



Jaime Correia de Sousa

Uma presidência do IPCRG muito interessante e gratificante

P. 6/7

Lançado inovador curso intensivo em doenças respiratórias para enfermagem

P. 10/11



Miguel Román-Rodríguez

Consenso Español ACO GesEPOC

P. 8

Veja as fotos das Jornadas em justnews.pt

Jornal Médico

Congresso

DIRETOR: JOSÉ ALBERTO SOARES
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA
NO DIA 22 DE ABRIL 2017



4^{as} Jornadas GRESP

21 E 22 DE ABRIL DE 2017
HOTEL VILA GALÉ COIMBRA

Publicações



www.justnews.pt



O presidente da ARS Centro representou o ministro da Saúde na sessão de abertura

Jornadas pretendem ser uma experiência enriquecedora



Rui Costa

Coordenador do GRESP

Estimados participantes,

Na qualidade de coordenador do GRESP, quero dar as boas-vindas a todos quantos nos quiserem acompanhar neste evento científico e de convívio interpares, esperando que seja do agrado de todos e vá ao encontro das expectativas e necessidades formativas no panorama das doenças respiratórias no âmbito dos cuidados de saúde primários.

A escolha do lema está diretamente relacionada com 3 principais tarefas e desafios desempenhados pela equipa de saúde, composta pelo especialista de MGF e enfermeiro de família, aos doentes respiratórios que são diariamente assistidos nas diferentes unidades de CSP a nível nacional.

Para a melhor prestação de cuidados de saúde aos doentes respiratórios é essencial diagnosticar e tratar corretamente as múltiplas doenças respiratórias agudas e crónicas, a sua capacitação para compreenderem e saberem lidar com a sua doença respiratória crónica e acompanhar

(Continua na página 3)

650 Participação recorde prova dinamismo do GRESP

9.ª Conferência Mundial do IPCRG

Luís Alves, presidente da Comissão Científica da 9.ª Conferência Mundial do IPCRG, e Siân Williams, diretora executiva do IPCRG, fizeram ontem uma apresentação sobre a 9.ª Conferência Mundial IPCRG e apelaram à participação no evento. Na foto, o presidente do GRESP com elementos da organização da reunião que decorrerá no Porto, entre 31 de maio e 2 de junho de 2018: Rafael Stelmach, Rui Costa, Siân Williams, Carlos Gonçalves, Jaime Correia de Sousa, Miguel Román-Rodríguez, Christine Lawson e Luís Alves.



a partilhar informação desde 1981

www.justnews.pt



Jornal Médico

DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

MENSAL - Publicação de referência na área dos CSP, especialmente dirigida à Medicina Geral e Familiar.



PUBLICIDADE

Comissão Organizadora das 4^{as} Jornadas GRESP:
Tiago Lopes, Eurico Silva, Marlene Ferreira, Rui Costa, Cláudia Vicente, Rui Oliveira, Ana Peixoto, Daniel Castro e (ausentes na foto) Liliana Teixeira e Tiago Maricoto



(Continuação da página 1)

adequadamente, ao longo da vida, os doentes portadores de doenças respiratórias crónicas, de forma a responder às suas necessidades de saúde e de controlo da doença e, assim, contribuirmos para poderem viver melhor.

Estas Jornadas pretendem ser um fórum de discussão e atualização científica de temas atuais, pertinentes e de utilidade para a prática clínica diária, no âmbito dos CSP. Também pretendem ser uma oportunidade para propiciar o contacto, o encontro e a comunicação, com debate e partilha de conhecimentos, experiências, ideias e projetos entre profissionais de CSP.

A Comissão Organizadora empenhou-se na elaboração de um aliciente, atual e diversificado programa científico destas Jornadas, de forma a satisfazer e corresponder às melhores expectativas e necessidades de todos os participantes. Contamos com a participação de médicos de MGF, médicos de outros grupos de doenças respiratórias, nomeadamente de Espanha e do Brasil, membros do IPCRG, médicos de outras especialidades e de representantes das associações de doentes, para que seja uma experiência enriquecedora. Assim, gostaríamos de destacar os principais temas como, a investigação em CSP, a doença alérgica na consulta de MGF, a sobreposição Asma/DPOC, a desabitação tabágica, a patologia respiratória e a doença profissional, o cancro do pulmão, o estado da arte na asma e DPOC e a doença intersticial do pulmão. Tere-mos três simpósios e quatro sessões de comunicações livres sujeitas a atribuição de prémio para a melhor comunicação.

Existirão também várias oficinas de carácter eminentemente prático, interativo e útil sobre espirometria, inaladores, cuidados respiratórios domiciliários, rinosinusite, reabilitação respiratória em CSP, imagiologia respiratória e um inovador curso intensivo de cuidados respiratórios em enfermagem.

No decorrer das Jornadas, irão ser apresentados dois folhetos formativos, um sobre espirometria, elaborado pelo GRESP, e outro sobre abordagem da rinite, elaborado pela parceria GRESP/ /APMGF/SPAIC. Iremos distribuir o Prémio GRESP/APMGF/ASTRAZENECA para o melhor trabalho de investigação na área da DPOC no âmbito dos CSP.

Agradecemos a indispensável presença e o relevante apoio da Indústria Farmacêutica.

Contamos com a participação e a melhor colaboração de todos.

Um abraço, com amizade.

Sessão de abertura



Carlos Cortes, presidente da Secção Regional do Centro da OM, fez questão em passar pelas Jornadas



Rui Costa, coordenador do GRESP

“Estas Jornadas pretendem ser um fórum de discussão e atualização científica de temas atuais, pertinentes e de utilidade para a prática clínica diária, no âmbito dos CSP.”

Inês Rosendo, em representação da Secção Regional do Centro da OM

“A Ordem dos Médicos fica satisfeita por ver organizações que, como o GRESP, fomentam a formação de redes internacionais com colegas de outras especialidades e que, partindo de médicos de família e para médicos de família, estimulam a formação com qualidade e o desenvolvimento da investigação.”

Rui Nogueira, presidente da APMGF

“Quero agradecer o grande envolvimento e dinamismo que o GRESP tem no contexto global, não só na organização destas Jornadas, mas em muitas outras manifestações, nomeadamente, naquilo que é a transformação do conhecimento em veículos de informação.”

José Manuel Tereso, presidente da ARS Centro

“Um doente informado e capacitado é um parceiro ativo no processo terapêutico que, em articulação estreita com o médico de família, enfermeiro de família e restantes elementos da equipa de saúde, concorre para um *outcome* clínico favorável.”



Coordenação do GRESP: João Ramires, Rui Costa, Cláudia Vicente, Carlos Gonçalves e Luís Alves

Número recorde de participantes



Miguel Román-Rodríguez e Jaime Correia de Sousa, anterior e atual presidente do IPCRG



Aplicação informática complementa livro sobre função respiratória

Foi criada uma aplicação informática que serve de complemento ao livro *Avaliação da Função Respiratória em Medicina Familiar*, da autoria dos pneumologistas António Paes Cardoso e José M. Reis Ferreira e do médico de família Rui Costa. A ferramenta foi apresentada ontem, durante as Jornadas.



O secretariado é, mais uma vez, assegurado pela leading

Lançamento de folhetos



Espirometria

Foi apresentado e distribuído ontem um folheto formativo sobre espirometria, elaborado pelo GRESP (Rui Costa e Pedro Fonte, na foto), com o apoio da Boehringer Ingelheim (Pedro Fogollin, na foto).

Rinite

O GRESP e o Grupo de Interesse de Rinite da Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (Rui Costa e Manuel Branco Ferreira, na foto), com o apoio dos Laboratórios Vitória (Luís Proença, Joana Vasques e Clara Perdigão, na foto), elaboraram um folheto informativo sobre rinite.



“Cuidar, Capacitar, Acompanhar” é o lema das 4^{as} Jornadas do GRESP. Qual a importância destas três tarefas e desafios desempenhados pela equipa de saúde na prestação de cuidados de saúde aos doentes respiratórios?



DIANA ISIDRO
Interna de MGF, USF São Vicente, Penafiel

“Na zona onde trabalho há muita patologia respiratória. Há uma grande prevalência de DPOC e daí o meu interesse em vir a estas Jornadas aprender um pouco mais a lidar com os doentes e a ajudá-los, porque muitas vezes estes não valorizam a doença que têm, porque estão pouco sintomáticos e não percebem a importância de uma boa terapêutica no alívio e, sobretudo, no impedimento da progressão da doença para estádios mais avançados.”



JACINTA COELHO
Médica de família, USF Monte Crasto, Gondomar

“Acho de grande relevância falar sobre o tema das doenças respiratórias, porque não tem sido muito abordado ao nível dos CSP. Foi dada muita importância à diabetes e à hipertensão e a DPOC e a asma, que têm uma grande relevância no país, também devem ser abordadas, até porque têm aparecido muitas terapêuticas novas. Os CSP são a ‘porta de entrada’ destes doentes. Convém que estejamos sempre atualizados para conseguir despistar estas situações e tratar atempadamente e prevenir todas as consequências e complicações.”



DOMINGOS MALTA
Enfermeiro, CH de Vila Nova de Gaia/Espinho

“No estado da arte em que estamos em termos de assistência à nossa população na área das doenças respiratórias, acho que já não há outra forma de encarar a prestação da assistência sem ser com trabalho colaborativo, porque nenhuma profissão conseguirá, efetivamente, atingir os objetivos plenos (autonomia do doente na gestão da terapêutica) se não existir um esforço conjunto de todos os profissionais de saúde envolvidos. Faz todo o sentido organizar eventos científicos que englobem os diferentes profissionais que abordam a mesma situação.”



PUBLICIDADE

JAIME CORREIA DE SOUSA, PRESIDENTE DO INTERNATIONAL PRIMARY CARE RESPIRATORY GROUP (IPCRG):

“A minha atividade na presidência do IPCRG tem sido m

Praticamente um ano depois de ter assumido a presidência do International Primary Care Respiratory Group (IPCRG), Jaime Correia de Sousa falou à *Just News* sobre o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido e dos projetos para o futuro. Embora reconheça que a função que desempenha neste organismo representa um acréscimo de responsabilidades e um esforço pessoal adicional, o professor auxiliar convidado da Escola de Medicina (EM) da Universidade do Minho e médico de família da USF Horizonte, em Matosinhos, considera que a sua atividade na presidência do IPCRG tem sido “muito interessante e gratificante”.

Just News (JN) – Preside ao International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) desde maio de 2016. Qual é o papel deste organismo?

Jaime Correia de Sousa (JCS) – O International Primary Care Respiratory Group é uma organização sem fins lucrativos com a missão de executar e promover investigação sobre cuidados de saúde, tratamento e prevenção de doenças respiratórias e dependência do tabaco na comunidade. O IPCRG integra organizações nacionais de cuidados primários respiratórios e é uma comunidade global de prática. O seu objetivo é elevar os padrões de tratamento em cada país e no mundo, através de investigação colaborativa em «vida real», da inovação, da difusão das melhores práticas e de educação e provedoria. Além disso, através da sua rede de profissionais de cuidados primários, tem como função disseminar os resultados da investigação para o benefício dos pacientes.

JN – Como tem sido o seu desenvolvimento?

JCS – O IPCRG foi criado em 2001, como resultado da necessidade sentida pelos médicos envolvidos em vários países de se produzir evidência científica no âmbito das doenças respiratórias que retrate a realidade dos cuidados de saúde primários. Atualmente, inclui membros de mais de 30 países, de todos os continentes.

JN – Foi a primeira vez que um português assumiu a liderança desta entidade, que conta com uma rede de 130 mil profissionais de CSP. O que significa para si e para a MGF portuguesa?

JCS – A minha atividade na presidência do IPCRG tem sido muito interessante e gratificante, apesar de representar um acréscimo de responsabilidades e um esforço pessoal adicional, na medida em que mantenho a minha atividade como médico de família na USF Horizonte, em Matosinhos, e continuo a ser docente e coordenador da Área Científica de Saú-

de Comunitária da Escola de Medicina da Universidade do Minho. Mas esta minha posição possibilita igualmente aos colegas do GRESP e da Universidade do Minho numerosas oportunidades de cooperação em projetos de investigação nacionais e internacionais, de criação e desenvolvimento de redes de cooperação e oportunidades de formação em doenças respiratórias.

Os médicos de família portugueses estão hoje mais informados sobre as atividades do IPCRG e têm mais oportunidades para participar nas iniciativas e nos eventos desenvolvidos pela Organização.

O GRESP tem também traduzido e adaptado vários documentos do IPCRG, que tem distribuído aos seus membros e divulgado aos colegas de MGF em geral e que são importantes ferramentas para melhorar a prática clínica dos médicos de família. O *site* do GRESP (www.gresp.pt) e a página do *Facebook* (www.facebook.com/gresp.gruporespiratorias) são atualizadas com muita frequência e têm um número de leitores e um alcance considerável, dando um contributo importante para a formação e informação dos colegas portugueses e brasileiros e de outros países lusófonos.

JN – Como avalia a evolução do peso da MGF no seio do IPCRG nos últimos anos?

JCS – Apesar do IPCRG ser uma organização de profissionais de CSP, a MGF teve desde o início uma posição predominante nas suas atividades e nos órgãos e comités da organização. Como se trata de uma organização aberta a outros profissionais de CSP, colaboram muitas pessoas de outras formações. Nos países onde a MGF ainda se encontra em fase de desenvolvimento e há poucos MF com interesse pela área respiratória, temos igualmente como colaboradores pneumologistas e pediatras comunitários.

JN – Quais os principais objetivos a que se propôs quando assumiu a presidência?

JCS – A minha proposta inicial para a

presidência foi de promover e apoiar projetos educacionais relevantes para os nossos membros nacionais; patrocinar e disseminar investigação seguindo as prioridades estabelecidas por consenso; desenvolver e consolidar uma forte rede de grupos respiratórios internacionais, nacionais e regionais; trabalhar em conjunto com organizações internacionais para influenciar a agenda política da saúde em apoio aos profissionais de cuidados primários; trabalhar em conjunto com as organizações de pacientes, a fim de compreender as suas necessidades e apoiar o seu papel e continuar a organizar as conferências do IPCRG e as reuniões de investigação como parte do calendário respiratório internacional.

JN – Que atividades foram desenvolvidas desde aí?

JCS – As minhas principais preocupações iniciais e que têm ocupado uma parte considerável do tempo dos membros do *Board* têm sido relativas à sustentabilidade financeira da Organização. O IPCRG cresceu muito nos últimos anos e necessita de aumentar e diversificar as fontes de financiamento e as parcerias institucionais.

Temos dedicado muito tempo a preparar candidaturas a bolsas e ao financiamento por fundações e instituições internacionais. Felizmente, temos obtido algum sucesso e estamos já a desenvolver atividades de investigação e formação abertas pelos fundos dessas bolsas.

Além disso, tem sido ainda um objetivo da Direção manter e aumentar a cooperação em rede com os departamentos académicos de MGF com interesse pela investigação em doenças respiratórias. Estas parcerias têm proporcionado oportunidades de financiamento de fundos europeus de investigação.

Outra das atividades tem sido o desenvolvimento de ações de formação e disseminação de boas práticas, criando ou atualizando mais materiais pedagógicos, organizando a formação de formadores, o desenvolvimento de programas de *e-learning*, financiando projetos de educa-



Jaime Correia de Sousa | Os médicos de família portugueses estão hoje mais informados sobre as

ção e organizando as nossas conferências e reuniões de investigação.

O IPCRG concluiu também um acordo com a WONCA Mundial que irá permitir manter atividades formativas na área das doenças respiratórias nos congressos europeus e mundiais. Estivemos em Copenhaga e no Rio em 2016 e iremos estar este ano em Praga com simpósios e oficinas, e iremos voltar em 2018.

Adicionalmente, continua a participar no GARD (Global Alliance against chronic Respiratory Diseases), organismo que reúne um grande número de organizações de todo o mundo com interesse pelas doenças respiratórias, sob o patrocínio da Organização Mundial de Saúde.

JN – Que projetos tem o IPCRG em curso?

JCS – O IPCRG está neste momento envolvido no FRESH AIR (*Free Respiratory Evaluation and Smoke-exposure reduction by primary Health Care Integrated Groups*) - projeto de investigação de três anos para melhorar a prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças respiratórias não transmissíveis em países de baixo e médio rendimento (LMIC) e outros locais de baixos recursos; no *Capacity Building - Teaching the teachers of primary healthcare professionals to treat tobacco dependence*, apoiado pelo Global Bridges, projeto de formação em rede na área da dependência do tabaco dirigido a quatro países de Leste (Bulgária, Macedónia, Quirguistão e Roménia); no *Asthma Xchange* - projeto de *e-learning* sobre diagnóstico e tratamento da asma com uma bolsa educacional de uma empresa farmacêutica; no UNLOCK (*Unco-*

verting and Noting Long-term Outcomes in COPD to enhance Knowledge COPD cohort), que tem como objetivo facilitar a partilha de dados nacionais/regionais existentes sobre DPOC e asma que podem ser agrupados para responder a questões específicas que requerem dados longitudinais.

Já produziu vários artigos científicos e outros estão a ser ultimados. Atualmente, está a aguardar decisões sobre bolsas de investigação que permitam lançar novas atividades; e no *Difficult to manage asthma: Teach the Teacher*, projeto de formação de formadores sobre asma de gestão difícil que foi lançado através de um *workshop* de dois dias em Roma, em janeiro de 2015. O objetivo era desenvolver a capacidade de ensinar outros colegas clínicos sobre asma difícil de gerir. Os participantes trabalharam competências educacionais e planearam programas educacionais nacionais para desenvolver nos seus países. Estes programas foram posteriormente desenvolvidos entre 2015 e 2016, com apoio e financiamento da UBIORED e do IPCRG. Pretende-se agora dar continuidade ao projeto com novo financiamento e destinado a novos países.

JN – Quais os maiores desafios que se têm colocado na liderança deste organismo?

JCS – Os principais desafios têm sido a sustentabilidade financeira, a globalização, a complexidade organizacional, devido à dimensão e expansão mundial da organização, e os constantes estrangimentos de tempo dos dirigentes e colaboradores, que têm de dividir a sua atividade entre a prática clínica, a in-

uito interessante e gratificante”



atividades do IPCRG

JN – Qual a importância de o Porto receber a 9.ª Conferência Mundial IPCRG, de 31 de maio a 2 de junho de 2018?

JCS – A realização da 9.ª Conferência Mundial do IPCRG no Porto será uma fase importante da evolução da organização. Para além da participação habitual dos elementos tradicionalmente mais ativos, queremos contribuir para atrair novos colegas e novos grupos para colaborarem com o IPCRG.

Por razões que se prendem com a nossa posição geográfica e as relações institucionais que temos desenvolvido, temos condições para atrair um público novo, sobretudo de Portugal, Espanha e América Central e do Sul, pelo que iremos organizar sessões e atividades de formação dirigidas a essa audiência Ibero-Americana. Haverá um subcomité específico para o programa Ibero-Americano, com colegas de Portugal, Espanha, Brasil e Chile.

O Comité Científico, presidido pelo Luís Alves, é constituído ainda por Siân Williams (UK), diretora executiva do IPCRG, Miguel Román e Ana Morán (Espanha), Rafael Stelmach (Brasil), Carlos Gonçalves e eu próprio (Portugal) e Anders Ostrem (Noruega).

Apostamos numa participação importante de colegas portugueses. Queremos que os internos de MGF, os jovens médicos de família e mesmo internos de outras especialidades com interesse nas doenças respiratórias possam apresentar os seus trabalhos de investigação e possam assistir a sessões clínicas, apresentação de trabalhos e a *workshops*, aproveitando a oportunidade da presença de muitos membros e convidados do IPCRG de elevado prestígio científico.

Temos como objetivo envolver os nossos parceiros institucionais, tais como a Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP), a Sociedade Portuguesa de Alergologia e Imunologia Clínica (SPAIC) e o Programa Nacional de Doenças Respiratórias (PNDR).

JN – O que pode adiantar sobre o evento?

JCS – A Conferência do Porto 2018 propõe-se proporcionar uma atualização abrangente sobre as melhores práticas em cuidados respiratórios em medicina familiar e uma oportunidade para ouvir, apresentar e debater a mais recente investigação e reflexões em medicina respiratória. O lema da Conferência é “Saúde Respiratória - Acrescentar Valor num Mundo com Recursos Limitados”.

JN – Quais os temas que serão debatidos?

JCS – Pretendemos debater como se pode alcançar um alto valor para os pacientes, sendo valor definido como

“os resultados de saúde alcançados por dólar gasto”. Deverá a obtenção de valor tornar-se a principal meta da prestação de cuidados de saúde? Que resultados medimos? Quem os define? Que custos - como medimos desperdício, carbono, pessoas, instalações e medicamentos? O que são Cuidados Respiratórios Certos? Quais são as coisas certas a fazer nos cuidados primários e como ajudamos que estas sejam feitas de forma correta?

Outros temas a tratar serão a investigação, o ensino, as boas práticas em doenças respiratórias crónicas, como a asma e a DPOC, o tabagismo, as infeções respiratórias, a tuberculose, o SAOS, as técnicas inalatórias, métodos e questionários de diagnóstico, avaliação do controlo, tratamento, seguimento de pessoas com doenças respiratórias, trabalho em equipa, práticas centradas nas pessoas, etc.

JN – Quantos participantes são esperados?

JCS – Estamos a fazer um grande esforço de divulgação nacional e internacional, mas ainda é cedo para perceber como irá ser a adesão. É importante que haja uma boa participação portuguesa. Temos dois cenários previstos. Um cenário menos otimista, com cerca de 500 participantes, e um mais provável, em que esperamos ultrapassar os mil participantes.

JN – Por fim, quais os projetos para o futuro no IPCRG?

JCS – Os projetos do IPCRG passam por aumentar a nossa capacidade de atuação e de influência na Europa de Leste, na Ásia, na América Latina e tentar desenvolver algum do trabalho já iniciado em África.

Tivemos recentemente a aprovação de duas novas bolsas de investigação e de educação, em colaboração com redes de departamentos universitários, que nos irão permitir expandir a nossa colaboração nalgumas destas regiões.

Estamos a organizar a Reunião Científica do IPCRG em Ljubljana, Eslovénia, em 17-18 de maio de 2017 e a 1.ª Conferência Científica da Ásia do Sul no Sri-Lanka, de 3 a 5 de agosto, que são marcos importantes desta estratégia da organização.

Novos projetos de investigação estão em preparação para serem candidados a financiamento. Iremos continuar o trabalho com a Europa de Leste e Ásia, no âmbito do projeto FRESH AIR. Temos propostas muito interessantes de colaboração com a China, a nossa organização afiliada mais recente. Tencionamos dar continuidade ao UNLOCK e desenvolver novas iniciativas *Teach the Teacher*. E a cooperação com a OMS através do GARD tem condições para ser aprofundada.

NA CRIANÇA

Alergia respiratória na consulta de MGF



Paula Leiria Pinto

Diretora do Serviço de Imunoalergologia do Hospital de Dona Estefânia, CHLC

Em Portugal, a alergia respiratória afeta uma em cada três crianças, cerca de metade não tem a doença controlada, é causa de aumento da utilização dos serviços de saúde e tem enorme impacto. Otimizar a abordagem diagnóstica e terapêutica da rinite e asma, as doenças crónicas mais frequentes na criança, deve ser uma prioridade da MGF.

Devido à heterogeneidade destas doenças, complexidade de fenótipos e endótipos, a criança com alergia respiratória coloca grandes desafios ao médico, sendo reconhecidos problemas de subdiagnóstico, subtratamento e sobretratamento.

Na idade pré-escolar, a sibilância recorrente afeta um terço das crianças, podendo ser transitória ou persistente. Identificar se um episódio de sibilância é, ou não é, a primeira manifestação de asma, se a criança com rinite alérgica vai desenvolver asma, são exemplos de algumas questões colocadas pelos pais.

As queixas de falta de ar e de asma associadas ao esforço físico são comuns na idade escolar, conduzem muitas vezes à redução da atividade física e devem ser pesquisadas sob risco de omissão, exigindo avaliação diagnóstica criteriosa.

O diagnóstico é feito pela história clínica e confirmado pela deteção de IgE específicas, através dos testes cutâneos por picada e/ou medições de IgE específicas. Na idade pré-escolar, o padrão de sibilância, a presença de rinite, o índice preditivo de asma ajudam a identificar a criança asmática. Acrescente-se que, acima dos 5 anos, a espirometria é indispensável ao suporte diagnóstico de asma.

A classificação da doença em alérgica e não alérgica assenta na deteção da sensibilização e a presença de atopia define-se pela positividade para IgE específicas e está associada à persistência da sibilância e a formas mais graves de doença.

Para monitorizar a resposta à terapêutica, utilizam-se os sintomas, a função respiratória, a evolução estatura-ponderal e ques-

tionários para avaliar o controlo da asma (TRACK, C-ACT) e o controlo da asma e rinite (CARATKids). Os biomarcadores para monitorizar a inflamação das vias aéreas não estão recomendados na rotina clínica.

O tratamento tem por objetivo a obtenção e manutenção do controlo das doenças, com base nas recomendações. Como terapêutica de primeira linha, na rinite alérgica temos os anti-histamínicos e os corticoides nasais e na asma persistente os corticoides inalados (CI). Algumas particularidades do tratamento preventivo e das exacerbações de asma na criança serão abordadas.

A seleção e o uso correto dos inaladores, o incentivo e reforço da motivação à adesão ao tratamento, o suporte educacional na autogestão do tratamento da criança e família determinam o sucesso terapêutico. Dependendo do estágio de desenvolvimento, é importante envolver a criança no tratamento e promover a aquisição progressiva de autonomia, sob supervisão dos pais.

Relativamente à prevenção, deve ser recomendada a exposição da criança a ambiente sem fumo, com evicção completa do tabagismo ativo e passivo, atendendo ao efeito benéfico na saúde e na prevenção primária da alergia.

A seleção e o uso correto dos inaladores, o incentivo e reforço da motivação à adesão ao tratamento, o suporte educacional na autogestão do tratamento da criança e família determinam o sucesso terapêutico.

Uma palavra final sobre a importância da articulação com a Imunoalergologia para investigação diagnóstica em situações em que persistam dúvidas, otimização do tratamento perante ausência de resposta à terapêutica, aparecimento de efeitos secundários da medicação e ponderação da indicação de Imunoterapia específica devido a tratar-se do único tratamento etiológico, capaz de modificar a história natural da doença.

Consenso Español ACO GesEPOC



Miguel Román-Rodríguez

Médico de familia. GRAP. Centro de Salud Son Pisa, Palma de Mallorca, España

El asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son las enfermedades respiratorias crónicas más frecuentes. La superposición de las características clínicas de EPOC y asma en un mismo paciente podría deberse a la coincidencia de dos enfermedades de alta prevalencia o a la existencia de elementos patogénicos comunes. Todavía no existe suficiente evidencia para justificar un origen común, por lo que la denominación que mejor describe la situación de este grupo de pacientes es la de solapamiento asma y EPOC, que englobaría tanto a los asmáticos fumadores que desarrollan obstrucción persistente al flujo aéreo, como a los EPOC con características de asma. Aunque hasta hace poco tiempo se utilizaba el término ACO, del inglés “*Asthma-COPD Overlap Syndrome*”, para denominar este solapamiento, recientemente, la comunidad científica tiende a retirar del concepto la palabra síndrome y a referirse solamente a “*Asthma-COPD Overlap*” (ACO).

Las guías de práctica clínica internacionales han hecho eco de la importancia del ACO y han publicado recomendaciones sobre sus características, identificación y tratamiento. No obstante, concita muchos debates, en particular en relación al concepto y criterios diagnósticos sin existir un criterio uniforme para su definición. Además, existe poca evidencia científica de calidad sobre ACO, ya que, en la mayoría de ensayos clínicos sobre una de las dos enfermedades, el padecer la otra o incluso su sospecha clínica ha sido criterio excluyente para la inclusión.

Por tanto, se podría definir el ACO como un proceso en evolución y en el que se precisa todavía nueva evidencia científica para alcanzar conclusiones definitivas.

Recientemente, las dos guías españolas de referencia en asma (GEMA) y en EPOC (GesEPOC) han propuesto la publicación de un documento de consenso sobre el ACO. Se formó un grupo de consenso que trabajó sobre varios temas: definición, epidemiología, diagnóstico y tratamiento y posteriormente, se elaboró una encuesta según metodología Delphi en la que se sometieron a consenso los puntos clave del documento elaborado y en la que se invitó a participar a un grupo amplio de 44 especialistas en el ámbito del asma y/o de la EPOC, (29 neumólogos, 5 alergólogos, 5 médicos de atención primaria y 5 médicos de medicina interna)

El nuevo consenso de ACO considera la coexistencia en un mismo paciente de tres elementos: tabaquismo, limitación crónica al flujo aéreo y asma. La confirmación diagnóstica se establece cuando un paciente (≥ 35 años) fumador o exfumador (≥ 10 paquetes-año), presenta obstrucción o limitación crónica al flujo aéreo (FEV_1/FVC post-broncodilatador $< 70\%$), que persiste tras tratamiento broncodilatador y con corticoides (inhales u orales en algunos casos) y tiene además un diagnóstico actual objetivo de asma. En los casos en los que el diag-

nóstico de asma no se pueda establecer, se aceptará como equivalente que el paciente tenga una espirometría con prueba broncodilatadora muy positiva ($FEV_1 \geq 15\%$ y ≥ 400 ml) o ≥ 300 eosinófilos/ μL en muestra de sangre periférica.

El diagnóstico de asma debe incluir a) *Antecedentes y/o síntomas de sospecha clínica*: antecedentes familiares de asma o antecedentes personales de asma en la infancia o antecedentes personales de atopia (sensibilización a determinados alérgenos), con síntomas respiratorios (sibilantes, tos, opresión torácica) de curso variable, o inflamación de la vía aérea superior (rinosinusitis con o sin poliposis nasal); y b) *Confirmación diagnóstica objetiva*, por reversibilidad de la obstrucción espirométrica, prueba broncodilatadora (PBD) positiva ($\geq 12\%$ y ≥ 200 ml), variabilidad circadiana del flujo espiratorio máximo (PEF) $\geq 20\%$ o fracción exhalada de óxido nítrico ($FE_{NO} \geq 50$ ppb).

De este modo el concepto de ACO englobaría a los pacientes con un verdadero solapamiento de asma y EPOC, ya que comparten ambos diagnósticos; más aquellos pacientes con una EPOC con rasgos asmáticos definidos por un componente inflamatorio eosinofílico y/o gran reversibilidad de la obstrucción.

En general, se considera que entre el 15-20% de los pacientes con EPOC podrían presentar ACO. No obstante, los datos de prevalencia son muy variables, debido al tipo de población analizada (análisis de bases de datos o estudios clínicos), la definición de asma y de EPOC utilizada y los diferentes criterios empleados para su identificación.

En líneas generales, este grupo de enfermos con ACO presentan más síntomas, peor calidad de vida y mayor riesgo de exacerbaciones que los pacientes con EPOC, aunque mejor supervivencia. La respuesta al tratamiento con GCI en ACO también se ha mostrado intermedia entre la corticoidesensibilidad de los fenotipos asmáticos TH2 alto y la cortico-resistencia de gran parte de los fenotipos de EPOC. Las diferencias en los desenlaces clínicos y en la respuesta al tratamiento del ACO respecto al asma y a la EPOC aconsejan un abordaje diferencial.

Los objetivos del tratamiento son también los comunes a los del asma y a los de la EPOC por separado: prevenir las exacer-

Los objetivos del tratamiento son también los comunes a los del asma y a los de la EPOC por separado: prevenir las exacerbaciones, alcanzar y mantener un control aceptable de los síntomas y reducir la obstrucción bronquial.

baciones, alcanzar y mantener un control aceptable de los síntomas y reducir la obstrucción bronquial. Los GCI constituyen el tratamiento de elección para el asma, y los pacientes con EPOC y expresión TH2 alta responden a este tratamiento. Por lo tanto, todos los pacientes ACO deberían recibir GCI. Por otra parte, la monoterapia con un LABA está contraindicada en el asma y la monoterapia con GCI en la EPOC. Por todo ello, el tratamiento inicial del ACO será una combinación de GCI/LABA.

No obstante, son escasos los estudios que han evaluado su eficacia en este contexto y ninguno ha comparado las diferentes combinaciones entre sí. En consecuencia, no es posible establecer una recomendación sobre cuál es la combinación de elección. Se considerará además la adición de tiotropio a una combinación GCI/LABA si persisten exacerbaciones y/o síntomas relevantes, dado que reduce el riesgo de exacerbación en la EPOC y en el asma en los pacientes insuficientemente controlados con una combinación de GCI/LABA. Así mismo, se deberán considerar otros tratamientos complementarios como la cesación del tabaquismo, rehabilitación respiratoria, antiinflamatorios nasales, oxigenoterapia, siempre que estén indicados.

Agenda de i



Jaime Correia de Sousa

Prof. auxiliar convidado da Escola de Medicina (EM) da Univ. do Minho. MF da USF Horizonte, em Matosinhos. Presidente do International Primary Care Respiratory Group (IPCRG)

Uma agenda de investigação em doenças respiratórias em cuidados primários tem como objetivos definir as perguntas de investigação, promover um consenso, a nível nacional ou internacional, avaliar a aplicabilidade das prioridades para as necessidades de investigação, apoiar a programação da investigação e definir as áreas que as instituições devem financiar.

O Programa Nacional para as Doenças Respiratórias recomenda a promoção do inventário dos dados nacionais e internacionais relativos à prevalência e gravidade das doenças respiratórias crónicas e à promoção da investigação, nomeadamente, em morbilidade e mortalidade, prioritariamente na vertente de investigação operacional, mas não define as áreas prioritárias nem sugere as perguntas de investigação.

Em 2010, o IPCRG publicou um artigo em que se resumia o consenso internacional sobre as necessidades de investigação em doenças respiratórias nos cuidados de saúde primários (CSP). Em 2012, foi publicado o estudo “Priorização das necessidades de investigação respiratória dos cuidados primários: o exercício e-Delphi do grupo internacional de cuidados primários respiratórios”. Vinte e três peritos de 21 países completaram todas as três rondas, tendo priorizado 62 questões nos cinco domínios.

Nas conclusões recomendava-se: se se pretende que os cuidados primá-



Investigação em Doenças Respiratórias nos CSP em Portugal

rios contribuam para enfrentar o desafio global do tratamento de doenças respiratórias não contagiosas, os políticos, os financiadores e os investigadores necessitam de priorizar estas questões.

Como forma de contribuir para consensualizar uma agenda de investigação em Doenças Respiratórias em CSP para Portugal, foi realizado um estudo coordenado pela Saúde Comunitária da Escola de Medicina da Universidade do Minho e publicado em 2016. Nesse estudo, foram definidas, por consenso, 12 questões principais, contendo várias subperguntas, que obtiveram um consenso superior a 80% entre os elementos de um painel constituído por médicos de família com interesse na área respiratória, docentes universitários, orientadores de formação, alguns pneumologistas e alergologistas.

Este consenso sobre as prioridades de investigação em doenças respiratórias em Portugal incide sobre asma, DPOC, tabagismo e infeções respiratórias, e sobre prevenção, diagnóstico, tratamento, cumprimento e avaliação. É também interessante analisar-se um conjunto numeroso de perguntas que obtiveram menor consenso, mas que representam áreas de investigação com potencial para contribuir para o aumento do conhecimento científico.

Existem muitas oportunidades de investigação em doenças respiratórias em MGF. Nos últimos anos, tem havido uma forte iniciativa da Escola de Medicina da Universidade do Minho, do GRESP e do IPCRG, através da atividade de docentes, doutorandos, investigadores e alunos de mestrado integrado e a Linha Piloto Saúde Comunitária de investigação no ICVS (Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde da UM). Têm sido publicados bastantes estudos, há vários em processo de publicação e outros ainda a serem terminados.

Por outro lado, tem-se assistido ao aparecimento de muitos estudos desenvolvidos por internos e/ou por USF. Apesar do grande mérito, muitos destes estudos são de caráter esporádico, sem continuidade, com dimensões populacionais limitadas, muitas vezes incidindo apenas na população da USF e nem sempre beneficiando da orientação metodológica e estatística apropriada. A existência de prémios e bolsas como as que foram recentemente lançadas pelo GRESP/APMGF,

em colaboração com algumas empresas, pode ser um importante estímulo à investigação individual de internos de MGF, de orientadores, de outros médicos de família

ou de outros profissionais dos CSP.

Recomenda-se que procurem desenvolver mais estudos cooperativos, de preferência multicêntricos, orientados pelas

necessidades e prioridades de investigação, evitando a repetição de temas, procurando a inovação, relacionados com os estudos e linhas de trabalho já em curso e aproveitan-

do as oportunidades de estudos internacionais. Desta forma, o seu interesse científico e a capacidade de produção de conhecimento serão consideravelmente maiores.



Envolvimento e capacitação dos enfermeiros de família nos cuidados de saúde aos doentes respiratórios é

Nesta edição das Jornadas do GRESP foi lançado um inovador curso intensivo em doenças respiratórias para enfermagem, que decorreu durante o dia de ontem. A *Just News* falou com o coordenador do GRESP, Rui Costa, e com os formadores deste curso – as enfermeiras especialistas em Reabilitação Glória Gonçalves e Liliana Silva e o médico de família Eurico Silva – sobre a importância do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros em colaboração com os médicos de família, no âmbito da prestação de cuidados de saúde aos doentes respiratórios.

Segundo o coordenador do GRESP, “atualmente, é fundamental os profissionais de CSP, tais como enfermeiros e médicos de família, elementos essenciais da equipa de saúde de CSP, trabalharem em estreita colaboração e articulação profissional e de forma continuada promoverem, de uma forma holística, a melhor prestação de cuidados de saúde aos doentes respiratórios”.

Estes profissionais de saúde devem, de acordo com aquele responsável, promover boas práticas e procurar atualização contínua para estarem capacitados com as competências necessárias para melhorar a gestão e prestação de cuidados de saúde aos doentes com doenças respiratórias ao longo do tempo e de acordo com as suas necessidades.

avaliação sintomática, no ensino e regular monitorização da técnica inalatória, na reabilitação respiratória de ambulatório, no suporte e apoio do doente, cuidador e fa-



Curso | Grupo dos enfermeiros participantes com os formadores e o coordenador do GRESP



Rui Costa

Neste sentido, Rui Costa considera “vital” envolver e capacitar os enfermeiros de família, à semelhança do que se passa, por exemplo, com outras áreas, como a hipertensão arterial e a diabetes, para darem apoio, acompanhamento diferenciado e personalizado aos doentes com doenças respiratórias crónicas e família.

“Os enfermeiros de família podem ter um papel importante na educação acerca da doença, na utilização de escalas de

mília na gestão da sua doença respiratória crónica”, salientou. E acrescentou:

“O sucesso da gestão das doenças respiratórias crónicas assenta na prestação de cuidados de saúde personalizados, continuados e de qualidade, numa equipa de CSP funcional, em que o MF e o enfermeiro de família são elementos-chave.”

Avaliação do enfermeiro é fundamental para orientar e organizar intervenção

Glória Gonçalves, enfermeira especialista em Reabilitação, formadora do Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, salientou que a avaliação da necessidade de cuidados respiratórios pelo enfermeiro é fundamental para orientar e organizar a intervenção possível e esta deve ser direcionada aos fatores etiológicos ou patológicos, pessoais (grupo etário) e ambientais.

“Nem sempre as condições são as melhores e, por isso mesmo, o enfermeiro vê-

-se, muitas vezes, na necessidade de avaliar e intervir sobre os sintomas dominantes, nomeadamente os que suportam dificuldade respiratória; sintomas como a tosse ou a expetoração.”

A enfermeira explicou que o acumular de secreções no trato respiratório impõe ao enfermeiro atuar de modo a remover e/ou facilitar a eliminação dessas secreções, com a finalidade de permitir

uma boa ventilação, pelas vias respiratórias, e promover as trocas gasosas.

“A remoção das secreções poderá ser facilitada pela humidificação e hidratação adequada. A humidificação previne, por sua vez, o ressecar da mucosa e mantém a integridade do sistema mucociliar.”

De acordo com a nossa entrevistada, a viscosidade da secreção influencia a maior ou menor dificuldade de eliminação e a fluidez do muco depende do estado de hidratação. Deste modo, a ação da Enfermagem deve focar-se na estimulação da hidratação o que facilitará a remoção das secreções, que são sempre um ponto negativo e influente na dificuldade respiratória.

“A retenção de secreções leva a diversas complicações, sendo uma das mais comuns a hipoxemia em relação a atelectasias que se podem formar por oclusão das vias respiratórias”, explicou. E acrescentou:

“Colocar o doente em posição de sentado para maximizar o potencial de ventilação, estimular a tosse e expetoração

são atitudes decisivas para uma melhoria significativa da ventilação.”

Quando estas manobras não resultam, a aspiração impõe-se, embora, de acordo com Glória Gonçalves, não deva ser efetuada rotineiramente. “A aspiração é um procedimento que deve ser monitorizado por meio de indicadores que apontem a necessidade da sua realização.”

A nossa entrevistada realçou ainda que uma das ações hoje em dia mais importantes nos cuidados respiratórios é a avaliação do doente com patologia crónica obstrutiva. Necessitam bastante do apoio do enfermeiro, desde o ensino do uso dos inaladores à utilização da oxigenoterapia de longa duração, à deambulação doméstica e à higiene alimentar.

O enfermeiro é decisivo também no aconselhamento da vacinação dos utentes do foro respiratório, quer no que respeita à gripe, quer às pneumonias que são de “alta letalidade”, sobretudo nos idosos.

A cumplicidade da gripe com a pneumonia “aconselha a uma maior ação de



Glória Gonçalves

mília “vital”



ente do foro respiratório variam desde a prevenção e o tratamento até à reabilitação.

“O enfermeiro como educador assume um papel muito importante na capacitação do utente para a gestão da sua doença, padeça este de uma situação crónica ou num episódio agudo sem relação com outras comorbilidades. Na doença crónica, esta capacitação é fundamental para que o doente possa adquirir uma qualidade de vida desejada dentro das limitações impostas pela própria doença”, mencionou a enfermeira especialista em reabilitação da Unidade de Cuidados na Comunidade de Matosinhos - ULS Matosinhos.



Liliana Silva

Liliana Silva entende que a promoção da literacia em saúde com a informação sobre prevenção de infeção, transmissão, vacinação, complicações associadas a doenças crónicas deve ser um tema abordado nas consultas de enfermagem, sobretudo nas épocas que antevem o período de maior incidência de infeções respiratórias e, assim, agudizações da doença de base.

“A atitude do doente face ao regime terapêutico, que compreende não só o vertente medicamentosa, mas também a

atividade física, alimentação e estilos de vida adequados, é determinante que o utente tenha capacidade para gerir a sua própria doença. Dominando a correta técnica e administração de medicação (terapia inalatória, por exemplo) e a gestão de horários de administração (medicação em SOS, por exemplo), devem ser explorados os outros domínios, nomeadamente a adequação da hidratação, alimentação e gestão de energia despendida nas diversas atividades desempenhadas pelo doente no seu dia-a-dia”, disse.

Para a gestão dos sintomas ser eficaz, segundo Liliana Silva, é fundamental que o doente respiratório crónico tenha um bom controlo da sua respiração. Para isso, existem algumas técnicas que devem ser trabalhadas com o doente, como, por exemplo, a respiração diafragmática. Conforme explicou, “esta técnica melhora a eficiência da ventilação e melhora as trocas gasosas e oxigenação, através de inspirações profundas e expirações lentas”.

A enfermeira especialista em Reabilitação acrescentou que quando existe acumulação de secreções nas vias aéreas o doente deve ser incentivado a promover a limpeza das mesmas, mantendo a sua permeabilidade recorrendo à tosse. “A tosse é um mecanismo de defesa fisiológico, mas que pode ser otimizado mediante técnicas que facilitam a eliminação das secreções como tosse dirigida. Esta técnica visa compensar as limitações físicas que comprometem a tosse espontânea.”

E terminou afirmando que existem técnicas específicas para otimização da ventilação e limpeza das vias aéreas de acordo com as particularidades de cada doente, que serão aplicadas pelo enfermeiro especialista em Reabilitação sempre que necessário.

aconselhamento junto dos grupos de risco, onde os doentes respiratórios têm um grande contingente.”

Para terminar, Glória Gonçalves sublinhou a importância de falar do processo de educação terapêutica, bem como da promoção da aquisição de competências ao doente e/ou cuidador para o autocontrolo das doenças, como autoajudas para minimizar os graves sintomas desta patologia.

O papel do enfermeiro na gestão da doença

Por seu lado, Liliana Silva salientou que os cuidados de enfermagem ao do-

Doenças respiratórias crónicas têm um peso importante na consulta de MGF

Em entrevista, Eurico Silva, médico de família na USF João Semana - Ovar frisou que as doenças respiratórias, em particular as crónicas, têm um peso considerável na consulta do MF. “Programas em equipa, nomeadamente médico-enfermeiro têm já provas mostradas de ganho em saúde. Como fazer no caso das doenças respiratórias? Uma consulta em equipa como acontece com a hipertensão arterial ou diabetes? Uma carteira adicional com uma equipa vocacionada? São ideias para refletir”, referiu.

Para já, sublinha o médico de família, “sabemos que é preciso formar

e este curso intensivo é uma aposta do GRESP para construir a equipa”. “A ade-



Eurico Silva

são foi alta e a satisfação ainda maior. Esclarecer sobre as diferenças entre as doenças, compreender que exames nos auxiliam, perceber o impacto e a fisiopatologia dos agentes agressores nas doenças, saber como prevenir, tratar e vacinar, esclarecer como os medicamentos atuam, inalar, tossir, literar os pacientes e respirar. De tudo isto e algo mais se abordou neste curso”, apontou, desenvolvendo: “O que se espera é que os participantes do curso possam levar conhecimentos, ideias e experiências de volta ao trabalho, para que a equipa seja mais eficiente a cuidar, capacitar e acompanhar o paciente”.

Sobreposição asma-DPOC: consenso português



Mário Morais de Almeida

Coordenador do Centro de Alergia CUF. Presidente da Associação Portuguesa de Asmáticos

Desde há várias décadas que é conhecido que doentes com asma desenvolvem manifestações clínicas típicas de DPOC, decorrentes da exposição mantida, por exemplo, a fumo de tabaco, assim como existem doentes com DPOC que apresentam características clínicas típicas de asma, nomeadamente marcadores de alergia e/ou sintomas respiratórios iniciados nas primeiras décadas de vida. É igualmente antiga a discussão se asma e DPOC serão diferentes manifestações ou evolução de uma mesma doença com origens comuns que se podem sobrepor, traduzindo o peso da genética, modulada por variáveis ambientais.

Mais recentemente, o debate centrou-se na necessidade de identificar uma terceira entidade clínica, denominada síndrome de sobreposição asma-DPOC (ACOS = *asthma COPD overlap syndrome*), cuja abordagem diferenciada, nomeadamente terapêutica, pudesse alterar o prognóstico. Mas no mundo da medicina personalizada, dos fenótipos e endótipos, a partir do limitado conhecimento epidemiológico e casuístico, o que importa agora é garantir os melhores cuidados a quem tem manifestações clínicas de asma e de DPOC, que se podem considerar fenótipos das duas doenças, para os quais existem evidentes lacunas de conhecimento, quer na sua caracterização, quer na evidência sobre as melhores terapêuticas, faltando ensaios clínicos em que estes doentes tenham sido intencionalmente incluídos.

Em áreas em que existe falta de suporte na evidência científica, abre-se uma janela de oportunidade para que grupos de peritos possam discutir a problemática com implicações diretas, quer na elaboração de recomendações de aplicabilidade clínica, quer na colocação de hipóteses que orientem a investigação. E foi esta a metodologia seguida no nosso país durante o ano de 2016, à semelhança dos excelentes exemplos que nos chegam de Espanha;

partindo-se de uma revisão exaustiva da literatura, discutiram-se os achados que foram sistematicamente organizados e amplamente discutidos com um largo painel de peritos em doenças respiratórias, das especialidades de Pneumologia, Imunoalergologia e Medicina Familiar, levando a elaboração de um texto de consenso publicado na *Revista Portuguesa de Pneumologia* (Araújo D, et al. RPP 2016, *in press*), no qual são propostas várias recomendações, dos critérios de diagnóstico ao seguimento destes doentes. A coordenação de todo o projeto pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa e o patrocínio educacional da empresa farmacêutica Mundipharma foram essenciais no êxito do projeto.

É antiga a discussão se asma e DPOC serão diferentes manifestações ou evolução de uma mesma doença com origens comuns que se podem sobrepor, traduzindo o peso da genética, modulada por variáveis ambientais.

Em 2017, através de um estudo com metodologia Delphi, iniciou-se já a fase do verdadeiro processo de consenso que poderá influenciar os cuidados prestados a quem sofre destes fenótipos particulares de asma e de DPOC, embora seja indiscutível que sobre fisiopatologia e os seus biomarcadores, bem como sobre “outcomes” e a influência do tratamento farmacológico, só saberemos mais quando o reconhecimento da importância da identificação do ACOS obrigar a que doentes asmáticos fumadores ou a que doentes com DPOC e história prévia de asma e/ou alergia sejam incluídos em ensaios clínicos controlados, nomeadamente com recurso a associações de ICS/LABA ou de ICS/LABA/LAMA. A empenhada participação de mais de uma centena de participantes das três especialidades irá certamente contribuir para a qualidade do consenso nacional, garantindo a sua aplicabilidade clínica.

Entrevista motivacional



Manuel Rosas

Psicólogo

Na abordagem clínica da cessação tabágica existem duas ações estratégicas que se complementam uma à outra. O suporte farmacológico e o apoio psicológico ou comportamental, onde se inclui a entrevista motivacional. Trata-se de uma ferramenta disponível para a intervenção clínica junto de fumadores, principalmente os mais resistentes ao processo de mudança comportamental e os menos motivados para deixar de fumar.

O consumo crónico de tabaco e a dependência da nicotina enquadram-se numa perspetiva de comportamentos aditivos cuja característica geral é a falta de motivação para a mudança de comportamento, neste caso associado ao consumo de tabaco. Hoje há evidências científicas que nos ajudam a compreender como

se organiza um hábito do ponto de vista neuropsicológico.

Um hábito é um comportamento que começa por ser uma escolha e que evolui para um padrão de funcionamento motor automatizado que é ativado em função de determinadas circunstâncias do meio envolvente ou pistas internas. Por exemplo, quando aprendemos a andar de bicicleta, primeiro criamos a expectativa de que queremos aprender e a consequente motivação para a ação. Depois alguém nos vai ajudar nos procedimentos (“como se faz”), o que envolve um processo de aprendizagem, memorização, treino adequado e reforço comportamental.

Com o tempo, os níveis de motivação e percepção de autoeficácia vão aumentando (“sou capaz”), até aprender de uma forma autónoma. A esta experiência associamos uma recompensa positiva e atribuímos um significado subjetivo agradável. A partir daqui o comportamento está organizado e transforma-se numa rotina, passando a funcionar de modo automático.

A maior parte dos nossos comportamentos diários são rotinas e hábitos; nos fumadores acrescenta-se o ato de fumar. Neste caso, estamos perante uma rotina que exige pouco esforço cognitivo para aprender, um ambiente externo facilitador da aprendizagem (amigos, disponi-

bilidade do produto, aceitação social e marketing) e uma recompensa fisiológica positiva (prazer) quase imediata. A atribuição de significado (positivo) gera uma percepção interna para a automatização do comportamento, que é ativado por pistas externas (por ex., ver alguém a fumar), pistas internas (por ex., sentir-me triste) ou como estratégia de controlo do stress.

O tempo que decorre entre as primeiras experiências e o comportamento de fumar de uma forma rotineira é, em

A entrevista motivacional é uma ferramenta muito útil, que se baseia nos princípios da comunicação colaborativa, que pode e deve ser usada pelos profissionais de saúde junto dos fumadores.

média, cerca de 4 anos. Trata-se, portanto, de um comportamento (levar o cigarro à boca) que se repete cerca de 200 vezes por dia para um fumador de 20 cigarros diários. Daqui decorre uma das dificuldades sentidas pelo fumador para extinguir o seu comportamento (cessação tabágica).

A entrevista motivacional é uma estratégia de intervenção com o objetivo de ajudar a tomar consciência que o comportamento de fumar é um problema que merece atenção devido às possíveis consequências negativas do ponto de vista pessoal, familiar e social. Ajuda na clarificação da ambivalência enquanto fumador, na identificação dos possíveis obstáculos e formas de os contornar e, finalmente, ajuda o fumador a tomar uma decisão autónoma para aderir a um tratamento ou não. Os princípios que estão subjacentes envolvem um elevado grau de empatia do profissional de saúde com o utente, o sentimento de liberdade de escolha e o evitar a confrontação, de forma que o fumador se sinta motivado para tomar a decisão mais adequada para ele.

Em síntese, a entrevista motivacional é uma ferramenta muito útil, que se baseia nos princípios da comunicação colaborativa, que pode e deve ser usada pelos profissionais de saúde junto dos fumadores.

Conselhos



Rui Pereira Alves

Assistente graduado sénior de MGF, UCSP Sete Rios

O consumo de tabaco, segundo a OMS, é responsável, anualmente, pela morte de cinco milhões de pessoas em todo o mundo. O tabaco mata prematuramente 700.000 europeus todos os anos; são gastos 25 biliões de euros com as doenças causadas ou agravadas pelo consumo de cigarros.

De acordo com a DGS, em 2014, os fumadores eram 20,4% da população, representando 16,8% os fumadores diários e os que nunca fumaram 58,16%.

Ainda de acordo com a DGS, e relativamente ao ano de 2013, o tabaco foi responsável por 11.368 mortes, 5488 por cancro, 2941 por doença respiratória crónica, 2826 por doença cardiovascular e 112 por diabetes.

O consumo de tabaco tem vindo a aumentar na população escolar desde 2006.

O tabaco causa um forte desejo ou compulsão para o consumo, o fumador continua a fumar mesmo quando já existem sintomas evidentes de doença relacionada com o consumo e algumas pessoas manifestam síndrome de abstinência quando param de fumar. Não restam dúvidas de que o consumo de tabaco causa dependência física e psicológica na maioria dos consumidores, afeta todo o organismo humano e é a primeira causa de morbilidade e mortalidade evitável.

Os fumadores apresentam piores indicadores de saúde do que os não fumadores e uma esperança de vida menor, em média, 10 anos.

Metade dos fumadores regulares morre em resultado do consumo de tabaco e um quarto entre os 25 e os 59 anos de idade. Quanto mais cedo parar de fumar maiores serão os benefícios e a recuperação de anos de vida.

Hoje, sabemos que não há níveis seguros de exposição ao tabaco, consumos abaixo de cinco cigarros dia aumentam a mortalidade por todas as causas e em ambos os sexos, conforme trabalhos publicados na Noruega.

O consumo é mais elevado em pessoas com doença psiquiátrica e em doentes institucionalizados; 60% dos

O estado da arte – terapêutica farmacológica



Ana Figueiredo

Pneumologista. Responsável pela Consulta de Cessação Tabágica do CHUC-H. Geral

Depois de ultrapassada a dificuldade inicial que é inalar fumo, algo para o qual o nosso sistema respiratório não está preparado, o nosso corpo começa a sentir os efeitos agradáveis da nicotina... Quando esta molécula se liga aos receptores acetilcolínicos do cérebro, gânglios autonómicos e junções neuromusculares, promove a libertação de inúmeros mediadores (dopamina, serotonina e b-endorfina, entre outras), que vão provocar uma sensação de prazer, uma melhoria cognitiva, com aumento da concentração, memória e atenção, aumento da motivação e energia, redu-

ção do apetite, diminuição da ansiedade e tensão e modulação do humor.

Todos estes efeitos servem de reforço positivo para manter o hábito e, à medida que este se vai arreigando, cria-se uma dependência psicológica (o ato de acender um cigarro está relacionado com múltiplas situações diárias: comer, beber café ou álcool, conduzir, ler, relaxar, falar com amigos) e uma dependência física (a ausência de nicotina provoca uma síndrome de privação: ansiedade, irritabilidade, nervosismo, cefaleias, insónias, dificuldade na concentração, desejo imperioso de fumar – *craving*). Entende-se assim que parar de fumar não é de todo fácil: é necessária uma forte motivação e muitas vezes a combinação de uma intervenção comportamental e farmacológica.

Sabemos que o recurso à terapêutica farmacológica duplica as possibilidades de sucesso e, por isso, exceto na presença de contraindicações, os fumadores de mais de 10 cigarros por dia, preparados para deixar de fumar, devem ser encorajados a usar as terapêuticas de primeira linha disponíveis: substitutos de nicotina, bupropiona ou vareniclina.

Estas terapêuticas diminuem os sintomas de privação, fornecem ao fumador alguns dos efeitos que retirava do tabaco

(concentração, temperamento menos irritável, controlo do peso) e diminuem o reforço positivo da nicotina enquanto fornecida pelo tabaco (não precisa do cigarro para estar bem). Ao escolher a terapêutica para cada doente há que ter em conta o grau de dependência de nicotina, a existência ou não de sintomas de privação em tentativas anteriores, a preferência do doente, a sua experiência com medicação anterior e as contraindicações e efeitos adversos dos fármacos.

O tabagismo é, segundo a Organização Mundial de Saúde, a principal causa de morte evitável, estando na génese de inúmeras patologias crónicas, mas é também, em si mesmo, uma doença crónica. Oitenta por cento dos fumadores gostariam de deixar de fumar, mas menos de 25% das tentativas duram mais de uma semana (em média, os fumadores tentam a cessação tabágica entre seis a nove vezes durante toda a sua vida), e sabemos que, sem ajuda, menos de 7% estará abstinente ao fim de um ano. Temos que ajudar mais!

Em termos legislativos, desde 2012 que as consultas de cessação tabágica são isentas de taxa moderadora e em 2017 surge a comparticipação das terapêuticas para a cessação tabágica. Aguardamos o aumento do número de consultas a nível

Aguardamos a introdução de medidas mais ativas, que previnam o início do hábito nos jovens, porque o futuro deles está nas nossas mãos!

da Medicina Geral e Familiar e a introdução das terapêuticas em todas as farmácias hospitalares. Mas, mais importante ainda, aguardamos a introdução de medidas mais ativas, que previnam o início do hábito nos jovens, porque o futuro deles está nas nossas mãos!

e dicas práticas para a MGF

fumadores têm história de depressão e os fumadores deprimidos têm consumos de tabaco mais elevados.

Fumar durante a gravidez está associado a hiperatividade e deficit de atenção nas crianças. O risco de bronquiolite está aumentado nas crianças cujas mães fumam durante a amamentação.

A Lei 37/2007, de 14 de agosto, protege os cidadãos da exposição involuntária ao fumo do tabaco e aprova medidas de redução da procura, relacionadas com a dependência e a cessação do seu consumo, proíbe publicidade ao tabaco, proíbe fumar em locais públicos e proíbe venda de tabaco a menores.

É obrigação de todos os médicos e profissionais de saúde questionar o doente que está na sua frente sobre os seus hábitos de consumo, oferecer ajuda a quem pede e referenciar a quem melhor está habilitado a tratar esta dependência.

Abordar os hábitos de consumo, aconselhar a parar, avaliar a motivação para parar, ajudar na tentativa e acompanhar o doente devem ser preocupações do médico ou outro profissional de saúde.

Os fumadores apresentam piores indicadores de saúde do que os não fumadores e uma esperança de vida menor, em média, 10 anos.

Quanto mais cedo parar de fumar maiores serão os benefícios e a recuperação de anos de vida.

Reforçar a motivação para a mudança de hábito passa por discutir a relevância dos benefícios, avaliar os riscos em continuar a fumar e as recompensas, discutir as resistências e estar disponível para repetir o processo se necessário.

Estão hoje disponíveis no SNS consultas de apoio intensivo para os que querem parar e têm patologias relacionadas com o tabaco, são grandes dependentes ou grandes consumidores, para os que recaíram e para as grávidas.

A terapêutica farmacológica disponível é segura, conforme veio mostrar o es-

tudo EAGLES, publicado em abril de 2016, no *The Lancet*. Este estudo mostrou ainda que a vareniclina é o produto mais eficaz na cessação tabágica e que a bupropiona

e os substitutos da nicotina são mais eficazes que o placebo. Tanto a vareniclina como a bupropiona são comparticipadas pelo SNS.

O E-Cigarro reduz a urgência em fumar, tem menos componentes tóxicos que o tabaco, mas não está aprovado pela FD para a cessação tabágica e a segurança

a longo prazo é desconhecida.

Parar de fumar é um objetivo que deve constar do plano terapêutico do doente fumador.



Diagnóstico do cancro do pulmão e seguimento dos efeitos dos tratamentos



Fernando Barata

Diretor do Serviço de Pneumologia B do CHUC-H.Geral

Cancro do pulmão – doença rara no início do século XX, torna-se na doença oncológica mais prevalente do início do século XXI. É a neoplasia que maior número de óbitos ocasiona, sendo a responsável pela elevada mortalidade prematura por doença oncológica.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística, em 2014, o cancro do pulmão foi a segunda causa responsável por anos de vida perdidos. Segundo registos europeus, a taxa de incidência bruta estimada para Portugal em 2014 foi de

38,8/100.000 habitantes, o que vem ao encontro dos previsíveis mais de 4000 novos casos em 2015.

Apenas 15% do total de doentes que diagnosticamos diariamente sobrevivem 5 anos. Cerca de 15% dos novos casos são diagnosticados num contexto accidental (radiografia do tórax realizada por outra suspeita ou como avaliação pré-operatória). Nos restantes 85% é um ou vários sintomas causados pelo crescimento tumoral local (hemoptise, tosse, dor torácica ou dispneia), pelo crescimento locorregional invasivo (rouquidão, síndrome da veia cava superior, derrame pleural, disfagia, dor no ombro) ou pela disseminação metastática ao osso (dor persistente ou fratura) ou ao cérebro (cefaleias, tonturas, alterações comportamento) que justificam a realização de exames de imagem muitas vezes complementados por estudos biópsicos que conduzem ao diagnóstico.

Após radiografia do tórax complementada por tomografia computadorizada torácica suspeita avançamos para o diagnóstico com recurso, em mais de 80% dos casos, à broncofibroscopia e suas técnicas

complementares (biópsia brônquica, escovado e lavado brônquico) ou à biópsia aspirativa transtorácica. Muitas outras técnicas estão hoje disponíveis, que permitem um correto e rápido diagnóstico e estadiamento.

Conhecido o diagnóstico e o estadiamento, temos hoje disponíveis um leque muito complexo de terapêuticas e associações terapêuticas. Se para os estádios precoces a cirurgia se mantém como a terapêutica de eleição, a radioterapia estereotáctica, para os doentes sem indicação fisiológica cirúrgica, revela-se cada vez mais como eficaz, segura e com resultados promissores sobreponíveis à terapêutica cirúrgica.

Para a doença localmente avançada a radioterapia em conjunto com a quimioterapia consegue, já hoje, expressão significativa no controlo da doença. Na doença avançada (mais de 65% dos nossos doentes) evoluímos da melhor terapêutica de suporte para a quimioterapia com escassa eficácia e significativa toxicidade. Anos depois para o tratamento face à histologia do tumor. Mais recentemente, com as terapêuticas de manutenção,

conseguimos uma mais longa persistência da resposta. Alvos moleculares com terapêuticas dirigidas trazem-nos já hoje resultados muito animadores. A imunoterapia promete ser uma realidade hoje e associada a outras terapêuticas nos próximos anos.

Mas todas estas terapêuticas possuem toxicidade maior ou menor, muito específica de grupo terapêutico. Todos conhecemos a anemia, neutropenia, náuseas, vômitos ou alopecia associada à quimioterapia. Todos já vimos algumas das reações cutâneas, fadiga e diarreia associadas às terapêuticas alvo. Estamos alertados para as reações associadas à imunoterapia – pneumonite, hepatite, nefrite ou alterações endocrinológicas.

Ao lado de um reconhecimento precoce dos sinais e sintomas de cancro do pulmão, há por parte de todos os reunidos neste congresso a necessidade de conhecer e tratar dos efeitos secundários associados a todas as múltiplas terapêuticas, hoje disponíveis para dar aos nossos doentes mais vida com qualidade de vida.

Patologia r



António Jorge Ferreira

Serviço de Pneumologia A do CHUC. FMUC

O Sistema Respiratório constitui a principal interface entre o ser humano e o meio ambiente. Naturalmente, qualquer exposição inalatória significativa, com múltiplas particularidades distintas no que diz respeito ao tipo de substâncias inaladas, à sua concentração, às suas dimensões, aos seus aspetos físico-químicos e à sua interação com a biologia humana, é passível de provocar danos a curto ou longo prazo.

As agressões inalatórias diárias sofridas a nível individual, bem como os mecanismos potenciais de exposição ambiental sofrida *in utero*, podem resultar no aumento da incidência e da prevalência de várias patologias.

Particular atenção tem vindo a ser dada às exposições ambientais e aos efeitos da poluição atmosférica sobre a Saúde, de tal forma que muitas doenças (respiratórias e não só) parecem apresentar uma fração epidemiológica de risco que pode ser atribuída ao ambiente interior ou exterior.

As agressões inalatórias diárias sofridas a nível individual, bem como os mecanismos potenciais de exposição ambiental sofrida *in utero*, podem resultar no aumento da incidência e da prevalência de várias patologias, onde se destaca a asma brônquica, a doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), vários tipos de neoplasias (nomeadamente alguns cancros de pulmão e do sistema hematopoiético) e algumas doenças cardiovasculares, apenas para citar alguns dos exemplos mais reconhecidos.

No entanto, a outro nível, várias dificuldades existem na correlação e no estabelecimento de nexos de cau-

Reabilitação respiratória nos CSP: relevância e aspetos práticos



Alda Marques

Professora adjunta da Escola Superior de Saúde e Investigadora do Instituto de Biomedicina (iBiMED), Universidade de Aveiro

Mundialmente, mais de 1 bilião de pessoas sofre de doenças respiratórias crónicas. Em Portugal, as doenças respiratórias são já a 3.^a causa de mortalidade e de custos diretos relacionados com hospitalizações. Estes dados epidemiológicos colocam uma enorme sobrecarga tanto nos sistemas de saúde como para as sociedades. Assim, a gestão das doenças respiratórias crónicas é hoje reconhecida como uma prioridade nacional e internacional.

A reabilitação respiratória é uma intervenção compreensiva e multidisciplinar, baseada na evidência, e reconhecida como fundamental no tratamento de pessoas com doenças respiratórias crónicas. Consiste em exercício físico, educação e mudança comportamental e melhora, nas pessoas com doenças respiratórias crónicas, os sintomas, a força muscular, a tolerância ao exercício, a função emocional, a qualidade de vida relacionada com a saúde, o conhecimento e a autogestão da doença.

Têm também benefícios económicos, uma vez que reduz o número de exacerbações agudas respiratórias, a utilização dos cuidados de saúde e o tempo das hospitalizações. Junto da família, já demonstrou ser capaz de promover a adaptação mais saudável e funcional de todos à doença. Apesar de todos estes benefícios, esta intervenção continua a estar muito longe de ser uma prática comum em Portugal.

Os dados de 2016 do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias referem mesmo que a RR em Portugal é praticamente inexistente (< 1% dos pacientes têm acesso). Os poucos programas existentes, que são, na atualidade, 24, 20 decorrem em hospitais e são diri-

gidos aos pacientes em graus mais avançados da doença respiratória. Dado todos os benefícios de relevância inquestionável para doentes, família e sistemas de saúde, é, pois, absolutamente fundamental aumentar o acesso à reabilitação respiratória. Uma das recomendações para aumentar este acesso é o desenvolvimento de novos modelos de implementação da reabilitação respiratória, nomeadamente na comunidade, dirigido a todos os pacientes com doença respiratória crónica e suas famílias.

A Medicina Geral e Familiar tem uma responsabilidade fundamental na identificação e encaminhamento precoce destes

Em Portugal, as doenças respiratórias são já a 3.^a causa de mortalidade e de custos diretos relacionados com hospitalizações.

pacientes e famílias para a reabilitação respiratória, bem como no seu acompanhamento. Em Portugal, em *Diário da República*, 2.^a série – N.º 92 – 12 de maio de 2016-Despacho n.º 6300/2016, foi determinado que, até ao final de 2017, todos os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) devem ter acesso à reabilitação respiratória.

Os doentes com doença respiratória crónica, com alguma falta de ar na realização das suas atividades do dia-a-dia, mesmo que ligeira, e/ou inativos, beneficiam, de forma imediata, de aconselhamento de controlo respiratório, técnicas de alívio da dispneia e recomendações para a promoção da atividade física. Estes aspetos muito práticos não substituem o encaminhamento para um programa de reabilitação respiratória, mas podem fazer a diferença, até se conseguir a integração do doente e família num deles.

Parece, pois, que não podemos continuar a ignorar dados, evidência e recomendações. Está sim na altura de nos unirmos, em equipas multidisciplinares, em prol da prestação de melhores cuidados de saúde aos pacientes e famílias, para que todos vivamos melhor e mais felizes!

Respiratória e doença profissional

salidade inequívocos entre as exposições sofridas em ambiente ocupacional e a gênese de algumas doenças respiratórias. Por outro lado, a alteração verificada nas últimas décadas do próprio paradigma do doente profissional transformou o doente "tipo" (que era um trabalhador do sexo masculino portador de uma pneumoconiose) num trabalhador do sexo feminino portador de uma lesão musculoesquelética relacionada com o trabalho, o que tacitamente levou a alguma subvalorização latente do impacto e gravidade das doenças ocupacionais do foro respiratório.

A história das doenças ocupacionais respiratórias está intimamente ligada à própria história da Humanidade. Compreensivelmente, vários dos momentos mais altos do desenvolvimento tecnológico humano foram também, infelizmente, acompanhados pelo aumento dos casos de patologia ocupacional.

Curiosamente, os avanços na ciência médica não modificaram como um todo o panorama das doenças ocupacionais respiratórias, tão-somente auxiliaram, muitas vezes, o seu diagnóstico mais precoce ou mais exato (como é o caso do advento da imagiologia tórácica de alta resolução). Contrariamente, a modernização tecnológica introduziu cada vez mais riscos ocupacionais e ambientais, transformando radicalmente o ambiente inalatório do ser humano nos últimos séculos. Este fenómeno é de tal forma notável que pode levar quer ao aumento significativo do número de casos de uma determinada patologia ocupacional previamente conhecida, quer ao próprio surgimento de novas doenças profissionais, nunca identificadas anteriormente.

De acordo com o módulo *Labour Force Survey ad hoc*, em Portugal, 6,8% dos trabalhadores inquiridos relatavam problemas respiratórios nos 12 meses anteriores ao inquérito e que relacionavam diretamente com o trabalho, sendo que a média da EU era de apenas 3,7%, havendo um claro predomínio no sexo masculino. O *European Working Conditions Survey (EWCS)* mostrou que 4,7% das pessoas que relataram que o trabalho afetava a sua saúde o referiam por dificuldades respiratórias.

O *European Working Conditions Survey* mostrou que 4,7% das pessoas que relataram que o trabalho afetava a sua saúde o referiam por dificuldades respiratórias.

Uma alta proporção (71%) de trabalhadores cujos problemas respiratórios ou pulmonares eram mencionados como a principal situação de saúde relacionada com o trabalho tinha tido absentismo por

estas patologias nos últimos 12 meses, sendo que 26% tinham estado mais de um mês ausentes do trabalho.

Entre as principais patologias respi-

ratórias de etiologia profissional, devem ser destacadas a asma ocupacional, as pneumonites de hipersensibilidade ocupacionais e as pneumoconioses (sendo

preponderantes a silicose e a asbestose).

A sua potencial gravidade e incapacidade para o trabalhador doente deve continuamente fazer promover e implementar

referenciais sólidos para a proteção contínua da saúde e segurança dos trabalhadores, promovendo, de forma permanente, o seu bem-estar respiratório nos locais de trabalho.



Anafilaxia



Manuel Branco Ferreira

Imunoalergologista, Hospital de Santa Maria do CHLN. FMUL

Anafilaxia significa “sem proteção”, o oposto de “profilaxia”. A Organização Mundial de Saúde define anafilaxia como uma reação de hipersensibilidade sistémica grave e potencialmente fatal, independentemente do seu mecanismo causal imunológico ser ou não dependente da IgE. Assim, o que define a anafilaxia é o seu caráter sistémico e generalizado (originando sintomas ou sinais de pelo menos dois órgãos ou sistemas em simultâneo - Quadro) e, adicionalmente, o seu caráter súbito e explosivo após a exposição a determinados estímulos. Alguns doentes relatam, no episódio anafilático, uma sensação de mal-estar súbito e avassalador, difícil de explicar, descrito como uma sensação de morte iminente, que os autores anglo-saxónicos designam “*impending doom*”.

A Organização Mundial de Saúde define anafilaxia como uma reação de hipersensibilidade sistémica grave e potencialmente fatal, independentemente do seu mecanismo causal imunológico ser ou não dependente da IgE.

A anafilaxia corresponde assim a um processo em que se verifica uma ativação celular com desgranulação rápida e maciça, fundamentalmente de mastócitos e/ou basófilos, com a consequente libertação de grande quantidade de mediadores contidos nos grânulos destas células, de que se destacam as aminas vasoativas, em particular a histamina, e com a produção muito aumentada de mediadores fosfolipídicos derivados da membrana, em particular os leucotrienos, as prostaglandinas ou o PAF (Platelet Activating Factor).

filaxia idiopática), sendo necessário, nesses casos, proceder a investigações mais detalhadas (tendo-se sugerido que a realização do exame laboratorial ISAC poderá ajudar a fornecer pistas para esclarecer alguns destes quadros). Por vezes, nestes casos, é também necessário implementar terapêuticas preventivas farmacológicas, como é o caso de terapêutica diária com antihistamínicos de 2.ª geração não sedativos e/ou com corticosteroides orais.

Um último aspeto a sublinhar prende-se com o papel adjuvante de vários co-

Sintomas mais frequentes nas reações anafiláticas

Órgão/Sistema	Sintomas
Pele	Prurido*; Eritema; Sensação de Calor; Máculas; Pápulas.
Aparelho Respiratório	Prurido ocular/nasal; Hiperemia conjuntival; Crises estertutatórias; Sensação de edema/corpo estranho na orofaringe; Tosse seca; Pieira; Dispneia; Disfonia; Opressão torácica; Sensação de aperto cervical.
Aparelho Digestivo	Náuseas; Sensação de enfartamento ou de paragem de digestão; Vômitos; Diarreia; Dor abdominal.
Aparelho cardiovascular	Palpitações; Tonturas/Lipotimia; Queixas sugerindo hipotensão postural; Síncope; Paragem cardíaca.

A maioria destes episódios envolve mecanismos IgE-mediados, como é o caso da maior parte das anafilaxias induzidas por alimentos, látex ou veneno de abelhas/vespas. No entanto, algumas reações ou não são mediadas por mecanismos imunológicos ou envolvem outros mecanismos imunológicos, mas que não são IgE mediados, como é o caso das provocadas por exercício, AINE ou contrastes iodados. Relativamente a algumas destas reações (para as quais se tem também apontado a existência de mecanismos mediados por IgG), propõe-se que seja o PAF e não a histamina o principal mediador envolvido, podendo os basófilos e até os neutrófilos e macrófagos ter um papel mais relevante do que os mastócitos.

Em cerca de 10-20% dos doentes, pode ocorrer uma segunda reação anafilática algumas horas depois do episódio inicial (anafilaxia bifásica), que é geralmente causada pelo recrutamento e ativação de novas células mediadoras.

Apesar de na maioria dos casos se conseguir identificar os desencadeantes, há doentes com episódios anafiláticos recorrentes em que não se conseguem identificar quaisquer fatores causais (ana-

Em cerca de 10-20% dos doentes, pode ocorrer uma segunda reação anafilática algumas horas depois do episódio inicial (anafilaxia bifásica), que é geralmente causada pelo recrutamento e ativação de novas células mediadoras.

fatores, como é o caso do exercício físico, álcool ou anti-inflamatórios não esteroides (AINE), que podem contribuir para reações mais graves e para uma variabilidade maior do que a que seria esperável, se se atendessem apenas à exposição aos agentes alérgicos principais.

ACO. Onde estamos agora



Cláudia Chaves Loureiro

Assistente hospitalar de Pneumologia, Serviço de Pneumologia A dos CHUC-HUC. Assistente convidada da FMUC

A taxonomia das doenças obstrutivas da via aérea não é um tema consensual, considerando a heterogeneidade das suas apresentações, responsável, não raras vezes, pela dúvida no momento de “rotulação” de cada doente. Nos cuidados de saúde primários, o clínico lida diariamente com várias doenças (muitas vezes ainda não diagnosticadas), ocorrendo-se racionalmente de padrões de reconhecimento estruturado que lhe permitam a correta abordagem diagnóstica/terapêutica. Ora, se as clássicas apresentações da asma alérgica de início precoce e da DPOC tabágica não suscitam dúvidas, fenótipos mais complexos podem tornar-se menos transparentes. A designação ACOS (síndrome de *overlap* asma-DPOC) surgiu com o objetivo de distinguir um desses fenótipos: aquele que reúne características comuns aos dois padrões de doença – asma e DPOC.

Mas, se o objetivo inicial era facilitar a identificação de situações que poderiam estar subdiagnosticadas e subtratadas, a revisitação de teorias que defendem a origem comum das duas doenças veio complicar a situação. De facto, estudos recentes suportam a existência de uma assinatura genética de perfil Th2 em doentes com DPOC, mas sem asma, aparentemente com resposta favorável à corticoterapia⁽¹⁾, existindo também diferenciação citocínica para doentes com estas características⁽²⁾. No entanto, essa evidência não é suficiente para se poder

assumir o ACOS como forma individualizada de doença.

Por isso mesmo, as normas internacionais mais recentes, numa tentativa de clarificação de conceitos e atenuação da instabilidade causada pela disseminação precoce do ACOS, defendem agora a utilização do termo ACO (asma-DPOC *overlap*, deixando cair a “síndrome”). O ACO identifica o indivíduo que apresenta limitação persistente ao fluxo aéreo e tem características habitualmente associadas à asma e à DPOC, nos seus vários fenótipos e diferentes mecanismos⁽³⁾.

No nosso entender, sendo este termo menos comprometedor, não isenta a dúvida: por um lado, características como inflamação eosinofílica, hiperreatividade brônquica e obstrução reversível existem na DPOC não asmática⁽⁴⁾; por outro, a asma tem sido reportada como fator de risco consistente para DPOC, independentemente da presença de tabagismo, apresentando-se não raramente com obstrução persistente.

O ACO identifica o indivíduo que apresenta limitação persistente ao fluxo aéreo e tem características habitualmente associadas à asma e à DPOC, nos seus vários fenótipos e diferentes mecanismos.

De qualquer forma, e tendo em conta esta designação (ACOS, ACO), os dados reportam uma prevalência de cerca de 20% dentro da patologia obstrutiva, podendo variar a sua apresentação conforme a faixa etária em questão⁽⁵⁾.



ora?

Globalmente apresentam-se com mais agudizações, mais hospitalizações, mais sintomas e pior qualidade de vida do que os asmáticos ou os DPOC⁽⁶⁾. Relativamente à abordagem terapêutica, não sendo ainda conhecidos resultados de estudos longitudinais que suportem o uso de uma estratégia específica, devemos ter em conta aspetos específicos relacionados com o subfenótipo de cada doente⁽⁸⁾, nomeadamente o tipo de inflamação (eosinofílica/não eosinofílica) e a presença de reversibilidade vs obstrução persistente.

Concluindo, tendo em conta a heterogeneidade dos fenótipos obstrutivos e não sendo a separação binária em asma e DPOC suficiente, parece necessária uma nova taxonomia para a patologia obstrutiva, mais descritiva, que tenha em conta a história da doença, da sua evolução, dos desafios inalatórios ocorridos e das comorbilidades existentes, de forma a abordarmos todos os traços tratáveis da doença e personalizarmos o cuidado médico⁽⁹⁾. Considerando a complexidade da abordagem dos doentes que não encaixam nas formas clássicas da doença, a sua referência a consultas diferenciadas, nomeadamente para consultas de pneumologia/asma difícil, pode constituir um benefício.

Bibliografia:

1. S. Christenson, K. Steiling, M. van den Berge, K. Hijazi, P.S. Hiemstra, D.S. Postma, et al. Asthma-COPD overlap. Clinical relevance of genomic signatures of type 2 inflammation in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*, 191 (7) (2015), pp. 758–766.
2. M. Ghebre, M. Bafadhel, D. Desai, S.E. Cohen, P. Newbold, L. Rapley, et al. Biological clustering supports both Dutch and British hypotheses of asthma and chronic obstructive pulmonary disease. *J Allergy Clin Immunol*, 135 (1) (2014), pp. 63–72.e10.
3. <http://ginasthma.org/gina-reports/>.
4. Loureiro CC. Fenótipos de asma e novos biomarcadores da doença numa população portuguesa. [thesis] Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra (2014) <http://hdl.handle.net/10316/26402>.
5. B.G. Cosío, J.B. Soriano, J.L. López-Campos, M. Calle-Rubio, J.J. Soler-Cataluna, J.P. de-Torres. Defining the asthma-COPD overlap syndrome in a COPD cohort. *Chest*, 307 (8) (2015), p. 980251.
6. *Curr Pharm Des*. 2016;22(41):6273-6282.

doi: 10.2174/1381612822666160906162441. Asthma COPD Overlap Syndrome: An Approach to A Real-World Endotype in Obstructive Lung Disease? Laicho-Contreras MI, de Oca MM, Owen CA.

7. N.C. Barnes, I.D. Pavord, P.W. Jones, J.A. Wedzicha, S. Lettis, N. Locantore, et al. Blood eosinophil count as a predictor of response to inhaled corticosteroids (ICS) in COPD. *Am J Respir Crit Care Med*, 191 (2015).

8. Loureiro CC. Blurred lines. Eosinophilic COPD: ACOS or COPD phenotype? *Revista Portuguesa de Pneumologia (English Edition)*, Volume 22, Issue 5, September–October 2016, Pages 279–282.

9. Agusti A, Bel E, Thomas M, Vogelmeier C, Brusselle G, Holgate S, et al. Treatable traits: toward precision medicine of chronic airway diseases. *Eur Respir J*. 2016 Feb;47(2):410-9.

9ª CONFERÊNCIA MUNDIAL IPCRG

Porto, Portugal
31 maio - 2 junho 2018

SAÚDE RESPIRATÓRIA - Acrescentar Valor num Mundo com Recursos Limitados

Alcançar um alto valor para os pacientes, sendo valor definido como "os resultados de saúde alcançados por dólar gasto", deve-se tornar a principal meta da prestação de cuidados de saúde.
Michael Porter, NEJM 2010

Que resultados medimos? Quem os define? Que custos - como medimos desperdício, carbono, pessoas, instalações e medicamentos?

O que são **Cuidados Respiratórios Certos**? Quais são as coisas certas a fazer nos cuidados primários e como ajudamos que estas sejam feitas de forma correta?

Porto 2018 oferece uma **atualização abrangente** sobre as melhores práticas em cuidados respiratórios em medicina familiar e uma oportunidade para ouvir, apresentar e debater a mais recente investigação e reflexões em medicina respiratória.

Inscrição e submissão de resumos abre **setembro 2017**

mais informação
www.theipcr.org



Em colaboração com
GRES P Portugal GRES P Brasil GRAP Espanha GRAP Chile



PROGRAMA

21 de Abril, sexta-feira				
Horas	SALA JULIETA	BIBLIOTECA	SALA ROMEU	SALA PETIPA
8:30	Abertura do Secretariado			
8:45	Abertura do Secretariado			
9:00	Abertura do Secretariado			
9:15	Conferência de Abertura		CURSO INTENSIVO DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS EM ENFERMAGEM	
9:30				
9:45				
10:00	Apresentação IPCRG 2018			
10:15	Cerimónia de Abertura			
10:30	Intervalo			
10:45	Intervalo			
11:00	Alergia Respiratória na Consulta de MGF	Oficina de Espirometria (Patrocínio Boehringer Ingelheim)	CURSO INTENSIVO DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS EM ENFERMAGEM	
11:15				
11:30				
11:45				
12:00				
12:15	Intervalo			
12:30	Simpósio Boehringer Ingelheim AIRvolution: Das novas Guidelines ao seu doente			
12:45				
13:00				
13:15	Intervalo			
13:30	Almoço Trabalho			
13:45	Almoço Trabalho			
14:00	Almoço Trabalho			
14:15	Almoço Trabalho			
14:30	Sobreposição ASMA-DPOC (ACO)	Oficina de Reabilitação Respiratória nos CSP: relevância e aspetos práticos	CURSO INTENSIVO DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS EM ENFERMAGEM	Comunicações Livres Investigação
14:45				
15:00				
15:15				
15:30				
15:45	Intervalo			
16:00	Simpósio Pfizer: Vaccines Vacinação antipneumocócica no adulto: uma injeção de realidade!			
16:15				
16:30				
16:45	Intervalo			
17:00	Intervalo			
17:15	Intervalo			
17:30	Desabilitação tabágica: o estado da arte	Comunicações Livres Relato de caso	CURSO INTENSIVO DE CUIDADOS RESPIRATÓRIOS EM ENFERMAGEM	Comunicações Livres Avaliação e Melhoria Contínua da Qualidade e Revisão de Tema
17:45				
18:00				
18:15				
18:30				
18:45	Intervalo			
19:00	Intervalo			

22 de Abril, sábado				
Horas	SALA JULIETA	BIBLIOTECA	SALA PETIPA	SALA PINA BAUSH
8:30				
8:45				
9:00	Oficina de Espirometria (Patrocínio Boehringer Ingelheim)	Oficina de Inaladores (Patrocínio A. Menarini)	Oficina de Imagiologia Respiratória	Oficina de Rinossinusite (Patrocínio Bial)
9:15				
9:30				
9:45				
10:00				
10:15	Intervalo			
10:30	Intervalo			
10:45	Intervalo			
11:00	Patologia Respiratória e Doença Profissional	Oficina de Cuidados Respiratórios Domiciliários (Patrocínio Linde)	Comunicações Livres Protocolo de Investigação	
11:15				
11:30				
11:45				
12:00				
12:15	Intervalo			
12:30	Simpósio Novartis DPOC: da simplificação à prática clínica?			
12:45				
13:00				
13:15	Intervalo			
13:30	Almoço Trabalho			
13:45	Almoço Trabalho			
14:00	Almoço Trabalho			
14:15	Almoço Trabalho			
14:30	Cancro do Pulmão			
14:45				
15:00				
15:15				
15:30				
15:45	Intervalo			
16:00	Estado da Arte na ASMA e DPOC: 1 ano depois (Sessão GRESP/APMGF/SPP/SPAIC)			
16:15				
16:30				
16:45	Intervalo			
17:00	Intervalo			
17:15	Intervalo			
17:30	Conferência de Encerramento: Doença Intersticial do Pulmão			
17:45				
18:00				
18:15	Intervalo			
18:30	Intervalo			
18:45	Intervalo			
19:00	Intervalo			





PUBLICIDADE



PUBLICIDADE