



# Saúde

SAÚDE  
38 Anos  
1982-2020

N.º 5 outubro > dezembro  
PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL | GRATUITA



28

FESTA DE NATAL  
DO GRUPO H SAÚDE

## Telemóveis: Os Perigos do uso excessivo

11

### A importância da visita regular à ginecologia vs vacinação HPV

20 É mais produtivo e eficaz a citologia e a visita à ginecologia regularmente,

### Se não for urgente não vá às urgências

23 Demora mais tempo e corre o risco de ficar mais doente

### Disfunção da Articulação Temporomandibular

26 Sintomas, consequências e tratamentos

16

Grande Entrevista  
Fernando Azeitona



# ÍNDICE

N.º 5 **outubro > dezembro**  
PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL | GRATUITA

Índice e Ficha Técnica.....	3
Editorial   Dr. António José Henriques .....	4
Cultura   <b>Arte e a Morte: Patologias psíquicas</b>   PhD António Delgado .....	6
Gestão   <b>Sorria!</b>   Henrique Alves Henriques.....	8
Saúde   Farmácia Alves   <b>A vida moderna e os seus malefícios</b>   Dra. Sofia Lourenço Silva .....	10
Saúde   Medicina Geral e Familiar   <b>Telemóveis: os perigos do uso excessivo</b>   Dra. Fátima Lorvão .....	11
Saúde   Psicologia   <b>O lado importante da vida não mora num telemóvel</b>   Dra. Carla Ferreira .....	14
<b>Grande Entrevista</b>   Fernando Azeitona, Presidente da Junta de Évora de Alcobaça .....	16
Saúde   Dermatologia   <b>Eczemas em meio agrícola</b>   Dr. César Martins .....	18
Medicina Patológica   <b>A importância da visita regular à ginecologia vs vacinação HPV</b>   Dra. Ivone Mirpuri .....	20
Saúde   Urgências Hospitalares   <b>Se não for urgente não vá às urgências</b>   Enf. Sónia Coelho.....	23
Saúde   Estomatologia   <b>Disfunção da Articulação Temporomandibular</b>   Dr. João Cardigos .....	26
<b>Breves</b> .....	27
Eventos   <b>Festa de Natal do Grupo H Saúde</b> .....	28
Pessoas & Animais   <b>Pense bem antes de ter um cão</b>   Sérgio Franquinho .....	31
<b>Especialidades Médicas, Terapias e contactos</b> .....	33

Todas as imagens são propriedade da TowerElephant | A publicação não respeita as regras do A090 no entanto cada autor é livre de o respeitar ou não.

## FICHA TÉCNICA

**Director:** António José Rodrigues Henriques

**N.º de Registo:** 127210

**Propriedade:** Grupo H Saúde - Policlínica Central da Benedita S.A. NIF- 501348786; Entrecolunas, Unip. NIF-507269543 - 86,11%;

Presidente do Conselho de Administração: Dr. António José Rodrigues Henriques; Vogal: Dr. Nuno Miguel Alves Henriques;

**Registado na ERS** - Entidade Reguladora da Saúde com n.º E11471

**Sede do Editor:** Avenida Estados Unidos da América, n.º72, 8.º Dto, 1700-158 - Lisboa

**Tiragem:** 5000 exemplares

**Distribuição:** Gratuita

**Impressão:** Relgráfica, Artes Gráficas Lda, Benedita, Alcobaça, 2475-011 Algarão

**Gabinete de Comunicação e Relações Públicas:**

Henrique Alves Henriques

**Colaboradores na edição:** Dr. António José Henriques | PhD António

Delgado | Henrique Alves Henriques | Dra. Sofia Lourenço Silva

Dra. Fátima Lorvão | Dra. Carla Ferreira | Fernando Azeitona

Dr. César Martins | Dra. Ivone Mirpuri | Enf. Sónia Coelho

Dr. João Cardigos | Sérgio Franquinho

**Sede da Redacção:** TowerElephant, Lda - Rua Palmira Bastos, 7, 7.º A, 2810-268 Almada

**e.mail:** redacao.revistasauדהoje@gmail.com

**Gabinete de Imagem:** Dots of Light, Lda

**Publicidade e Marketing:** Media Style/ mediastyle.ca@gmail.com

**Periodicidade:** Trimestral

### ESTATUTO EDITORIAL

A publicação periódica Grupo H Saúde adopta claramente um estatuto editorial que abordará temas sobre saúde destinados aos utentes e público geral, com o objectivo de informar sobre a temática da saúde/sua prevenção/novas técnicas clínicas e inclui o compromisso de assegurar o respeito pelos princípios deontológicos e pela ética profissional dos jornalistas/médicos/opinion makers, assim como pela boa fé dos leitores.



Dra. Ivone Mirpuri  
Médica Patologista Clínica especialista em Modulação Hormonal | Certificação em Medicina Anti-Envelhecimento pelo CENEGENICS,  
Las Vegas | Especialista em Medicina Anti-Envelhecimento e Modulação Hormonal pela WOSAAM e International Hormone Society



# A importância da visita regular à ginecologia **VS** vacinação HPV

*HPV é a sigla em inglês para "human papillomavirus", o papilomavírus humano capazes de infectar a pele ou as mucosas. Existem mais de 150 tipos diferentes de HPV sendo cerca de 40 capazes de infectar o trato ano-genital.*

Há mais de 10 anos tinha efectuado uma revisão bibliográfica, relativamente à vacinação contra o HPV. Nessa altura decidi não vacinar os meus filhos. Este tempo passado e porque continuamente vejo as minha utentes a serem aconselhadas a vacinarem-se, mesmo depois dos 50 anos, o que me faz certa confusão, resolvi efectuar segunda revisão bibliográfica. A minha opinião mantém-se. Agora mais consistente. Neste breve artigo explico porquê. Esta minha pesquisa, seria infundável, se eu tratasse das mulheres, mas apenas as oriento para a ginecologia relativamente a este assunto, por isso esta é apenas a minha opinião fundamentada depois de muito estudar o assunto, para que possa esclarecer correctamente as mulheres que me procuram e que trato, na minha área de actuação: a modulação hormonal e o envelhecimento saudável.

Por todo o lado vem escrito que o HPV, é a segunda neoplasia mais mortífera a seguir ao cancro da mama na mulher jovem. Isto é verdade, quando observamos a estatística a nível mundial. Contabilizando os países onde a prevalência é enorme de facto dada a pouca prevenção primária e secundária, e onde realmente a vacina seria justificada. Países pobres e subdesenvolvidos. Dos novos casos, 84% são destes países (site OMS). Mais de 85% das mortes derivadas do cancro do colo do útero também (site OMS). São estas as mulheres que deveriam ser vacinadas - pois não têm outra forma de prevenção nem primária nem secundária- e não são.

Em Portugal, o número de mortes ao ano por cancro do colo do útero (CCU), antes da vacinação incluída no Programa Nacional de Vacinação (PNV) o que aconteceu em 2008, era de 200. Em 2018, 10 anos depois da introdução da vacina contra o HPV no PNV o número de mortes por CCU é de cerca de 340, um acréscimo de cerca de 75%. Há pois um acréscimo substancial numa população que vacinou nos primeiros 10 anos cerca de 85% da população alvo. Porque é que isto aconteceu? A vacina é de facto eficaz em proteger contra as estirpes que contém e o programa foi um sucesso tendo atingido o seu objectivo de vacinação. Penso que a explicação mais lógica é pela falta de vigilância associada à falsa protecção que a vacina confere.

A melhor prevenção é a prevenção e a regular visita ginecológica. A maioria das mulheres com cancro do colo do útero são mulheres não vigiadas. Muitas vezes há mais de 5 anos, sem serem observadas. Daqui a importância da vigilância ginecológica regular. Fazer a vacina confere indevidamente a permissão para “aligeirar” a visita ao ginecologista, pois pensam que estão protegidas contra “a maior causa de cancro do colo do útero, que mata tanta gente que é a segunda causa de morte no mundo inteiro a seguir ao cancro da mama” – que é o que a comunicação social divulga e conduz a uma interpretação errada.

70% dos cancros de colo de útero a nível mundial, são devidos à persistente infecção pelas estirpes 16 (20%) e 18 (50%) do HPV, protegidas pelas vacinas em uso actual. É verdade. Mas apenas se forem vacinadas antes de qualquer contacto. A vacina é preventiva, mas não trata. Daí o aconselhamento dos 9-26 anos. Após iniciar a actividade sexual mais de 80% da população está estimada como tendo tido contacto com o vírus do HPV. E se forem vigiadas regularmente serão tratadas, e o corpo resolve em mais de 90% dos casos sozinho em 2 anos.

Daí o aconselhar-se a vacina aos 9-10 anos de idade. Cerca de 7,5% das crianças começam a actividade sexual antes dos 12 anos. Mais uma vez trata-se de uma estatística mundial. Será esta a solução em vez de uma educação sexual? Será esta a solução para uma vida futura feliz emocionalmente? Há estudos que indicam menos natalidade em mulheres vacinadas. Não acredito que por infertilidade. Talvez porque

## **“A maioria das mulheres com cancro do colo do útero são mulheres não vigiadas. Muitas vezes há mais de 5 anos, sem serem observadas. Daqui a importância da vigilância ginecológica regular.”**

emocionalmente o tipo de vida que levaram não as fez ter vontade de serem mães? Não estou a dizer que a vacina é um passaporte para a promiscuidade, mas que a falsa liberdade conferida é grave no desenvolvimento físico e emocional de uma jovem.

Em Portugal, 49,3% dos adolescentes entre os 15-19 anos de idade já tinham tido experiências sexuais (dados de 2005). E em Portugal, as estirpes mais comuns são de facto os serotipos 16 e 18, os responsáveis pela grande maioria dos tumores de colo de útero. E a vacina contém estes serotipos.

### **Vacinas**

Devemos ter em atenção que a vacina é profiláctica e não terapêutica. As duas vacinas contra o HPV mais conhecidas são a Gardasil (Merck) aprovada na União Europeia e EUA em 2006, e a Cervarix (GSK), aprovada na União Europeia em 2007. Temos apesar de tudo ainda muito pouco tempo para avaliarmos a sua eficácia a longo termo.

### **Reacções adversas**

A vacinação não é concordante em todos os países, sendo que no Canadá, Brasil, México e Argentina, o número previsto de vacinação está muito aquém do desejado porque foram relatados efeitos adversos negativos, relacionados com a vacinação.

Apesar da segurança atribuída à vacina, a Colômbia reportou um número

desproporcionado de dor neuropática, muito superior ao descrito pela companhia produtora do Gardasil (Sanchez Gomes and Hernandez-Florez 2014). Na Colômbia inclusive houve registos de suicídios depois da vacinação (Tabackman 2017).

O Japão, depois de 4 anos da introdução, suspendeu a recomendação da imunização contra o HPV em 2014 (Larson et al, 2014). Esta decisão foi efectuada por casos de dor crónica e outros sintomas. Penso que ainda não a reintroduziu.

Os efeitos mais frequentemente reportados com a Gardasil são: dor, tumefacção sangramento, inflamação no local da injeção e dor de cabeça, febre, náusea, diarreia, dor abdominal e síncope. As reacções relativas à Cervarix são em mais de 20% locais, tal como a Gardasil e as gerais com mais de 20% relativas a cansaço, mialgias, sintomas gastrointestinais e artralgias. Os sintomas mais frequentes quer de uma quer de outra incluem dor crónica, como parestesias, cefaleias, fadiga e intolerância ortostática (Martines-Lavin 2015)

Devemos ter também em conta, que as doenças desmielinizantes após a vacinação não são desprezíveis. Também reportadas com outras vacinas.

O termo ASIA (Autoimmune/Inflammatory Syndrome Induced by Adjuvants), engloba sintomas associados ao adjuvante utilizado e inclui sintomas como febre, mialgia, artralgia e artrite. Com a vacina do HPV observamos cerca de 3,6 casos por cada 100.000 doses de HPV. Sendo a dose da Gardasil 9 mais potente, este número expectado é maior, e havendo predisposição para doença autoimunitária num indivíduo, esta carga maior é de se considerar indo favorecer essa resposta. A Colômbia não vacina as mulheres com esta predisposição. No entanto a OMS, considera a vacina “safe”, sem que tenham sido provadas como causadora de toda a sintomatologia descrita e que levou o Japão a abolir a vacina do seu programa de vacinação.

### **Conjugando os factos**

Não faz sentido, vacinar crianças contra doenças que não são próprias das crianças. Quando o seu sistema imunitário está mais



fragilizado e imaturo. As reacções são de facto mais frequentes em crianças do que nos adultos. Factores de risco para as infecções pelo HPV incluem predisposição genética, estado imunitário, co-infecções com outras doenças sexualmente transmitidas, e tabaco. Ainda multiparidade, início precoce da actividade sexual, múltiplos parceiros, uso de anti concepção de longo termo, infecções HIV ou outras causas de imunossupressão a longo termo. Estes tumores são cada vez mais frequentes no nosso país e Portugal preza-se por um Programa Nacional de Vacinação eficaz e abrangente. E a vacina foi introduzida há 11 anos Sabemos também que 90% das lesões têm auto resolução, ou seja o nosso corpo resolve-as.

As alterações de baixo grau observadas na citologia, na maioria das vezes desenvolvem-se rapidamente depois do contacto infeccioso. Estas lesões de baixo grau são detectadas numa citologia de rotina (ASC-US, LSIL ou CIN1). Estas pequenas alterações regridem na maioria das vezes. 5-15 anos depois dependendo da sensibilidade e intensidade do método de "screening", pode então desenvolver-se a lesão de alto grau, chamada de CIN 3. A progressão de um CIN3 para um tumor invasivo leva muitos anos ou até décadas. O intervalo do contacto até alto grau, é geralmente menor do que do alto grau para o tumor.

Se durante todas estas décadas do potencial desenvolvimento do tumor, em que a mulher deveria ser vigiada (desde que inicia a sua actividade sexual) estas alterações não forem detectadas, então a incorporação de determinadas partículas do vírus no próprio material genético da célula epitelial, vão levar à progressão para o desenvolvimento do tumor.

Então se a mulher for vigiada será feita a detecção precoce e administrado o

tratamento adequado e muito provavelmente curativo, não correndo o risco das acções adversas da vacina, ou efeitos a longo prazo que desconhecemos ainda. Penso que temos é de gastar dinheiro na prevenção primária, com informação e educação das crianças, e não dizer que "não há rastreio suficiente" por isso melhor a vacina. Se estivéssemos num país de terceiro mundo a minha posição seria totalmente diferente.

E a verdade é que nos países que vacinaram maciçamente a sua população jovem, quando as vacinas surgiram, o risco na década seguinte aumentou imenso comparativamente aos que não vacinaram e podem assim servir de população controlo, como a França.

### **Prevenção primária e secundária da infecção pelo HPV e cancro do colo do útero**

A Prevenção Secundária, corresponde à vigilância regular destas mulheres, com vista à detecção e tratamento precoce das lesões eventualmente observadas, evitando-se a progressão para o estadio tumoral.

Com efeito, a citologia efectuada (Papanicolau) em países industrializados, reduziu muito a incidência deste tumor. A citologia anual é essencial e a revisão médica sobretudo ginecológica também. Não é demais pois enfatizar a importância da visita ao ginecologista, de forma regular, desde que se inicia a actividade sexual. Se as lesões tumorais continuam a aumentar, é porque este método está a falhar. E não é isso que deveria estar a acontecer em países ditos desenvolvidos. A Citologia é um método simples e económico.

Vacinar crianças, cada vez mais cedo, porque cedo podem iniciar a actividade sexual, pensando estar protegidas, não pode ser o nosso objectivo. Não vão decerto ao ginecologista, nem sabem que o devem fazer, nem pedem aos pais para as levarem. Se houvesse uma boa comunicação com os pais, talvez isto não acontecesse, nem o início da actividade sexual fosse cada vez mais precoce como observamos.

Se falha a vigilância periódica, a solução é efectuar uma prevenção primária mais eficaz, não através da vacinação, mas educando a população e não arranjando soluções para os problemas que assim nunca se resolverão e levarão a uma sociedade doente e pouco produtiva.

A Prevenção Primária tem por objectivo evitar ou remover factores de risco ou causais antes que se desenvolva o mecanismo patológico que levará à doença.

Deve ser efectuada neste caso às crianças, adolescentes e adultos jovens, mesmo aos pais, e ao fim e ao cabo a toda a população, com vista à diminuição da incidência da doença, ensinando os factores de risco associados, por exemplo, e a existência de uma prevenção secundária e da sua enorme importância. Sobretudo, friso, da visita regular ao ginecologista. Se com factores de risco, aconselhada de 6 em 6 meses.

A vacina não protege de todos os serotipos, necessitando da prevenção secundária igualmente, facilita na cabeça imatura da juventude uma falsa protecção e descanso na vigilância pelo ginecologista e na execução da citologia. A prevenção primária, que não a vacinação, está difícil pois passaria por uma educação sexual e estrutural/emocional, mais sólida à criança, com vista à redução do número de parceiros sexuais e início mais tardio de uma actividade sexual. E muitos pais e professores se demitem da sua função de educadores.

### **Conclusão**

A conclusão a que cheguei depois de tudo o que li, e estudei, foi a de que é muito mais produtivo e eficaz a citologia e a visita à ginecologia regularmente, do que o que gastamos numa vacina que apresenta riscos não desprezíveis.

A vacinação ficaria para adolescentes mais velhos e jovens adultos, com sistema imunitário já mais maduro, e antes do início da actividade sexual, depois de pesar alguns factores e de explicar a necessidade da continuação do rastreio. Se a actividade sexual cada vez se inicia mais cedo, não é a justificação para vacinarmos.

A não ser quando sabemos estar perante uma família em que os riscos da falta de diálogo entre pais e filhos, vai colocar a criança em risco.

E voltando ao princípio, comecei a escrever e a estudar sobre isto, pois sistematicamente vejo mulheres na menopausa a serem aconselhadas à vacinação. E continua a não me fazer sentido, por tudo o que vimos ■

Para a leitura integral deste artigo consultar <https://www.draivonemirpuri.pt/category/artigos-de-opiniao/>

*"O que me preocupa não é o grito dos maus mas o silêncio dos bons." Martin Luther King*