as complicações cardiovasculares, a vacinação, a nutrição, as interações farmacológicas e a doença renal crónica nos doentes com transplante renal foram também abordados neste Curso de Transplantação Renal organizado pela SPT, cuja sexta edição decorrerá em 2019. 

## FEEDBACK POSITIVO DOS FORMANDOS

**O programa diversificado e a prestação dinâmica dos preletores levaram a que os formandos avaliassem positivamente o V Curso de Transplantação Renal. Aqui ficam alguns testemunhos recolhidos pela TransMissão.**

«Em breve, vou iniciar o meu estágio na área da transplantação, portanto, esta foi uma excelente introdução teórica à componente prática. Destaco, por exemplo, a apresentação do Prof. Alfredo Mota [ex-diretor do Serviço de Urologia e Transplantação Renal do CHUC], porque é sempre interessante rever as origens e a história do transplante, até para percebermos de onde vimos e para onde vamos. Além disso, tivemos a oportunidade de ouvir colegas de Espanha, um país de referência neste contexto, e considero muito importante este intercâmbio.» **DR. NUNO FONSECA, interno do 3.º ano de Nefrologia no Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital Curry Cabral (CHLC/HCC)**

«Destaco a estrutura do programa científico deste Curso, pela sua multidisciplinaridade e por trazer muitos palestrantes de várias especialidades ligadas ao transplante para falarem sobre algumas particularidades, como o papel dos intensivistas no pré-transplante. Apesar de a Nefrologia ter um papel predominante no *follow-up* dos doentes transplantados, é essencial que estejamos inteiramente familiarizados com todas as fases.» **DR.ª NOÉLIA LOPEZ, interna do 5.º ano de Nefrologia no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria**

«Este Curso foi um ótimo complemento formativo para nos atualizarmos e contactarmos com novas perspetivas, pois os oradores são profissionais com muita experiência nesta área. A utilização da ECMO [oxigenação por membrana extracorpórea, na sigla em inglês], que foi comentada pelo Prof. Roberto Roncon-Albuquerque, está entre os temas que me despertaram mais a atenção no primeiro dia de curso.» **DR.ª ANA CASTRO, interna do 5.º ano de Nefrologia no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António**

«Já tinha assistido a este Curso, há dois anos, e como já fiz, entretanto, o estágio nesta área e estou no último ano do internato, considereei importante rever algumas matérias e atualizar-me neste campo. O dador em paragem cardiocirculatória foi um dos assuntos que mais me interessaram nesta formação, mas muitos outros são importantes para a nossa prática clínica diária, como a influência da imunologia ou das infeções no sucesso do transplante renal.» **DR.ª ARIANA AZEVEDO, interna do 5.º ano de Nefrologia no CHLC/HCC**



O Prof. Valentín Cuervas-Mons, presidente da SET, além de intervir na sessão de abertura (a par da Dr.ª Susana Sampaio, presidente da SPT), fez uma apresentação sobre a realidade da transplantação renal em Espanha, na qual sublinhou a necessidade de aumentar o número de transplantes a nível ibérico, o que passa pela «busca de outras opções para além dos dadores por morte encefálica»

# ANTEVISÃO DO CONTRIBUTO NACIONAL NO PRÓXIMO CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO

No XVI Congresso Luso-Brasileiro de Transplantes, englobado no XV Congresso Brasileiro de Transplantes, que terá lugar em Foz do Iguaçu, Paraná, no Brasil, de 18 a 21 de outubro, serão vários os portugueses a participar como palestrantes ou moderadores. Falámos com alguns deles, de diferentes áreas do transplante, para partilharmos aqui o que nos adiantaram sobre as suas intervenções.

## PROF. MANUEL ANTUNES

Diretor do Serviço de Cirurgia Cardiorácica e Transplantação de Órgãos Torácicos do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

«Na minha intervenção, falarei, certamente, sobre a experiência em transplante cardíaco do Serviço que dirijo no CHUC. No que respeita a dadores marginais, há que estender os critérios e, se há cinco anos os dadores tinham no máximo até 40 anos de idade, atualmente, têm 60. Já estudámos esses subgrupos e concluímos que, com uma seleção cuidadosa, não há grandes diferenças no resultado final.

A idade continua a ser um critério de seleção dos dadores, mas não vamos excluir ninguém só por esse fator. Obviamente que temos de efetuar vários exames para assegurar que o coração do dador tem o mínimo de condições necessárias para ser utilizado em outro ser humano. Neste momento, coloco o limite nos 60 anos, mas, se surgir uma situação de urgência elevada, aceito a possibilidade de recorrer a um indivíduo com mais idade – com certeza que existem algumas pessoas com 70 anos cujo coração se encontra num estado relativamente normal.

Outro aspeto em que temos trabalhado refere-se ao desencontro de sexo entre dador e recetor. É sabido que os resultados de um dador feminino para um recetor masculino são piores, comparativamente à igualdade de sexo. Procuramos que o dador e o recetor tenham uma massa corporal idêntica, mas temos de nos ajustar às situações que surgem. No que respeita a resultados globais, iniciámos a nossa atividade há 13 anos e, neste momento, somos responsáveis por cerca de 60% dos transplantes cardíacos realizados anualmente em Portugal.»



## PROF.<sup>a</sup> LA SALETE MARTINS

Nefrologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António



«Os desafios médicos atuais no transplante de rim-pâncreas, tema que irei comentar no XVI Congresso Luso-Brasileiro, podem ser de diversos níveis, passando pela imunossupressão, pela prevenção das infeções e das complicações no pós-operatório imediato, que, neste tipo de transplante, são comuns e particularmente críticas. Quanto a novidades neste contexto, existem algumas do foro cirúrgico, nomeadamente relacionadas com novas técnicas e locais de implantação do enxerto pancreático, que poderão contribuir para um diagnóstico mais precoce.

Em termos médicos, as melhorias nos cuidados pós-operatórios têm sido cruciais para aumentar a sobrevida do enxerto nos primeiros meses, o que dita a sua longevidade a longo prazo. Estas melhorias relacionam-se, sobretudo, com a profilaxia da trombose (muito frequente no transplante de rim-pâncreas) e das infeções no pós-operatório imediato. No entanto, há que estar alerta para o facto de a terapêutica antitrombótica ter sempre associado um risco de hemorragia. Tem de se encontrar um ponto de equilíbrio que permita diminuir o risco de trombose sem aumentar muito o risco de hemorragia.

Já no que se refere à imunossupressão, sabemos que, a longo prazo, os corticoides têm muitos efeitos laterais, mas também temos noção de que, ao tentarmos reduzir um pouco a imunossupressão para diminuir os riscos de infeções ou de tumores, a probabilidade de rejeição do órgão é maior. Portanto, também neste caso é necessário encontrar o melhor equilíbrio para cada doente e o nosso Centro tem uma vasta experiência neste âmbito, com muito bons resultados na retirada dos corticoides a partir dos seis meses pós-transplante. Não temos novidades no campo dos imunossuppressores, mas, com os fármacos disponíveis atualmente, é possível individualizar o tratamento, obtendo uma imunossupressão mais adequada para cada doente.»



## DR. RUI DIAS

Ortopedista e responsável pelo Sistema de Qualidade do Banco de Tecidos Ósseos do CHUC

«Vou ser o preletor da comunicação “Desafios da doação para transplantes de tecidos musculoesqueléticos em Portugal”, um tema com muito interesse, especialmente pela importância da segurança do aloenxerto. Os potenciais dadores podem apresentar alguns problemas a este nível, quer pelas doenças que possam ter quer pela própria mobilidade. Portanto, sempre numa ótica de qualidade e segurança, estes são desafios relevantes, que nos levam a fazer uma triagem cada vez mais exigente dos potenciais dadores.

Em termos gerais, outro desafio são as aplicações de osso, que continuam a ser bastante utilizadas em situações de insucesso da Ortopedia e Traumatologia. Há cada vez mais aplicações de aloenxerto ósseo nas revisões de artroplastias, fundamentalmente da anca, mas também do joelho, além das necessidades relacionadas com os tumores. Por outro lado, as novas exigências na traumatologia desportiva levam-nos a usar cada vez mais aloenxertos do tendão para resolver roturas tendinosas. É de sublinhar que, a nível mundial, o tecido mais transplantado a seguir ao sangue é o osso.»



## DR.ª ISABEL GONÇALVES

Pediatra na Unidade de Transplantação Hepática Pediátrica do CHUC



«O transplante pediátrico ocupa sempre uma parte mais reduzida do programa científico do Congresso Luso-Brasileiro, o que se compreende, pois, em termos numéricos, o peso do transplante em crianças é naturalmente menor do que nos adultos. Este ano, vai decorrer uma sessão dedicada ao transplante pediátrico na quinta-feira, 19 de outubro, à tarde, além do painel de comunicações orais de que serei moderadora e no qual serão apresentados trabalhos desta área. Julgo que o transplante pediátrico deveria ter mais destaque neste Congresso, por exemplo, com uma manhã dedicada ao tema.

Em Portugal, efetuamos um número reduzido de transplantes em crianças por ano – cerca de 15 a 17 de rim e no, no máximo, 14 de fígado. Contudo, no Brasil, pela sua densidade populacional, só na cidade de São Paulo, anualmente, efetuam-se cerca de 40 a 50 transplantes pediátricos de fígado. Por isso, faria todo o sentido termos a oportunidade de partilhar mais experiências com os colegas brasileiros.

Outro aspeto que julgo importante sublinhar tem que ver com os problemas de saúde e outros desafios no pós-transplante pediátrico, pois ainda não sabemos até que ponto chegam as interferências a nível físico e emocional. Mas sabemos que as crianças transplantadas, muitas vezes, apresentam maiores dificuldades, até no que respeita à integração social. O que a Pediatria espera, num futuro muito próximo, é que o objetivo maior – tolerância imunológica – seja conseguido. Há vários estudos a decorrer e este vai ser um tema forte nas sessões plenárias. Para as crianças que terão de crescer e viver sob fármacos imunossupressores, será, sem dúvida, um marco histórico.»

## DR. JORGE DANIEL

Diretor da Unidade de Transplantação Hepática do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António

«Na minha comunicação no XVI Congresso Luso-Brasileiro de Transplantes, vou falar sobre a nossa experiência no transplante hepático sequencial utilizando fígados de doentes com polineuropatia amiloidótica familiar (PAF). Nestes casos, o objetivo principal é obter mais órgãos disponíveis para transplante.

Uma das mensagens que pretendo salientar é a importância da escolha acertada dos recetores dos fígados retirados dos doentes com PAF. Até há relativamente pouco tempo, pensava-se que esta doença demoraria cerca de 20 anos a surgir nas pessoas que receberam estes fígados. Todavia, concluiu-se que a patologia aparece mais cedo, cinco a sete anos após o transplante, na maioria dos doentes, pelo que a idade deixou de ser um critério para a utilização destes fígados, que passaram a ser utilizados sobretudo em doentes com tumores malignos. Recordo que, se estes doentes estiverem muito tempo em lista de espera, arriscam-se a deixar de cumprir os critérios para serem transplantados, pois a tendência destes tumores é ir aumentando de tamanho ao longo do tempo.»



# TRANSPLANTAÇÃO EM CONGRESSO DE ESTUDANTES DE MEDICINA

O V AEICBAS [Associação de Estudantes do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar] Biomedical Congress, que decorreu entre 21 e 23 do passado mês de abril, no Porto, contou com uma conferência sobre transplantação, cuja oradora foi a Dr.<sup>a</sup> Susana Sampaio, presidente da SPT.

Marisa Teixeira

Desde a primeira edição, em 2013, que o objetivo do AEICBAS Biomedical Congress tem sido «celebrar os ideais fundadores do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar [ICBAS], que incluem a pluralidade e a multidisciplinaridade, até porque este instituto engloba cinco áreas distintas: Medicina, Medicina Veterinária, Ciências do Meio Aquático, Bioengenharia e Bioquímica», nota Francisco Grilo, presidente da edição deste ano e estudante de Medicina no ICBAS.

Quanto à escolha da transplantação como um dos temas desta quinta edição, Catarina Dias, coordenadora da vertente de Medicina do AEICBAS Biomedical Congress e também estudante, justifica: «É cada vez mais relevante ter uma abordagem holística na Medicina. A par das capacidades científicas, é importante ter em atenção a qualidade humana do médico e há certos dilemas com que nos deparamos ao longo da carreira que, enquanto profissionais de saúde, são pertinentes de debater *a priori*, antes que surjam. Apesar de, no 4.º ano do curso de Medicina, falarmos sobre algumas temáticas deste âmbito na cadeira de Bioética, é necessário aprofundar conhecimentos neste campo que engloba questões relacionadas com o transplante e a doação de órgãos.»

Surgiu assim o convite a Susana Sampaio, que desde logo o aceitou, para ser palestrante no V AEICBAS Biomedical Congress. A nefrologista no Centro Hospitalar de São João, no Porto, iniciou a sua apresentação com uma breve resenha histórica sobre a atividade da transplantação em Portugal no mundo. Depois, falou sobre a evolução da legislação



ELEMENTOS DA COMISSÃO ORGANIZADORA COM A PALESTRANTE: Armindo Fernandes, Catarina Dias, Francisco Grilo, Marta Carvalhinho, Susana Sampaio, Gustavo Monteiro e Christian Lopes

neste contexto, com especial enfoque no transplante renal, e sobre as indicações e contraindicações deste tratamento substitutivo da função renal. «Posteriormente, para fomentar a discussão, lancei algumas questões de cariz ético e clínico relativas à alocação de órgãos», sublinha a preletora.

Sobre esta quinta edição do AEICBAS Biomedical Congress, Susana Sampaio considera ter-se tratado de «um fórum bastante interessante pela participação ativa dos congressistas, que se mostraram interessados em esclarecer várias dúvidas, inclusive sobre o Registo Nacional de Não Dadores [RENDA] e a doação em vida». [i](#)

**SAVE THE DATE**

**Reunião da Sociedade Portuguesa de Transplantação 2017**

**24 e 25 de novembro**

**TRYP Lisboa Caparica Mar Hotel, na Costa de Caparica**



DR





## INICIE CERTICAN® HOJE ANTECIPE OS BONS RESULTADOS

**ALTAMENTE EFICAZ NA  
PREVENÇÃO DA REJEIÇÃO...<sup>1-4</sup>  
... COM DOSE REDUZIDA DE ICN  
E FUNÇÃO RENAL PRESERVADA<sup>1-6</sup>**

**Certican 0,25 mg comprimidos, Certican 0,5 mg comprimidos, Certican 0,75 mg comprimidos, Certican 1 mg comprimidos.** Apresentações: Cada comprimido contém 0,25 / 0,5 / 0,75 / 1 mg de everolimus. **Indicações:** Profilaxia da rejeição de órgãos em doentes adultos com risco imunológico baixo a moderado que receberam um transplante alogénico renal ou cardíaco. Certican deve ser usado em associação com ciclosporina para microemulsão e corticosteróides. Profilaxia da rejeição de órgãos em doentes que receberam um transplante hepático. No transplante hepático, Certican deve ser usado em associação com tacrolimus e corticosteróides. **Posologia:** É recomendado um regime posológico inicial de 0,75 mg duas vezes por dia em co-administração com ciclosporina, para a população geral transplantada com rim e coração, administrados assim que possível após o transplante. É recomendada uma dose diária de 1,0 mg duas vezes ao dia em coadministração com tacrolimus, para a população que recebeu transplante hepático com a dose inicial aproximadamente 4 semanas após o transplante. As concentrações-vale de everolimus no sangue devem ser cuidadosamente monitorizadas em doentes com função hepática comprometida. A dose deve ser reduzida a aproximadamente dois terços da dose normal para doentes com compromisso hepático ligeiro, para aproximadamente metade da dose normal para doentes com compromisso hepático moderado e para aproximadamente um terço da dose normal para doentes com compromisso hepático grave. Os dados em crianças e adolescentes são insuficientes para recomendar a utilização de Certican no transplante renal, e não pode ser feita nenhuma recomendação posológica. Certican não deve ser utilizado em doentes pediátricos com transplante hepático. **Contra-indicações:** O Certican está contra-indicado em doentes com hipersensibilidade conhecida ao everolimus, ao sirolimus ou a qualquer dos excipientes. **Precauções/Advertências:** Recomenda-se precaução com a utilização de indução com timoglobulina (globulina anti-timócito de coelho) e o regime de Certican/ciclosporina/corticosteróides. Risco aumentado de desenvolvimento de linfomas e outros tumores malignos, particularmente da pele. Os doentes tratados com imunossuppressores, incluindo Certican, apresentam risco aumentado para infeções oportunistas (bacterianas, fúngicas, virais e por protozoários). Entre estas condições encontram-se a nefropatia associada a vírus BK e a leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP) associada a vírus JC. Os doentes devem ser monitorizados quanto à hiperlipidémia. Certican foi associado com o desenvolvimento de angioedema. Na maioria dos casos notificados os doentes estavam a receber inibidores da ECA como comedição. Doses reduzidas de ciclosporina são necessárias para o uso em associação com Certican de modo a evitar disfunção renal. Recomenda-se a monitorização regular dos níveis sanguíneos de everolimus e ciclosporina, proteinúria e da função renal. O uso de Certican com ciclosporina em doentes transplantados renais *de novo* foi associado com aumento da proteinúria. Num estudo de transplante hepático, Certican com uma exposição reduzida ao tacrolimus não conduziu ao agravamento da função renal em comparação com a exposição padrão ao tacrolimus sem Certican. A coadministração com inibidores fortes (ex. cetoconazol, itraconazol, voriconazol, claritromicina, telitromicina, ritonavir) e indutores (ex. rifampicina, rifabutina, carbamazepina, fenitoína) da CYP3A4 não é recomendada a não ser que o benefício ultrapasse o risco. Foi notificado um aumento do risco de trombose arterial e venosa, resultando em perda do enxerto, geralmente nos primeiros 30 dias após o transplante. Certican, tal como outros inibidores mTOR, pode prejudicar a cicatrização aumentando a ocorrência de complicações pós-transplante tais como a deiscência de suturas, acumulação de fluidos e infeção de feridas que podem necessitar de mais cuidados cirúrgicos. A linfocel é o efeito mais frequentemente notificado em doentes transplantados renais e tem tendência a ser mais frequente em doentes com elevado índice de massa corporal. A frequência de derrame pericárdico e pleural aumenta em doentes transplantados cardíacos e a frequência de hérnias inguinais encontra-se aumentada nos doentes transplantados hepáticos. Tem tendência a ser mais frequente em doentes com elevado índice de massa corporal. A administração concomitante de Certican com um inibidor da calcineurina (ICN) pode aumentar o risco de síndrome hemolítica urémica/microangiopatia trombótica/microangiopatia trombótica induzida por ICN. Foram notificados casos de doença pulmonar intersticial (DPI) com Certican que geralmente se resolveram após a interrupção da terapêutica com ou sem terapêutica com glucocorticóides. No entanto, também ocorreram casos fatais. Verificou-se que o Certican aumenta o risco de novos casos de diabetes mellitus após transplante. As concentrações de glucose no sangue devem ser monitorizadas cuidadosamente em doentes tratados com Certican. Certican apenas deve ser administrado a mulheres grávidas se o potencial benefício ultrapassar o potencial risco para o feto. As mulheres em risco de engravidar deverão utilizar um método contraceutivo eficaz durante o tratamento com everolimus e até 8 semanas após a interrupção do tratamento. Não deve ser usado em mulheres a amamentar. Existem notificações na literatura acerca de azoospermia e oligospermia reversível em doentes tratados com inibidores mTOR. Doentes com problemas hereditários de intolerância à lactose, deficiência de lactase ou malabsorção de glucose-galactose não devem tomar este medicamento. **Interações:** Deve ter-se precaução quando se coadministra everolimus com substratos do CYP3A4 e CYP2D6 que têm uma janela terapêutica estreita. Deve ter-se precaução com o uso concomitante de rifampicina, rifabutina ou cetoconazol, itraconazol, voriconazol, claritromicina, telitromicina ou ritonavir, já que pode ser necessário alterar a dose de Certican. Deve ter-se precaução com o uso concomitante da Erva de São João, eritromicina, fluconazol, fenitoína, carbamazepina, fenobarbital, bloqueadores dos canais de cálcio, inibidores da protease e fármacos anti-HIV. A utilização de vacinas vivas deve ser evitada. **Efeitos indesejáveis:** Os efeitos secundários muito frequentes (>10%) incluem infeções (virais, bacterianas e fúngicas), infeção do trato respiratório superior, infeção do trato respiratório inferior e infeções pulmonares (incluindo pneumonia), infeções do trato urinário, leucopenia, anemia/eritropenia trombocitopenia, hiperlipidémia (colesterol e triglicéridos), novo aparecimento de diabetes mellitus após transplante. Os efeitos secundários frequentes (1 a 10%) incluem sepsis, infeção de feridas, tumores malignos ou não especificados, neoplasias da pele malignas e não especificadas, pancytopenia, microangiopatias trombóticas (incluindo purpura trombótica trombocitopénica/síndrome hemolítica urémica), taquicardia, linfocel, epistaxes, trombose do enxerto renal, pancreatite, estomatite/afitas, dor na orofaringe, angioedema, acné, erupção cutânea, mialgia, artralgia, proteinúria, necrose tubular renal, disfunção erétil, hérnia da incisão, alteração das enzimas hepáticas. Os efeitos secundários pouco frequentes (0,1 a 1%) incluem linfomas/afeções linfoproliferativas pós-transplante, hemólise, hipogonadismo masculino (diminuição da testosterona, aumento da FSH e LH), doença pulmonar intersticial, hepatite não infecciosa, icterícia. Reações adversas de notificações espontâneas e da literatura (frequência desconhecida): vasculite leucocitoclástica, proteinose alveolar pulmonar e entoderma. **CER\_RCM2016\_02\_IEC\_v08. Medicamento sujeito a receita médica restrita. Para mais informações deverá contactar o titular da Autorização de Introdução no Mercado. Regime de Participação:** Escalão A

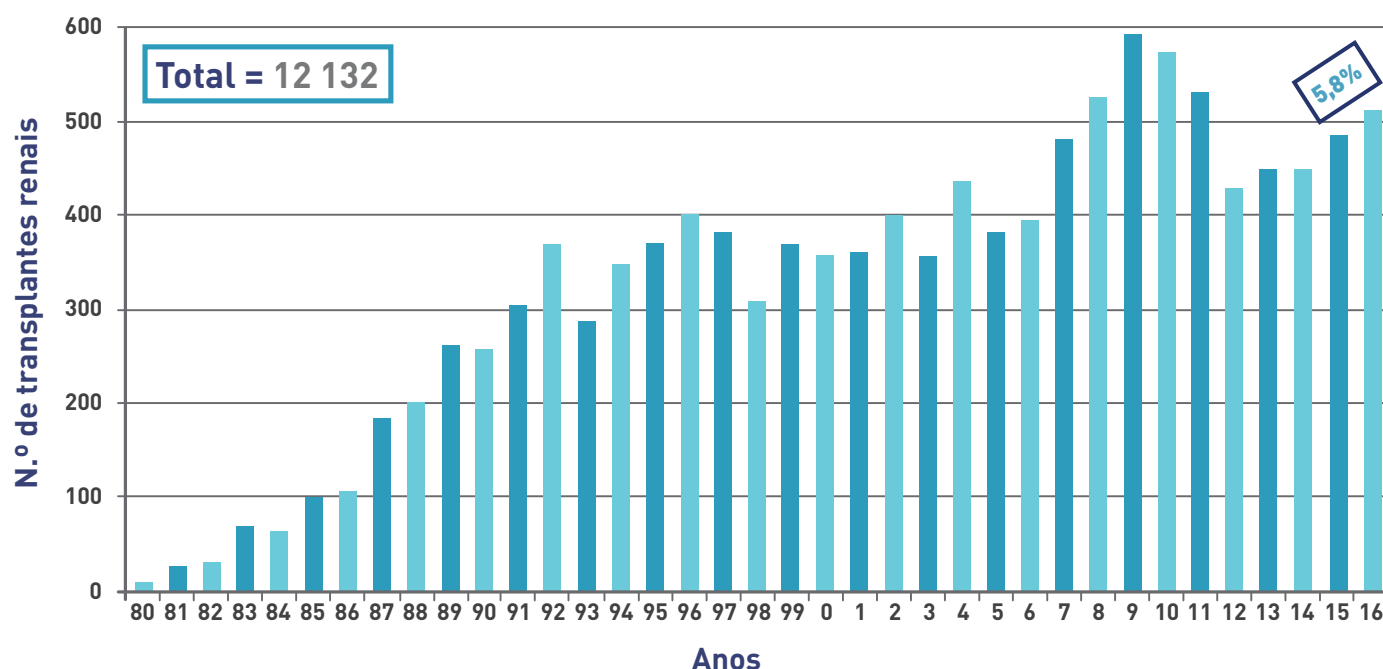
**Referências:** 1. Vitko S *et al.* Transplantation 2004; 78(10): 1532–1540. 2. Resumo das Características do Medicamento, data da última actualização 24/02/2016 3. Tedesco-Silva H *et al.* Transplant Int 2007; 20: 27–36. 4. Budd K *et al.* Lancet 2011; 377:837–47. 5. Holdaas H *et al.* Clin Transplant 2008; 22:366–71. 6. Kovarik JM *et al.* Ther Drug Monit 2004; 26(5): 499–505.

**Novartis Farma – Produtos Farmacêuticos S.A.** | Sede Social: Avenida Professor Doutor Cavaco Silva, n.º 10E, Taguspark, 2740-255 Porto Salvo | Pessoa Coletiva 500 063 524 C.R.C. Cascais – Sociedade Anónima  
Capital Social: € 2.400.000 | [www.novartis.pt](http://www.novartis.pt)

# NÚMERO DE TRANSPLANTES CONTINUA A CRESCER

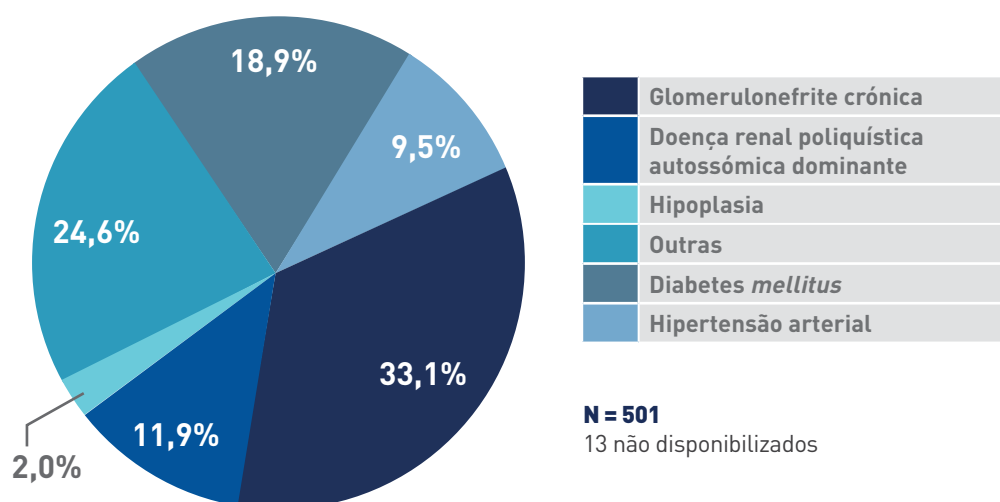


## EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE TRANSPLANTES RENAIIS (1980-2016)



Entre 1980 e 2016, realizaram-se 12 132 transplantes renais. O ano de 2009 foi, até à data, aquele que atingiu o maior número (595), seguindo-se um decréscimo até 2012. A partir daí, o número de transplantes voltou a crescer progressivamente. Os dados de 2016 revelam a realização de 514 transplantes renais – 421 de dador falecido, 65 de dador vivo e 28 de órgãos múltiplos (rim e outro), representando um aumento global de 5,8% face a 2015.

## ETIOLOGIA DA DRC NOS DOENTES TRANSPLANTADOS EM 2016

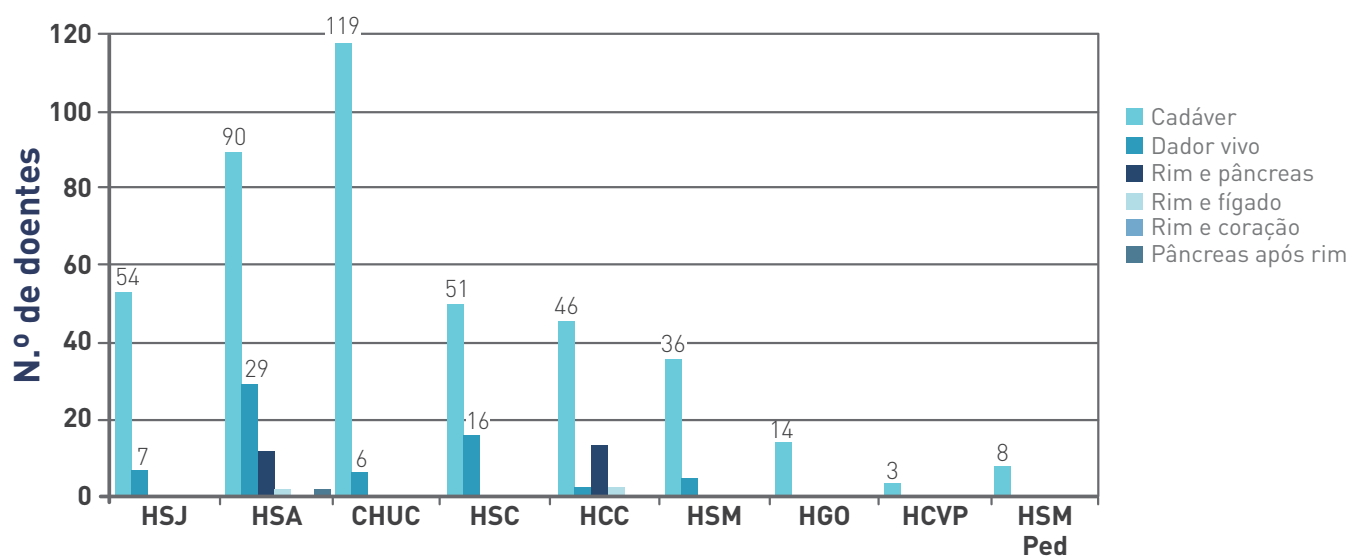


No que respeita à etiologia da doença renal crónica (DRC) que levou ao transplante, as causas mais frequentes foram a glomerulonefrite crónica (33,1%), a diabetes *mellitus* (18,9%) e a doença renal poliquística autossómica dominante (11,9%). Seguiu-se a hipertensão arterial (9,5%) e a hipoplasia (2%). Os restantes 24,6% dos casos deveram-se a outras causas.



O Dr. Fernando Macário, coordenador do Registo do Tratamento da Doença Renal Crónica Terminal da Sociedade Portuguesa de Nefrologia, apresentou os dados recolhidos em 2016 no dia 6 de abril, no âmbito do Encontro Renal 2017. A tendência crescente no número de transplantes renais verificada nos anos anteriores manteve-se, embora ainda não se tenham alcançado os valores máximos registados em 2009. Seguem-se alguns dos resultados apresentados.

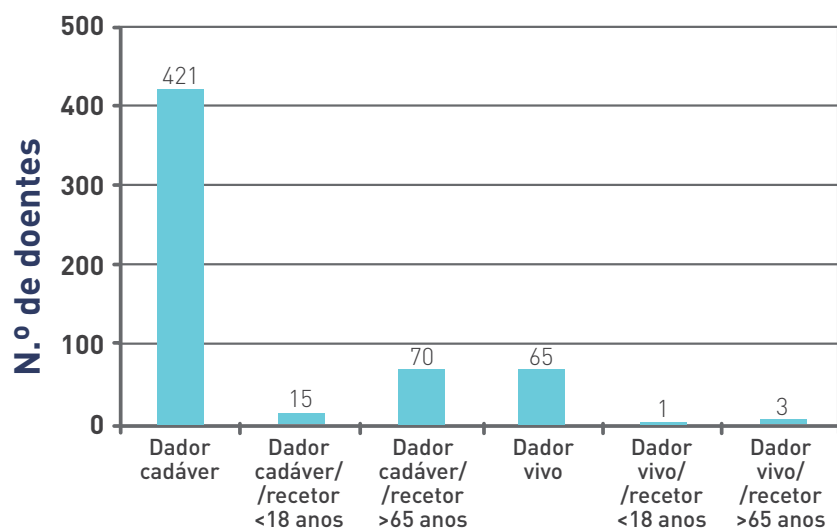
## TRANSPLANTES POR UNIDADE DE TRANSPLANTAÇÃO



**HSJ:** Hospital de São João, no Porto; **HSA:** Hospital de Santo António, no Porto; **CHUC:** Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra; **HSC:** Hospital de Santa Cruz, em Carnaxide; **HCC:** Hospital de Curry Cabral, em Lisboa; **HSM:** Hospital de Santa Maria, em Lisboa; **HGO:** Hospital Garcia de Orta, em Almada; **HCVP:** Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa; **HSM Ped.:** transplante pediátrico no Hospital de Santa Maria

A unidade que mais transplantes renais realizou em 2016 foi a do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com 119 procedimentos, e a do Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António (CHP/HSA) foi a que mais recorreu aos órgãos de dadores vivos (29). Quanto aos transplantes de órgãos múltiplos (de rim-pâncreas e rim-fígado) realizaram-se no CHP/HSA e no Centro Hospitalar Lisboa Central/Hospital Curry Cabral. De notar que, em crianças, foram efetuados 8 transplantes renais, na unidade do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria.

## TRANSPLANTAÇÃO RENAL POR IDADES



25 transplantes renais *pre-emptive* (1 recetor <18 anos)

Em 2016, entre os recetores de rim de dador falecido, 15 tinham menos de 18 anos, 70 mais de 65 anos e os restantes 336 encontravam-se nas idades intermédias. No caso dos recetores de rim de dador vivo, 1 tinha menos de 18 anos e 3 mais de 65, restando 61 doentes com idades entre os 18 e os 65 anos. Embora o número de transplantes de dadores falecidos e vivos tenha aumentado face a 2015, no ano passado, este foi o primeiro tratamento substitutivo da função renal em apenas 25 doentes (17 em 2015). Assim se conclui que, em Portugal, continuam a ser poucos os doentes transplantados que não passaram antes pela diálise. Por outro lado, a transplantação renal de dador vivo «continua a necessitar de incremento», sublinha o Dr. Fernando Macário, ex-presidente da SPT e nefrologista na Unidade de Transplantação Renal do CHUC. <#>



## UMA VIDA DEDICADA AOS DOENTES

Em conversa com a *TransMissão*, o Prof. Joaquim Machado Caetano revisitou o seu trajeto distinto nas áreas da histocompatibilidade e transplantação e do VIH/SIDA em Portugal, sem nunca perder de vista o seu «chão»: a relação médico-doente. Os caminhos que o conduziram à Medicina; a promessa, cumprida, de ser médico na terra do pai; a inclinação, agora mais alimentada, para as artes: saiba o que moveu e move este médico, pintor e poeta.

Rui Alexandre Coelho

**A**s reuniões familiares e entre amigos que Machado Caetano tinha nos anos mais sensíveis à formação do caráter, os da adolescência, serviam para realizar atividades lúdicas ou debater temáticas de gente crescida. Tornou-se num jovem interessado. Mas houve dois acontecimentos que se combinaram para que o hoje em dia professor catedrático jubilado da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (FCMUNL) tenha enveredado pela Medicina. Aos 7 anos de idade, conheceu a dor da perda, com a morte de um dos seus três irmãos. Muito jovem para compreender, achou que «os médicos eram todos incompetentes» por não terem conseguido salvar o irmão. Mais tarde, quando tinha 14 anos, uma irmã entrou no curso de Medicina e incutiu-lhe o gosto. «Fiquei marcado pela vontade de curar pessoas», resume.

### PERCURSO PREMIADO

- **1984 e 1985:** duas Medalhas de Mérito atribuídas pela Cruz Vermelha Portuguesa, pelos serviços prestados em prol da transplantação renal em Portugal;
- **1993:** Grau de Grande-Oficial da Ordem Militar de Sant'Iago da Espada concedido por Mário Soares, então Presidente da República, pela atividade desenvolvida no âmbito das ciências médicas;
- **2012:** Medalha Grau Ouro do Ministério da Saúde, atribuída pelos serviços distintos prestados à Medicina portuguesa.

Vale de Vargo, uma pequena aldeia do Baixo Alentejo, na raia de Espanha, onde nasceu Joaquim António Machado Caetano, há 81 anos. A ligação à terra-natal é uma constante no percurso deste internista e hematologista clínico. Quando terminou o curso na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL), aceitou o convite para ser assistente do professor catedrático Armando Ducla Soares no Hospital de Santa Maria (HSM). Mas com uma condição: «Disse-lhe que queria trabalhar com ele, mas antes teria de cumprir uma promessa que fizera ao meu pai: ser médico na terra dele, em Montargil», recorda.

Machado Caetano começou por ser interno, durante seis meses, no Serviço de Medicina Interna do Hospital de São José e daí seguiu para o Hospital da Misericórdia de Montargil, no Alto Alentejo. Um ano depois, terminava uma experiência que lhe traz memórias «fantásticas», com um sentimento local recíproco: «Tenho lá uma série de afilhados com o meu nome.»

### ESTÁGIO ORIENTADO POR NOBEL DA MEDICINA

Regressado a Lisboa, Machado Caetano teve os cargos de segundo e primeiro assistente de Armando Ducla Soares no HSM. Mas foi em Paris, no ano de 1964, que se interessou pela área da histocompatibilidade e transplantação, por conta do estágio que realizou no Serviço de Imuno-hematologia do Instituto Hayem, no Hôpital Saint-Louis. Ainda em França, obteve o grau de assistente estrangeiro na Faculté de Médecine de Paris, com tese de doutoramento sobre a existência de antígenos de transplantação nas plaquetas humanas. Essa descoberta foi publicada em parceria com o notável investigador da



histocompatibilidade humana, o Prof. Jean Dausset, seu orientador de estágio e futuro Prémio Nobel da Medicina e Fisiologia (em 1980).

Depois da estadia em Paris, Machado Caetano montou um laboratório de seleção dos pares dador-recetor para transplantação no Serviço de Medicina Interna do HSM e, depois, na Faculdade de Medicina de Santana (atual FCMUNL), onde fez carreira e criou a Associação Luso-Transplante. O seu contributo em prol da transplantação foi crescendo, sem nunca descurar a Medicina Interna, «o seu eixo vital».

A sua influência na área da transplantação foi-se tornando cada vez mais evidente. Exemplo: delineou a primeira carta imunogénica da população portuguesa, em 1983, beneficiando do apoio do então Presidente da República, António Ramalho Eanes, que apoiou a cedência de helicópteros para colheita de sangue dos militares por todo o país, incluindo ilhas. «Os genes da histocompatibilidade não têm ligação ao sexo, tornando suficiente a recolha de dados em homens», explica.

## PINTURA, ESCRITA OU A ARTE DE «DESLIGAR»

Os pais de Machado Caetano eram professores do Ensino Primário. Aos fins de semana, juntavam os quatro filhos e faziam concursos de poesia, prosa ou pintura. Escrever e pintar tornaram-se mais do que hábitos, enraizaram-se. Hoje em dia, tem dezenas de quadros da sua autoria, sobretudo em Montargil. Na sala de estar de sua casa, em Lisboa, onde nos recebeu, tem menos – uma seleção mais exigente. Quando lhe perguntamos o que o atrai nas Artes Plásticas, quase sussurra a resposta: «O relaxamento.» O tom da voz faz jus ao conteúdo da mensagem. «De repente, tudo se esvai da minha cabeça e só penso se o tom certo é aquele ou não», concretiza.

Na escrita, o internista e hematologista elege a arte da rima. Já publicou poemas no jornal *Expresso* (ver exemplo abaixo) e, em breve, conta lançar um livro seu de poesia. Machado Caetano prefere os clássicos. Quando lhe pedimos uma referência, aponta Luís de



Em 2006, Machado Caetano reproduziu, numa pintura em acrílico, a imagem de um jovem de 18 anos que tratou, mas acabou por falecer, vítima de leucemia

Camões, mas uma observação mais atenta à sua biblioteca pessoal permite-nos concluir que a cultura popular contemporânea não lhe é alheia. A espreitar debaixo de literatura diversa sobre o Alentejo, descortinamos *Poemas e Canções*, uma antologia do cantor e poeta Leonard Cohen. «Fui aos concertos que ele deu em Lisboa, antes de morrer. Reunia boa música, boa voz, boa letra e romantismo», refere.

## COMBATE SEM TRÉGUAS À SIDA

Machado Caetano saiu do HSM em 1978 e tornou-se professor na FCMUNL. Um ano depois, obteve o título de professor catedrático, atingindo o topo da carreira docente. À data, criou o primeiro laboratório de Imunologia da FCMUNL, onde lecionou esta disciplina até 2006. Tendo sempre «o sangue como um pivô de estudo», este especialista em Medicina Interna e Hematologia Clínica abraçou também a clínica privada, criando a Medicil, em 1987.

Membro de nove sociedades científicas nacionais e internacionais ao longo da carreira, este distinto médico também se dedicou, «de alma e coração», ao combate contra o VIH (vírus da imunodeficiência humana)/SIDA (síndrome da imunodeficiência adquirida). Em 1985, foi nomeado membro do Grupo de Trabalho da SIDA (GTS), assumindo depois a presidência. Até 1991, ano em que se demitiu desse cargo devido a um desentendimento com a Tutela, estima ter feito centenas de comunicações neste âmbito. Sair do GTS não o desanimou (já tinha transposto para a luta contra a SIDA o entusiasmo que antes o ligara à transplantação) e, no ano seguinte, criou a Fundação Portuguesa «A Comunidade Contra a SIDA».

Não obstante os progressos nesta área, Machado Caetano continua preocupado com a realidade nacional: «Portugal tem sido um dos países europeus com níveis de incidência do VIH/SIDA mais elevados. Com o tratamento antirretroviral, a infeção aguda evoluiu para crónica, mas o número de infetados e de seropositivos ainda é alto. A grande lacuna continua a residir na educação para a sexualidade. Os jovens não estão preparados para os problemas que surgem na adolescência; votamo-los à ignorância até muito tarde.»

Aos 81 anos, preocupações e atividades não faltam a Machado Caetano. Mantém o cargo de diretor clínico da Medicil e continua interessado em várias temáticas da Saúde, embora mais ligado o humanismo dos cuidados e à educação para a saúde e a sexualidade. Preside ao Conselho Consultivo da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, terra das suas raízes, de onde nunca se desligou. Há um ano, deixou de praticar a clínica privada e explica: «Por mais qualificada que a pessoa seja, a responsabilidade do ato médico deve ser preservada. Quis sair pela “porta larga”.»

## NATAL

**As ruas estão cheias e correm pessoas  
de sacos na mão.**

**Não andam. Deslizam de loja em loja  
de sacos na mão, de sacos na mão...**

**As luzes piscam aqui e acolá,  
acelera-se o passo, dá-se um empurrão...  
e continuam todos de saco na mão.**

**As luzes brilham  
e aos sons de Natal**

**corre-se mais  
de sacos na mão.**

**Glória às prendas, glória às prendas...**

**Aqui se tropeça, ali se saltita  
sempre de sacos na mão**

**E na cidade enfeitada de luz,  
azevinho e árvores fingidas,  
Glória às prendas, glória às prendas...**

**Já cheira a fritos e a consoada  
mas alheios, todos correm ainda de sacos na mão.**

**De sacos na mão,  
de sacos na mão...**

Poema do Prof. Machado Caetano publicado no Suplemento de Economia do jornal *Expresso*, a 31 de dezembro de 2015

Advagraf™ otimiza a imunossupressão,  
reduz a variabilidade e aumenta  
a adesão à terapêutica.<sup>1,2\*</sup>

**O progresso está  
nas pequenas mudanças**



\*Em comparação com tacrolímus BID.

**ADVAGRAF™**  
tacrolímus de liberação prolongada

1. ADVAGRAF™, Resumo das Características do Medicamento, junho 2015 2. Adam R. et al. Am. J. Transplant. 2015;15(5):1267-1282

**Advagraf 0,5 mg, 1 mg, 3 mg ou 5 mg cápsulas de liberação prolongada**

**Composição qualitativa e quantitativa:** Cada cápsula de liberação prolongada contém 0,5 mg, 1 mg, 3 mg ou 5 mg de tacrolímus (como mono-hidrato). **Forma farmacêutica:** Cápsulas de liberação prolongada. **Indicações terapêuticas:** Profilaxia da rejeição do transplante alógeno de fígado ou rim em receptores adultos. Tratamento da rejeição do transplante alógeno resistente às terapêuticas com outros medicamentos imunossupressores em doentes adultos. **Posologia e modo de administração:** O Advagraf é uma formulação oral de tacrolímus de toma única diária. Recomenda-se que a dose oral diária de Advagraf seja administrada uma vez por dia de manhã. As cápsulas de liberação prolongada de Advagraf devem ser tomadas imediatamente a seguir a serem retiradas do blister. As cápsulas devem ser engolidas *inteiras* com um líquido (de preferência água). Por norma, o Advagraf deve ser administrado com o estômago vazio ou pelo menos 1 hora antes, ou 2 a 3 horas após as refeições, para que seja atingida a absorção máxima. **Profilaxia da rejeição do transplante renal:** A terapêutica com Advagraf deve iniciar-se com a dose de 0,20-0,30 mg/kg/dia, administrada uma vez por dia de manhã. A administração deve ser iniciada dentro das 24 horas após a conclusão da cirurgia. **Profilaxia da rejeição do transplante hepático:** A terapêutica com Advagraf deve iniciar-se com doses de 0,10-0,20 mg/kg/dia, administrada uma vez por dia de manhã. A administração deve ser iniciada aproximadamente 12 a 18 horas após a conclusão da cirurgia. **Conversão de doentes tratados com Prograf para Advagraf:** Os doentes com transplante alógeno mantidos com uma dosagem de duas vezes por dia de Prograf cápsulas, requerendo conversão para o Advagraf uma vez por dia, devem ser convertidos numa base de 1:1 (mg:mg) da dose diária total. O Advagraf deve ser administrado de manhã. Após a conversão, os níveis mínimos de tacrolímus devem ser monitorizados e, se necessário, devem ser feitos ajustes na dose de modo a manter uma exposição sistêmica semelhante. **Conversão de ciclosporina para tacrolímus:** Não é recomendada a administração combinada de ciclosporina e tacrolímus. A terapêutica com Advagraf deve ser iniciada após avaliação das concentrações séricas de ciclosporina e do estado clínico do doente. A administração do fármaco deverá ser retardada na presença de níveis sanguíneos elevados de ciclosporina. Na prática, a terapêutica com tacrolímus tem sido iniciada 12 a 24 horas após a descontinuação da ciclosporina. **Terapêutica de rejeição do aloenxerto:** O aumento das doses de tacrolímus, uma terapêutica suplementar com corticosteroides e a introdução de curtos períodos terapêuticos com anticorpos mono/policlonais, são medidas que têm sido utilizadas para controlar os episódios de rejeição. **Tratamento da rejeição do aloenxerto após transplantação renal e hepática:** Para conversão de outros imunossupressores para o Advagraf uma vez por dia, o tratamento deve iniciar-se com a dose oral inicial recomendada para a transplantação renal e hepática respetivamente, para a profilaxia da rejeição do transplante. **Tratamento da rejeição do aloenxerto após transplantação cardíaca:** Em doentes adultos convertidos para Advagraf, deve ser administrada uma dose inicial de 0,15 mg/kg/dia uma vez por dia de manhã. **Tratamento da rejeição do aloenxerto após transplante de outros órgãos:** Embora não exista experiência clínica com Advagraf em doentes sujeitos a transplantes pulmonar, pancreático ou intestinal, o Prograf tem sido usado em doentes com transplante pulmonar numa dose oral inicial de 0,10-0,15 mg/kg/dia, em doentes com transplante pancreático numa dose oral inicial de 0,2 mg/kg/dia e na transplantação intestinal numa dose inicial de 0,3 mg/kg/dia. **Contraindicações:** Hipersensibilidade a tacrolímus ou a qualquer um dos excipientes. Hipersensibilidade a outros macrólidos.

**Efeitos indesejáveis:** As reações adversas medicamentosas notificadas mais frequentemente (ocorrendo em > 10% dos doentes) são tremores, compromisso renal, estados hiperglicémicos, diabetes mellitus, hipercaliemia, infeções, hipertensão e insónia. A frequência das reações adversas é definida como: muito frequentes ( $\geq 1/10$ ); frequentes ( $\geq 1/100$ , < 1/10). **Doenças do sangue e do sistema linfático:** frequentes: anemia, trombocitopenia, leucopenia, análises anormais de eritrócitos, leucocitose **Doenças do metabolismo e da nutrição:** muito frequentes: diabetes mellitus, estados hiperglicémicos, hipercaliemia; frequentes: acidoses metabólicas, outras alterações eletrolíticas, hiponatremia, hiperuricemia, sobrecarga de líquidos, hiperuricemia, hipomagnesemia, hipocaliemia, hipocalcemia, diminuição do apetite, hipercolesterolemia, hiperlipidemia, hipertrigliceridemia, hipofosfatemia **Perturbações do foro psiquiátrico:** muito frequentes: insónia frequentes: confusão e desorientação, depressão, sintomas de ansiedade, alucinação, perturbações mentais, humor depressivo, perturbações e alterações do humor, pesadelos **Doenças do sistema nervoso:** muito frequentes: cefaleias, tremores frequentes: doenças do sistema nervoso, convulsões, perturbações da consciência, neuropatias periféricas, tonturas, parestesias e disestesias, alteração da escrita **Afeções oculares:** frequentes: afeções oculares, visão turva, fotofobia **Afeções do ouvido e do labirinto:** frequentes: acúfenos **Doenças cardíacas:** frequentes: arteriopatia coronária isquémica, taquicardia **Vasculopatias:** muito frequentes: hipertensão frequentes: episódios tromboembólicos e isquémicos, afeções de hipotensão vascular, hemorragia, afeções vasculares periféricas **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino:** frequentes: afeções pulmonares parenquimatosas, dispneia, derrame pleural, tosse, faringite, inflamações e congestão nasal **Doenças gastrointestinais:** muito frequentes: diarreia, náuseas frequentes: sinais e sintomas gastrointestinais, vômitos, dores gastrointestinais e abdominais, quadros inflamatórios gastrointestinais, hemorragias gastrointestinais, perfuração e ulceração gastrointestinal, ascite, estomatite e ulceração bucal, obstipação, sinais e sintomas dispepticos, flatulência, entumescimento e distensão, fezes soltas **Afeções hepatobiliares:** frequentes: afeções do canal biliar, lesão hepatocelular e hepatite, colestase e icterícia **Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** frequentes: erupção cutânea, prurido, alopecias, acne, sudorese excessiva **Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos:** frequentes: artralgia, dorsalgia, espasmos musculares, dor nos membros **Doenças renais e urinárias:** muito frequentes: compromisso renal frequentes: insuficiência renal, insuficiência renal aguda, nefropatia tóxica, necrose tubular renal, anomalias urinárias, oligúria, sintomas vesicais e uretrais **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** frequentes: estados febris, dor e mal-estar, estados asténicos, edema, alteração na percepção da temperatura corporal **Complicações de intervenções relacionadas com lesões e intoxicações:** frequentes: disfunção de enxerto primário **Exames complementares de diagnóstico:** muito frequentes: análises de função hepática anormais **Complicações de intervenções relacionadas com lesões e intoxicações:** frequentes: disfunção de enxerto primário. **Data da revisão do texto:** 06/2015. **Medicamento sujeito a receita médica restrita** - Alínea c) do Artigo 118.º do D.L. 176/2006. **Medicamento não comparticipado.** Para mais informações deverá contactar o titular de autorização de introdução no mercado. Astellas Farma, Lda. Sede Social: Lagoas Park, Edifício 5; Torre C, Piso 6, 2740-245 Porto Salvo. Contribuinte n.º 502540249