



# Respirar

## GRESP assume cada vez mais protagonismo na área das doenças respiratórias em CSP



**Jaime Correia de Sousa**  
Coordenador do GRESP

O GRESP, Núcleo de Doenças Respiratórias, é um grupo de trabalho da Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral (APMCG) que se constituiu em 2005, na sequência de uma proposta de um grupo de sócios.

À constituição formal seguiu-se um período de existência pouco ativa, mas em julho de 2010 deu-se um ressurgimento do GRESP e um reativar de iniciativas. Durante o resto do ano foram feitos os preparativos do que viria a ser uma das iniciativas de maior sucesso do GRESP: a formação interna dos seus próprios membros, com vista a aumentar a capacidade de intervenção na área formativa, homogeneizar conteúdos e métodos de formação e aumentar a coesão do grupo.

Em 2011, teve lugar o 1.º Curso de Formação de Formadores, que ocorreu

ao longo de um conjunto de sábados. A segunda parte de 2011 foi ocupada a desenvolver o material científico oficial do GRESP e com a preparação das 1.ªs Jornadas do GRESP, que decorreram em fevereiro de 2012.

Em concomitância, o GRESP teve, em 2012, uma participação intensa em três dos mais importantes eventos nacionais desenvolvidos pela APMGF, o Encontro Nacional, o Congresso Nacional e a Escola da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF). Em todas as formações desenvolvidas as avaliações foram muito positivas e mais colegas colaboradores aderiram ao GRESP.

À constituição formal seguiu-se um período de existência pouco ativa, mas em julho de 2010 deu-se um ressurgimento do GRESP e um reativar de iniciativas.

Em 2013, o GRESP continuou a apostar na formação de formadores, com a realização do 2.º curso, em Coimbra e Lisboa, de fevereiro a abril de 2013, para além da participação nos eventos da APMGF, no Curso Pós-Graduado de Pneumologia da FMUL, Encontro da USF-AN, 3.º IPCRG *Scientific Meeting em Uppsala*, 12.º Congresso Brasileiro de Medicina de Família e Comunidade em Belém, WONCA 20th World Conference em Praga e ERS Annual Congress 2013, em Barcelona, entre muitos outros.

As segundas Jornadas do GRESP tiveram lugar em Coimbra, em 21 e 22 de fevereiro de 2014, em parceria com elementos do GRAP (grupo homólogo espanhol). Em 2014, os membros do GRESP participaram como palestrantes ou formadores em numerosas atividades, em Portugal ou no estrangeiro.

Desde o início que as atividades do GRESP têm estado intimamente ligadas ao IPCRG (*International Primary Care Respiratory Group*), a organização internacional que congrega organizações nacionais de profissionais dos cuidados de saúde primários com interesse especial nas doenças respiratórias. Vários elementos do GRESP têm participado ativamente em grupos de trabalho ou em órgãos de gestão do IPCRG.

Também foram estabelecidas relações de parceria com a Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, através do Núcleo de Saúde Comunitária do ICVS

Desde o início que as atividades do GRESP têm estado intimamente ligadas ao IPCRG (*International Primary Care Respiratory Group*).

(Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde). A criação de uma bolsa de investigação Pós-Doc com uma parceria IPCRG-ICVS, no âmbito do projeto UNLOCK, possibilitou a localização de um investigador dedicado a tempo inteiro às doenças respiratórias em CSP na Universidade do Minho.

Outra parceria importante de investigação tem sido a cooperação com o Departamento de Ciências de Informação e da Decisão em Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto em projetos de investigação e na orientação de doutorandos na área da asma.

O GRESP tem também sido protagonista das ligações formais desenvolvidas entre a APMGF e as sociedades científicas ligadas às doenças respiratórias, a SPAIC e a SPP. Têm sido várias as participações recíprocas de elementos das organizações nos eventos científicos organizados pelas outras.

O conjunto de textos constantes deste Dossier Respirar demonstra o vigor e espírito de iniciativa deste núcleo da APMGF e deixa antever um futuro com cada vez maior protagonismo no estudo, formação e investigação sobre doenças respiratórias em CSP.

O GRESP tem também sido protagonista das ligações formais desenvolvidas entre a APMGF e as sociedades científicas ligadas às doenças respiratórias, a SPAIC e a SPP.

*Já foi ver hoje o que se passa na Saúde?*

www.**just**  
news.pt

O seu ponto de encontro com a Saúde

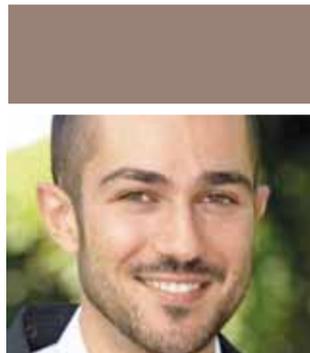
# Quais os tratamentos não farmacológicos da DPOC e em que situações estão indicados?



**Conceição Alves**

Médica interna de MGF do 4.º ano, USF S. Julião – ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras

No tratamento da DPOC, é necessário recorrer a todos os esforços para travar a cascata inflamatória crónica pulmonar subjacente. Sendo o principal fator de risco de DPOC a exposição prolongada ao fumo do tabaco, a medida terapêutica fundamental e mais premente prende-se com a cessação tabágica, a qual deve ser encorajada a todos os fumadores.



**Tiago Lopes**

Médico interno de MGF do 4.º ano, USF Santo António da Charneca – ACeS Arco Ribeirinho

De facto, os estudos demonstram que a cessação tabágica é a mais custo efetiva no tratamento dos doentes com DPOC, sendo uma das poucas medidas que pode atrasar o declínio da função pulmonar e a progressão da doença. Por outro lado, não deve ser esquecida a evicção da exposição a outros fumos nocivos da combustão de biomassas.

Todos os doentes devem ser motivados à prática regular de exercício físico, independentemente da gravidade da doença. É consensual, a partir da categoria B da DPOC, o ingresso num programa estruturado e multidisciplinar de reabilitação pulmonar (RP) com duração mínima de 6 semanas. Este programa deve combinar um treino de resistência, da força muscular e flexibilidade global, com um aconselhamento nutricional adequado. A sua utilização é menos eficaz em doentes com mobilidade muito reduzida e em doentes pouco motivados e mais eficaz quanto maior for a falta de ar e a fadiga.

Os benefícios da RP são mais acentuados se for continuado após as 6 semanas, por exemplo, com exercícios simples que o doente poderá manter no seu domicílio (consultáveis no *site* do GRESP). No que diz respeito aos resultados clínicos, a RP demonstrou reduzir a perceção de dispneia, melhorar a performance geral, melhorar a qualidade de vida e a interação psicossocial, reduzir o número

e a duração dos internamentos por exacerbações, melhorar a recuperação após o internamento e aumentar a sobrevida destes doentes.

A educação deve ser transversal a todos os doentes. Para além de se reforçar a importância da cessação tabágica, o doente deve conhecer a sua doença, a abordagem terapêutica geral e o papel ativo que ele próprio desempenha no seu controlo. Em cada consulta é desejável o treino da utilização da terapêutica inalatória. O plano terapêutico deve resultar do diálogo e decisão partilhada entre médico e doente, com discussão da fase terminal da doença e dos cuidados paliativos em fases mais precoces e estáveis, para que o doente possa manifestar as suas escolhas.

Deverá ser sugerida a todos os doentes a vacina da gripe anualmente e a vacina antipneumocócica a partir dos 65 anos, independentemente da categoria da/ doença, dada a redução do número de complicações graves e de mortes. A imunização antipneumocócica é benéfica em idades mais precoces se a DPOC

Todos os doentes devem ser motivados à prática regular de exercício físico, independentemente da gravidade da doença.

for avançada (categorias C e D), ou se o doente for portador de outras comorbilidades.

Em estádios avançados e situações clínicas específicas, poderá estar prevista desde a oxigenoterapia (de longa duração e de deambulação) e a ventiloterapia não invasiva até ao tratamento cirúrgico e transplante pulmonar.

# Apneia do sono: só 10% dos doentes estão diagnosticados

Apesar de não existirem estudos de prevalência publicados em Portugal, estima-se que 5 a 10% da população portuguesa possa padecer de apneia do sono e que apenas se encontrem diagnosticados na atualidade menos de 10% dos doentes.



**Dyna Torrado**

De acordo com Dyna Torrado, médica de família da UCSP Faro, Extensão da Conceição, a apneia do sono é uma doença que se caracteriza pela interrupção intermitente da respiração durante o sono, devido ao colapso da via respiratória ao nível da faringe.

O diagnóstico da apneia do sono parte de uma suspeita, tendo em conta as queixas e as características do doente.

“Os sintomas mais relevantes são o ressonar forte, ao ponto de incomodar os familiares; as paragens na respiração durante o sono e a sonolência durante o dia”, afirma.

Segundo a médica, por vezes, os doentes acordam durante a noite com sensação de sufoco. Outras vezes são os parceiros que presenciam as paragens e ficam alarmados. “Alguns doentes adormecem em qualquer sítio com facilidade, até em lugares públicos, como na sala de espera do médico, no cinema ou na igreja”, menciona.

Refere ainda ser frequente que os doentes sintam cansaço e dor de cabeça ao acordar de manhã, secura da boca, irritabilidade, dificuldade de concentra-

ção, perda de memória, perda do desejo sexual e até depressão. Também podem ter sono agitado ou acordar muitas vezes durante a noite.

Dyna Torrado adianta que a apneia do sono é mais frequente em homens a partir dos 40 anos e em mulheres depois da menopausa, mas também pode aparecer em crianças. As pessoas obesas e de pescoço largo têm mais probabilidade de sofrer da doença.

“A apneia do sono aumenta fortemente o risco de hipertensão, AVC, enfarte e arritmias. Também o risco de sofrer acidentes de viação por causa da sonolência é 6 vezes superior”, afirma Dyna Torrado.

## O diagnóstico

De acordo com Cláudia Almeida Vicente, médica de família da UCSP Mealhada, o diagnóstico da apneia do sono parte de uma suspeita, tendo em conta as queixas e as características do doente. Para que se estabeleça com exatidão, a médica explica que se utilizam critérios de ordem clínica e um estudo do sono, destacando-se o mais completo, a polissonografia (PSG).

“Os critérios clínicos utilizados são a presença dos principais sintomas da doença – sonolência diurna excessiva (que se traduz por uma facilidade em

adormecer durante o dia) e/ou dois dos seguintes: sensação de asfixia durante a noite, despertares noturnos, sono não reparador e dificuldade de concentração associados ao índice de apneia registado nos estudos do sono entre 5-14”, adianta.



**Cláudia Almeida Vicente**

Em alternativa, Cláudia Almeida Vicente refere que o diagnóstico pode ser feito com um índice de apneia superior a 15. “Estes estudos medem vários parâmetros durante uma noite de sono e podem ser feitos em ambiente hospitalar ou em casa”, descreve, acrescentando que os registos de apneia ou hipopneia traduzem

os “segundos em que o doente quase não respira ou não respira por completo”.

## Tratamento depende da causa

O principal objetivo do tratamento da apneia do sono é, segundo Cláudia Almeida Vicente e Dyna Torrado, manter as vias respiratórias sempre abertas, para que a respiração não seja interrompida durante o sono e não existam as apneias e hipopneias.

As médicas esclarecem que o tratamento “depende muito da causa” e pode envolver aparelhos odontológicos (colocados na boca durante a noite para manter a mandíbula posicionada mais para frente e impedir o colapso das vias aéreas), cirurgias do foro da Otorrinolaringologia, nomeadamente em crianças e, principalmente, através do uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP).

Segundo explicam, a terapia com CPAP consiste num ventilador portátil que deve ser usado diariamente no domicílio e que emite uma pressão através de uma máscara, evitando que os doentes parem de respirar. A sua tecnologia tem vindo a ser progressivamente melhorada, para que possam ser mais cómodos, silenciosos, leves e para que se possam personalizar ao gosto de cada doente.

# Novos tratamentos da DPOC

“Nos últimos anos têm surgido vários novos tratamentos para a DPOC, desde  $\beta$ 2-agonistas de longa ação, como o indacaterol, a novos anticolinérgicos de longa ação, como o glicopirrônio e o aclidínio, e a associação de  $\beta$ 2-agonistas de longa ação com anticolinérgicos de longa ação: indacaterol/glicopirrônio”, avança Ana Raquel Figueiredo, da USF Citânia (ACES Vale de Sousa Norte).

A médica de família indica que estão ainda em fase de aprovação os  $\beta$ 2-agonistas de longa ação (olodaterol), assim como as associações fixas de  $\beta$ 2-agonistas de longa ação com anticolinérgicos de longa ação (olodaterol/tiotrópio, aclidínio/formoterol e vilanterol/umeclidínio) e as associações fixas  $\beta$ 2-agonistas de longa ação com corticosteroides (indacaterol/mometasona e vilanterol/fluticasona).

Rui Costa, especialista em MGF, salienta que os principais objetivos terapêuticos da DPOC são reduzir os sintomas e a frequência e gravidade das exacerbações, melhorar o estado de saúde e a tolerância ao exercício e diminuir a mortalidade.

Segundo Cláudia Almeida Vicente, médica de família da UCSP Mealhada, os novos tratamentos podem ser usados em todos os estádios da DPOC, particularmente nos mais avançados, que refletem menor qualidade de vida, com mais crises e recurso frequente a cuidados de saúde. Têm como objetivo “travar a progressão da doença” e “melhorar os sintomas e reduzir as exacerbações”, tendo como resultado a melhoria da qualidade de vida, com redução das hospitalizações e da mortalidade.



Rui Costa

“O uso das novas terapêuticas permite um prolongamento do tempo decorrido até à primeira exacerbação e uma melhoria da função pulmonar que pode ser medida espirometricamente ( $FEV_1$  – volume expiratório forçado no 1.º minuto), afirma Cláudia Almeida Vicente.

No que diz respeito à sua segurança e tolerabilidade, a médica refere que os resultados são animadores, dado que os efeitos adversos foram quase sobreponíveis aos do placebo.

“Os novos anticolinérgicos e beta 2 agonistas de longa ação são fármacos que vão atuar a nível pulmonar, melhorando a capacidade pulmonar e, consequentemente, a tolerância ao esforço”, sublinha. Relativamente aos antigos, Cláudia Almeida Vicente diz que mostram um início de ação mais rápido (há substâncias que atuam em apenas 5 minutos) e alguns podem

ser usados uma só vez por dia, porque a sua duração de ação chega às 24 horas.

“Estes novos tratamentos são também muito úteis, pois, podem condensar duas

substâncias num único dispositivo inalatório. Desta forma, para além da adesão e cumprimento da terapêutica pelo doente ser maior, também os benefícios de inalar

ao mesmo tempo um anticolinérgico e um beta 2 agonista de longa ação são superiores ao seu uso individual”, acrescenta.

Para terminar, a médica ressalta que

estes fármacos, ao diminuírem os sintomas e controlarem as exacerbações, fazem com que o recurso a medicação de alívio seja significativamente menor.



## ULTIBRO® BREEZHALER®

MÁXIMA EFICÁCIA para VIRAR A PÁGINA no tratamento da DPOC<sup>1-4</sup>

Ultibro Breezhaler 85 microgramas/43 microgramas, pó para inalação, cápsulas (indacaterol/glicopirrônio) Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas. Nota importante: Antes de prescrever consulte o Resumo das Características do Medicamento. APRESENTAÇÃO: Pó para inalação, cápsulas contendo 143 microgramas de maleato de indacaterol equivalente a 110  $\mu$ g de indacaterol e 63  $\mu$ g de brometo de glicopirrônio equivalente a 50  $\mu$ g de glicopirrônio. Cada dose libertada (a dose libertada do aplicador bucal do inalador) contém 110 g de maleato de indacaterol equivalente a 85  $\mu$ g de indacaterol e 54  $\mu$ g de brometo de glicopirrônio equivalente a 43  $\mu$ g de glicopirrônio. INDICAÇÕES: Ultibro Breezhaler é indicado como tratamento broncodilatador de manutenção para alívio dos sintomas em doentes adultos com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO Adultos: A dose recomendada é a inalação do conteúdo de uma cápsula uma vez por dia, usando o inalador Ultibro Breezhaler. Populações especiais de doentes: **Compromisso renal:** pode ser usado na dose recomendada em doentes com compromisso renal ligeiro a moderado. Em doentes com compromisso renal grave ou com doença renal terminal que necessitem de diálise, este deve ser usado se o benefício esperado superar o risco potencial. **Compromisso hepático:** pode ser utilizado na dose recomendada em doentes com compromisso hepático ligeiro a moderado. Não estão disponíveis dados para a utilização em doentes com compromisso grave da função hepática. **População idosa:** pode ser utilizado na dose recomendada em doentes idosos (idade igual ou superior a 75 anos). **População pediátrica (<18 anos):** a segurança e eficácia não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Modo de administração:** As cápsulas de Ultibro Breezhaler devem ser administradas pela via inalatória oral e apenas com a utilização do inalador Ultibro Breezhaler. As cápsulas não devem ser engolidas. Ultibro Breezhaler deve ser administrado à mesma hora do dia todos os dias. Se for omitida uma dose, esta deve ser tomada assim que possível no mesmo dia. Os doentes devem ser instruídos a não tomarem mais do que uma dose por dia. As cápsulas devem ser sempre conservadas no blister de origem para proteger da humidade, e apenas retiradas imediatamente antes da utilização. Os doentes devem ser instruídos sobre como administrar o medicamento corretamente. Os doentes que não sentirem melhorias na respiração devem ser questionados se estão a engolir o medicamento em vez de o inalar. **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes de Ultibro Breezhaler. **ADVERTÊNCIAS/PRECAUÇÕES:** Ultibro Breezhaler não deve ser administrado concomitantemente com medicamentos contendo agonistas beta-adrenérgicos de longa duração ou antagonistas muscarínicos de longa duração. Não deve ser usado no tratamento da asma, os agonistas beta2-adrenérgicos de longa duração podem aumentar o risco de acontecimentos adversos graves relacionados com a asma, incluindo mortes relacionadas com a asma, quando utilizados no tratamento da asma. Não está indicado para o tratamento de episódios agudos de broncoespasmo. Se ocorrerem reações de hipersensibilidade, o tratamento com Ultibro Breezhaler deve ser descontinuado e deverá ser instituída terapêutica alternativa. Tal como com outras terapêuticas de inalação, a administração pode resultar em broncoespasmo paradoxal, o que pode pôr em risco a vida. Se tal ocorrer, o tratamento com Ultibro Breezhaler deve ser interrompido imediatamente e deverá ser instituída terapêutica alternativa. Utilizar com precaução em doentes com glaucoma de ângulo estreito e retenção urinária. Tal como com outros agonistas beta2-adrenérgicos, deve ser utilizado com precaução em doentes com perturbações cardiovasculares (doença arterial coronária, enfarte agudo do miocárdio, arritmias cardíacas, hipertensão); em doentes com perturbações convulsivas ou tirotóxicas, e em doentes com resposta aumentada aos agonistas beta2-adrenérgicos. Apenas deve ser utilizado se o benefício esperado superar o risco potencial em doentes com compromisso renal grave, incluindo os com doença renal terminal necessitando de diálise. Tal como com outros agonistas beta2-adrenérgicos, pode causar efeitos cardiovasculares clinicamente significativos em alguns doentes, evidenciados pelo aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e/ou sintomas, alterações no eletrocardiograma (ECG). Os agonistas beta2-adrenérgicos podem produzir hipocalcemia significativa em alguns doentes, o que potencialmente pode levar a reações adversas cardiovasculares. A diminuição do potássio sérico é usualmente transitória, não requerendo suplementação. Em doentes com DPOC grave, a hipocalcemia pode ser potenciada pela hipoxia e pela terapêutica concomitante, o que pode aumentar a suscetibilidade a arritmias cardíacas. Ultibro Breezhaler não foi estudado em doentes com diabetes mellitus que não estava bem controlada. **GRAVIDEZ:** apenas deve ser usado durante a gravidez se os benefícios esperados para o doente compensarem os potenciais riscos para o feto. **TRABALHO DE PARTO: Informação relacionada com indacaterol** – tal como com outros medicamentos contendo agonistas beta2-adrenérgicos, Ultibro Breezhaler pode inibir o trabalho de parto devido ao efeito relaxante no músculo liso uterino. **ALEITAMENTO:** apenas deve ser considerado se os benefícios esperados para a mulher compensarem qualquer potencial risco para a criança. **FERTILIDADE:** os estudos de reprodução e outros dados em animais não levantam preocupações no que respeita a fertilidade quer em machos quer em fêmeas. **INTERAÇÕES:** Não foram conduzidos estudos de interação específicos com Ultibro Breezhaler. A informação sobre o potencial de interações é baseada no potencial para cada um dos seus dois componentes. Não deve ser administrado conjuntamente com bloqueadores beta-adrenérgicos (incluindo colírios) exceto se existirem razões imperiosas para a sua utilização. Os fármacos conhecidos por prolongar o intervalo QT podem aumentar o risco de arritmia ventricular. A administração concomitante de outros agentes simpaticomiméticos pode potenciar os efeitos indesejáveis. O tratamento concomitante com derivados da metilxantina, corticosteroides ou diuréticos não-pou-potássio pode potenciar o possível efeito hipocalcémico dos agonistas beta2-adrenérgicos. A inibição dos principais contribuintes para a depuração do indacaterol, CYP3A4 e glicoproteína P (P-gp) não tem impacto na segurança das doses terapêuticas. A coadministração com outros medicamentos que contêm anticolinérgicos não foi estudada e portanto não é recomendada. Não se esperam interações medicamentosas relevantes quando glicopirrônio é coadministrado com cimetidina ou outros inibidores do transporte de cationes orgânicos. **REAÇÕES ADVERSAS:** Reações adversas de Ultibro Breezhaler: Muito frequentes ( $\geq 1/10$ ): infeção do trato respiratório superior. Frequentes ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ): Nasofaringite, infeção do trato urinário, sinusite, rinite, tonturas, cefaleias, tosse, dor orofaríngea incluindo irritação da garganta, dispnéia, cáries dentárias, dor musculoesquelética, parestesia, dor torácica. Pouco frequentes ( $\geq 1/1.000$ ,  $< 1/100$ ): insónia, parestesias, glaucoma, doença cardíaca isquémica, fibrilhação auricular, taquicardia, palpitações, epistaxis, xerostomia, prurido/exantema, espasmos musculares, mialgias, obstrução da bexiga e retenção urinária, edema periférico e fadiga. **Reações adversas observadas com pelo menos um dos componentes individuais mas não com Ultibro Breezhaler:** Pouco frequentes: broncoespasmo paradoxal, dor nas extremidades. Frequentes: gastroenterite. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO** Novartis Europharm Limited Wilmshurst Road Herts SG12 5AB Reino Unido. **REPRESENTANTE LOCAL** Novartis Farm - Produtos Farmacêuticos S.A., Avenida Professor Doutor Cavaco Silva, n.º 10E, Taguspark, 2740-255 Porto Salvo. Escalão de participação: Escalão B (69%; 84%). Medicamento sujeito a receita médica. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM/representante local do titular da AIM: ULT\_RCM201309\_IJC\_V03

**Bibliografia:**

1. Ultibro Breezhaler RCM <http://www.ema.europa.eu/ema>, September 2013.
2. Vogelmeier CF, Bateman ED, Pallante J, et al. Efficacy and safety of once-daily QVA149 compared with twice-daily salmeterol-fluticasone in patients with chronic obstructive pulmonary disease (ILLUMINATE): a randomised, double-blind, parallel-group study. *Lancet Respir Med*. 2013;1:51-60.
3. Bateman ED, Ferguson GT, Barnes N, et al. Dual bronchodilation with QVA149 versus single bronchodilator therapy: the SHINE study. *Eur Respir J*. Published online May 2013 as doi: 10.1183/09031936.00200212.
4. Wedzicha JA, Decramer M, Ficker JH, et al. Analysis of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations with the dual bronchodilator QVA149 compared with glycopyrronium and tiotropium (SPARK): a randomised, double-blind, parallel-group study. *Lancet Respir Med*. 2013;1:199-209.

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



# Investigação em doenças respiratórias

## Guilherme Mendes

ACES Estuário do Tejo

## Luís Alves

Médico de família na USF Horizonte, Matosinhos  
Assistente convidado na Escola de Ciências da Saúde da Univ. Minho

## Jaime Correia de Sousa

Professor Associado da Escola de Ciências da Saúde da Univ. Minho. Médico de família na USF Horizonte, Matosinhos. Coordenador do GRESP. Presidente-Eleito do International Primary Care Respiratory Group

Desde o início da sua atividade, o GRESP tem contribuído ativamente com investigação científica para o aumento do conhecimento sobre o perfil epidemiológico das doenças respiratórias em Portugal. Pela sua abrangência, pelo crescente número de colaboradores com interesses de investigação em diferentes doenças respiratórias e pela sua ligação cada vez mais sólida a diversos departamentos

académicos, tem sido possível semear as bases de várias linhas de investigação coerentes e consistentes.

Até ao momento, este esforço tem culminado na publicação de vários artigos científicos em revistas de referência, alguns ainda avulsos e outros integrados em projetos de investigação estruturados.

Apesar do longo caminho já percorrido, é gratificante notar que existe, atualmente, uma nova geração de projetos de investigação sólidos do ponto de vista científico que irão contribuir, a médio prazo, para alargar quantitativa e qualitativamente o conhecimento sobre doenças respiratórias em Portugal. Também é interessante verificar que as fontes de financiamento destes são diversas e incluem, de forma cada vez mais presente, a participação em projetos internacionais multicêntricos.

Apesar da conjuntura económica pouco favorável, é possível vislumbrar um futuro risonho para a investigação em doenças respiratórias em Portugal. A existência de um número considerável de projetos de doutoramento e colaborações internacionais em curso faz antever a produção de um número razoável de publicações competitivas a médio prazo. Pela sua essência integradora, abrangente e colaboracionista, o GRESP tem contribuído de forma significativa para elevar para um novo patamar a investigação em doenças respiratórias em Portugal.

Salientam-se alguns projetos em curso:

1. ICAPP – Improving Care of Asthma Patients in Portugal. Este estudo tem dois ramos em curso: a) ICAPP EMR (Electronic Medical Record) - Efetividade de um registo médico eletrónico no controlo da asma e rinite em doentes dos cuidados de

saúde primários. O primeiro foi um Estudo Delphi; está já concluída a recolha de dados e encontra-se em fase de redação do manuscrito. O segundo é um ensaio clínico e está em fase de recolha de dados; b) O segundo ramo é o ICAPP ACE (Adherence, Compliance, Enablement). O primeiro estudo está a proceder à validação de dois questionários. O segundo estudo está em fase de preparação do protocolo.

2. UNLOCK (Uncovering and Noting Long-term Outcomes in COPD and Asthma to Enhance Knowledge) Portugal: com dois ramos: 1) Asma; 2) DPOC.

O investimento tem sido aplicado seguindo as entidades que o promovem e é sobretudo orientado para doenças respiratórias de maior prevalência ou impacto na população, como a doença pulmonar obstrutiva crónica, asma, rinite e infeções respiratórias, ou fatores de risco reconhecidos, como o tabagismo.

Predominam as investigações na área epidemiológica, manifestando o atual Programa Nacional para as Doenças Res-

Apesar da conjuntura económica pouco favorável, é possível vislumbrar um futuro risonho para a investigação em doenças respiratórias em Portugal

piratórias necessidade de estudos de morbimortalidade na vertente de investigação operacional. Em contraste, a investigação básica pode ser suportada por investimento na forma de prémios ou bolsas, destacando-se as disponibilizadas em parceria com sociedades científicas.

As prioridades definidas pelo GRESP para os próximos anos dizem respeito aos estudos de cooperação internacional dentro do projeto UNLOCK, no âmbito do IPCRG. Em Portugal, o projeto conta com a colaboração do Núcleo de Saúde Comunitária do Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde (ICVS) da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, em parceria com o *International Primary Care Respiratory Group* (IPCRG) e o GRESP / APMGF. Trata-se de um projeto pioneiro em Portugal para o desenvolvimento de estudos portugueses e cooperativos a nível internacional -- o projeto UNLOCK Portugal.

Pretende-se, com este projeto, identificar e acompanhar uma Coorte aberta e prospectiva de utentes de cuidados de saúde primários com doenças respiratórias obstrutivas crónicas (i.e. Asma e/ou DPOC) pelo período mínimo de 10 anos em Portugal. A identificação dos doentes e o registo de dados clínicos da Coorte será efetuado por médicos de família voluntários, através do uso de uma plataforma disponibilizada gratuitamente para o registo de dados clínicos *online*.

Espera-se que o estudo e as análises dos dados recolhidos forneçam novos elementos sobre asma, DPOC e síndrome de sobreposição e que aumentem o conhecimento a vários níveis como, por exemplo: prevalência e incidência de eventos, fatores de risco, melhoria de práticas clínicas, custo económico

O GRESP está a concluir um projeto colaborativo com a ECS da UM, com o objetivo de gerar um consenso para a Agenda de Investigação em Doenças Respiratórias em CSP em Portugal.

das doenças e apoio ao desenvolvimento de programas de saúde comunitária.

O projeto foi já autorizado pela ARS Norte e CNPDP, encontrando-se agora na fase de recrutamento de médicos de família voluntários. Aos médicos participantes será fornecido o acesso a uma plataforma de registo de dados clínicos desenhada para a asma e DPOC, sendo-lhes pedido que mantenham um registo atual dos dados relevantes da gestão clínica destas doenças, de acordo com as boas práticas recomendadas, ao mesmo tempo que fornecem dados para o projeto. Prevê-se o seu alargamento progressivo a outras regiões do país.

Para além disso, o GRESP está a concluir um projeto colaborativo com a ECS da UM, com o objetivo de gerar um consenso para a Agenda de Investigação em Doenças Respiratórias em CSP em Portugal, através de um estudo Delphi, que deverá estar concluído no início de janeiro de 2015.

# Formação em doenças respiratórias



## Ana Margarida Cruz

Médica de Família, USF Bom Porto

## Guilherme Mendes

ACES Estuário do Tejo

As doenças respiratórias são de indistintível prevalência no âmbito dos cuidados primários. A sua terapêutica possui particularidades, como a ventilação e a inalação de fármacos. Englobam várias doenças profissionais (algumas doenças do interstício) e infecciosas (como a tuberculose). Formam uma disciplina em constante mudança, sendo que mesmo as novidades a nível hospitalar podem ter repercussões nos cuidados primários.

Por tudo isto, a desatualização dos clínicos é uma possibilidade e é esta contrariedade que a formação em doenças respiratórias visa colmatar. Estão, atualmente, em vigor programas internacionais, em países como a Austrália e o Brasil, com resultados promissores.

Os MF estão cada vez mais alerta para a importância desta área. Contudo, existem obstáculos, que podem incluir a variedade de temas que têm de dominar, a perceção de que talvez não seja preciso

estar completamente atualizado para se abordar a doença respiratória de forma eficaz e a importância relativa de outras disciplinas.

Minimizar estes fatores é uma ambição que desejamos ver concretizada com as nossas formações. De notar que a aflu-

A desatualização dos clínicos é uma possibilidade e é esta contrariedade que a formação em doenças respiratórias visa colmatar.

ência tem sempre ultrapassado as nossas expectativas. O GRESP tem sido fundamental na área da formação em doenças respiratórias, focando os cuidados de saúde primários, mas com parcerias relevantes com sociedades de diferentes especialidades.

As jornadas do GRESP, na sua segunda edição, são um exemplo, ao promover a atualização e o encontro entre colegas que estão empenhados em contribuir para a melhoria nesta área. Neste encontro, é incentivada a investigação, com discussão de projetos e prémios aos melhores trabalhos, debates e discussão da atualidade.

De salientar ainda o programa de formação de formadores, iniciado em 2011, com edições em vários pontos do país, que promove a formação interpares e contribui para novos projetos. Foram sendo criados grupos de trabalho com estes formadores, que participam em

O GRESP tem sido fundamental na área da formação em doenças respiratórias, focando os cuidados de saúde primários.

sessões de eventos como congressos e reuniões de equipa, dando espaço a que o material do GRESP seja divulgado e distribuído nos diferentes locais do país. Este material atualizado encontra-se na página da internet "Respirar Mais" e nos eventos em que o GRESP está presente, sendo ainda divulgado na página do *facebook* "GRESPP".

# Acail Gás Medicare: uma nova solução nos CRD

Melhorar a qualidade de vida dos doentes respiratórios e das suas famílias é o principal objetivo de trabalho da Acail Gás Medicare. Tendo em conta este princípio base, Mirian da Silva Marques, responsável técnica e coordenadora dos cuidados respiratórios domiciliários (CRD), garante que, “neste momento, temos capacidade para responder com prontidão e eficácia aos pacientes de qualquer zona do território continental”.

**Jornal Médico (JM) – A Acail Gás surgiu há quanto tempo e desenvolve a sua atividade em que setor?**

**Mirian Marques (MM) –** A Acail Gás pertence ao Grupo Acail. Este Grupo, constituído apenas por capitais portugueses, foi fundado em 1975 e engloba várias empresas em Portugal, Espanha e Angola. O espírito empreendedor e de liderança que sempre caracterizou o fundador e atual presidente do Grupo, António Correia de Andrade, proporcionou a expansão das áreas de negócio com a criação da Acail Gás, em 1996, que desenvolve a sua atividade no setor dos Gases Medicinais, Alimentares e Industriais. Na continuação da busca de novos desafios, mais recentemente, em 2009, foi esta empresa do Grupo que abraçou o projeto dos cuidados respiratórios domiciliários (CRD), ao criar o Departamento Acail Gás Medicare.

**JM – A Acail Gás criou o Departamento Acail Gás Medicare. Quais os**

**principais objetivos desta atividade?**

**MM –** Este projeto foi criado com o intuito de alargar e diversificar a atuação da Acail Gás junto dos pacientes com doenças respiratórias, que ocorria indiretamente através do fornecimento de gases medicinais a hospitais, clínicas e outras entidades bem próximas da comunidade,



**Mirian da Silva Marques**

como o INEM e corporações de bombeiros.

O nosso principal objetivo é melhorar a qualidade de vida dos doentes respiratórios e das suas famílias, quer pertençam a grandes centros urbanos ou a áreas mais periféricas do país.

**JM – Quais as áreas de atuação da Acail Gás Medicare e qual o seu posicionamento no mercado?**

**MM –** A Acail Gás Medicare atua em todas as áreas abrangidas pelos cuidados respiratórios domiciliários – Oxigenoterapia, Ventiloterapia, Aerossolterapia e Serviços Complementares. Inicialmente, prestávamos estes serviços a pacientes em regime privado e pertencentes a subsistemas, com alguns dos quais temos convenção.

Tendo em conta que a grande maioria dos pacientes pertence ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), para aumentarmos a nossa expressão no mercado nacional,

foi determinante o Contrato Público de Aproveitamento que estabelecemos para a prestação dos CRD, uma vez que, agora, qualquer paciente que necessite de realizar estes tratamentos pode optar pela nossa empresa.

Apesar de, atualmente, já estarmos a prestar CRD a mais de um milhar de pacientes, o nosso departamento está em plena fase de crescimento e afirmação no mercado. O facto da Acail Gás estar inserida num Grupo sólido, garante-nos a estrutura de retaguarda que esta atividade exige, tanto em recursos técnicos e humanos, bem como logística. Temos capacidade para responder com prontidão e eficácia aos pacientes de qualquer zona do território continental e nas diversas áreas de atuação. Por outro lado, o facto de a nossa empresa ser portuguesa, permite-nos projetar as nossas atuações em conformidade com a realidade nacional.

**JM – O que distingue a Acail Gás Medicare?**

**MM –** Por querermos ser mais do que uma simples disponibilização de equipamentos ou cingimo-nos aos requisitos mínimos da prestação destes serviços, vemos cada paciente como um caso único, o que faz com que o nosso

acompanhamento seja individualizado. Nesse sentido, todos os pacientes têm um contacto muito próximo com uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde (enfermeiros, cardiopneumologistas, fisioterapeutas e farmacêuticos). Contudo, a excelência em todo o serviço é muito mais que isso. Inclui o trabalho desenvolvido no *Call Center*, produção/distribuição do oxigénio, aquisição e manutenção dos dispositivos médicos e resolução de situações burocráticas como as inerentes à prescrição médica. O sentimento de missão está interiorizado em todos os colaboradores que contribuem direta ou indiretamente para esta atividade.

**O nosso principal objetivo é melhorar a qualidade de vida dos doentes respiratórios e das suas famílias.**



## Cuidados Respiratórios Domiciliários Agora no Serviço Nacional de Saúde



### Oxigenoterapia

Oxigénio Gasoso  
Oxigénio Líquido  
Concentrador Convencional  
Concentrador Portátil



### Ventiloterapia

CPAP / AutoCPAP  
Bi-nível  
Auto Bi-nível  
Servo ventilador auto adaptativo  
Ventilador híbrido / volumétrico



### Aerossolterapia

Nebulizador Pneumático  
Nebulizador Eletrónico  
Nebulizador Ultrassónico  
Nebulizador “Inteligente”



### Outros Serviços

Aspiração de Secreções  
In-exsuflação  
Monitorização

**RESPIRE CONFIANÇA**



## Espirometria é “indispensável”

Rui Costa, especialista em MGF, alerta para a utilidade da espirometria, sublinhando tratar-se de um exame “muito importante e indispensável” no estudo dos doentes com queixas respiratórias crónicas, para avaliar a função pulmonar e identificar os principais padrões ventilatórios, detetar a presença de doença pulmonar e confirmar o diagnóstico de asma e DPOC.

“É útil para a monitorização dos doentes com DPOC, pois, o FEV<sub>1</sub> está diretamente ligado ao prognóstico da doença”, afirma, explicando que a espirometria é um exame simples que avalia a função pulmonar através da medição do volume de ar expirado, após uma inspiração máxima.

Por seu lado, Clara Pinto Ferreira, médica de família da USF Maresia (ULS de Matosinhos), menciona que a espiro-

metria deverá ser considerada no estudo de pacientes com sintomas respiratórios (dispneia, sibilos ou tosse) ou com suspeita de DPOC, “em particular naqueles



**Clara Pinto Ferreira**

com exposição atual ou prévia ao tabaco e que apresentem tosse crónica, dispneia, sibilância recorrente e infeções respiratórias de repetição e na monitorização, quer dos doentes com DPOC, quer de doentes com outras doenças respiratórias crónicas”.

Além do estudo de sintomas respiratórios, a médica refere que a espirometria pode ser necessária para quantificar a gravidade da doença pulmonar, avaliar o efeito da terapêutica, determinar o risco de procedimentos cirúrgicos no estudo pré-operatório (em pessoas com diagnóstico de doença pulmonar crónica ou com dados clínicos sugestivos de obstrução importante do débito aéreo), avaliar os efeitos de exposição ocupacional ou ambiental e avaliar a função pulmonar antes de programas de treino físico intenso.

## Portugal não tem uma rede de espirometria eficaz

Ana Raquel Figueiredo, médica de família da USF Citânia (ACES Vale de Sousa Norte), refere que não existe uma rede de espirometria eficaz em Portugal,



**Ana Raquel Figueiredo**

levando a um “subdiagnóstico” e “subtratamento” dos doentes com DPOC.

Segundo a especialista, a acessibilidade à espirometria faz-se, dependendo da oferta local, através de centros de exames auxiliares de diagnóstico privados ou da referenciação para serviços hospitalares, o que implica tempos de espera elevados.

“Em 2008, foi criado o ‘Projeto de Criação de Unidades Operacionais de Espirometria’, enquadrado no âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, que consistia na articulação entre um serviço de Pneumologia e os centros de saúde afetos à sua área de influência, em Lisboa e no Porto”, avança.

Ana Raquel Figueiredo afirma que, neste estudo, demonstrou-se que a capacidade para diagnosticar DPOC foi elevada (29,8%), sendo particularmente

eficaz no diagnóstico de estádios ligeiros e moderados (94%).

“Um dos objetivos do Plano Nacional de Doenças Respiratórias de 2012-2016 é aumentar em 30% a acessibilidade às espirometrias nos CSP. Parece, assim, imprescindível que as administrações regionais de saúde providenciem a dotação, por grupos de centros de saúde, de equipamento específico e pessoal habilitado para o efeito”.

Na opinião da médica, uma rede de espirometria envolvendo os CSP permite “melhorar a acessibilidade, aumentar o número de casos diagnosticados e favorecer a intervenção precoce na doença, a um custo reduzido, atendendo ao facto de que diagnósticos e terapêuticas precoces permitiriam evitar exacerbações e internamentos, com importantes ganhos em saúde e redução de custos”.

## Dispositivos inalatórios



**Tiago Maricoto**  
Interno de MGF  
na UCSP Aveiro I



**Eurico Silva**  
Médico de família na USF João  
Semana, Ovar

A forma mais eficaz para o tratamento de muitas doenças respiratórias consiste no uso de medicamentos por dispositivos inalatórios.

As vantagens de usar medicamentos inalados prendem-se com o facto de se conseguir colocar os fármacos no local onde se pretende o efeito, ou seja, os pulmões, utilizando doses muito baixas e reduzindo os efeitos secundários indesejáveis no resto do corpo.

As principais desvantagens prendem-se com as dificuldades na sua correta utilização, pois, o seu uso associa-se frequentemente a erros na técnica de inalação, reduzindo a eficácia da medicação, aumentando os efeitos secundários e levando à desistência por parte dos doentes. Isto acontece porque existem muitos tipos de dispositivos inalatórios no mercado, com formas de uso diferentes entre si.

### DISPOSITIVOS DISPONÍVEIS EM PORTUGAL PARA TERAPÊUTICA INALATÓRIA



Informação sobre como utilizar os inaladores em: [www.gresp.pt](http://www.gresp.pt) \* [www.docvadis.pt/euricosilva](http://www.docvadis.pt/euricosilva)

## Pacientes com ACOS têm fatores de risco combinados de asma e

“A principal causa de síndrome de sobreposição de asma e DPOC (ACOS) é ter um quadro obstrutivo com remodelação das vias aéreas e o diagnóstico médico prévio de asma e/ou DPOC. Os doentes apresentam características clínicas, funcionais e patológicas de asma ou de DPOC, nomeadamente idade acima dos 50 anos, ter atopia, exposição ao tabaco, maior hiperreatividade brônquica e exacerbações mais frequentes.” A afirmação é de Rui Costa, especialista em MGF.

O médico adianta que a ACOS se caracteriza por uma “obstrução persistente

do débito aéreo, não completamente reversível, com sintomas ou sinais de aumento da reversibilidade da obstrução e várias alterações associadas a asma e a DPOC”.

Ana Quelhas, especialista em MGF na USF Terras de Santa Maria e assistente convidada na Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, frisa que muitos pacientes com sintomas de doença pulmonar crónica têm características quer de asma, quer de DPOC. “Os sintomas respiratórios, incluindo dispneia, são persistentes, mas a sua variabilidade pode ser marcada”,

refere. Contudo, “os sintomas e a função pulmonar são reduzidos pelo tratamento”.

Prosseguindo, a nossa entrevistada refere que a progressão da doença é contínua e as necessidades de tratamento são elevadas. As exacerbações podem ser mais comuns do que em pacientes com DPOC, mas são reduzidas pelo tratamento.

“Os principais objetivos terapêuticos consistem em controlar os sintomas, melhorar a qualidade de vida, reduzir as exacerbações, os internamentos e a mortalidade, uma vez que a ACOS está associada



**Ana Quelhas** | As comorbilidades podem contribuir para a gravidade da ACOS

a piores resultados clínicos e a uma maior utilização de cuidados de saúde”, indica Ana Quelhas.

Perante um diagnóstico de ACOS, sem predomínio de sintomas de asma ou DPOC, a especialista em MGF menciona que deve ser iniciado o tratamento em conformidade com a asma. O tratamento deve incluir um corticoide inalado (ICS) em dose baixa ou moderada, dependendo do nível dos sintomas, e um beta 2-agonista de longa duração de ação (LABA).

No entanto, adverte, “é importante referir que os pacientes não devem ser

# velhos e novos

Mais de metade dos doentes comete algum tipo de erro no uso dos inaladores e isto representa o principal obstáculo ao sucesso do tratamento. Assim, o futuro da terapêutica inalatória passa não só pela criação de fármacos novos, mais seguros e eficazes, mas também por dispositivos inalatórios mais simples e intuitivos de utilizar pelos doentes, melhorando assim a eficácia e promovendo a adesão aos tratamentos.

O doente deve mostrar sempre a um profissional de saúde como faz o seu inalador, para que possa melhorar a sua técnica e com isso controlar melhor a sua doença.

## Tipos de dispositivos inalatórios

Existem diferentes tipos de dispositivos no mercado (como se observa na figura) e, consoante a sua classe, assim varia a forma correta de os utilizar. De um modo geral, dispomos de:

**Dispositivos de pó seco:** Nestes, o medicamento está sob a forma de um pó e vai ser a força de inalação criada pelo doente que o vai conduzir até aos pulmões.

**Dispositivos pressurizados:** Nestes, o medicamento está sob a forma de um líquido sob pressão e, quando ativado, é libertado numa dose fixa com elevada velocidade, semelhante a um "spray".

Os dispositivos pressurizados podem ser usados juntamente com uma **câmara expansora**, o que permite simplificar a técnica da inalação, melhorando a adesão terapêutica em alguns doentes particulares, como no caso de crianças ou idosos.

**Dispositivo de névoa suave:** Semelhante aos dispositivos pressurizados, mas a libertação do medicamento é feita de mais forma lenta e prolongada, semelhante a uma "névoa de vapor de água".

**Nebulizadores:** Nestes dispositivos, ainda muito usados em Portugal, o medicamento é colocado sob a forma de uma solução líquida e inalado através de uma máscara ou bucal, na forma de um aerosol em vapor.

O seu uso deve ser reservado para situações especiais, uma vez que existem hoje formas de tratamento mais adequadas, nomeadamente, inaladores pressu-

rizados com câmara expansora, que são dispositivos mais simples, mais rápidos e com melhor deposição pulmonar.

Algumas das desvantagens dos ne-

bulizadores prendem-se com o elevado preço, risco de contaminação fúngica e bacteriana dos seus componentes, pela difícil higienização e elevado tempo ne-

cessário de inalação. Acresce ainda que, na maioria dos casos, os novos fármacos não estão preparados para serem utilizados em nebulizadores.

**Este é o**  
**JORGE**

- Diagnosticado com DPOC há 6 meses
- FEV<sub>1</sub> 54% do previsto
- Uma exacerbação e um tratamento com corticoterapia oral
- Agora está em tratamento com SABA e a tentar deixar de fumar
- Outras patologias: dislipidemia e refluxo gastroesofágico (DRGE)

*Eu não quero estar preocupado todos os dias*

*Preciso de ser capaz de continuar a fazer as minhas tarefas*

*Para mim é importante que o tratamento seja fácil de cumprir*

**Esta é a**  
**Olivia**

- Doente não controlada, apesar do tratamento com ICS em monoterapia e SABA 'conforme necessário'
- Mãe muito ocupada, com emprego estável e que admite que a adesão à terapêutica falha

*Porque simplesmente não tenho espaço para a asma*

*Eu gostava de ter um tratamento fácil, que se adequasse ao meu estilo de vida*

PRT/FF/0016/14 Validade: 28/05/2015

Conhece alguém como o Jorge e a Olivia?...  
A Eficácia Prática brevemente disponível...

GlaxoSmithKline, Produtos Farmacêuticos, Lda.  
n.º de Contribuinte: 500 139 962  
Telefone: 214129500 Fax: 214120438  
Rua Dr. António Loureiro Borges, n.º 3,  
ARQUIPARQUE, Miraflores 1499-013 Algés



## DPOC

tratados com um LABA sem ICS se estamos perante características de asma". "Se a avaliação inicial sugere um predomínio da DPOC, o tratamento inicial adequado é com broncodilatadores (anticolinérgico de longa duração de ação - LAMA ou LABA) ou terapia combinada (LAMA+LABA), mas não ICS sozinho".

De acordo com a médica, o tratamento da ACOS também deve incluir aconselhamento sobre cessação tabágica, reabilitação pulmonar e vacinas, não descurando o tratamento das comorbilidades associadas.

14,2% DA POPULAÇÃO ACIMA DOS 40 SOFRE DE DPOC

# Diagnóstico da doença permite redução do risco de complicações

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é uma patologia com impacto individual, social e económico significativo. Segun-

do Marlene Ferreira, médica interna de Formação Específica em MGF na USF Vil'Alva (Santo Tirso), o seu diagnóstico permite

avaliar a gravidade da doença, implementar medidas para obtenção de alívio sintomático e redução do risco de complicações (exacer-

bações, internamentos, morte), assim como melhorar a qualidade de vida do doente.

A médica indica que "o diagnóstico

clínico de DPOC deve ser considerado em doentes com dispneia, tosse/expetoração crónicas ou com fatores de risco para a doença: tabagismo, exposição a fumo de combustíveis de biomassa e/ou exposição ocupacional a poeiras e a químicos".

## Pulmiben<sup>®</sup>

Carbocisteína

## NADA BATE A EFICÁCIA COMPROVADA



A Carbocisteína está indicada pela DGS no tratamento da DPOC



Pedro Fonte

"A realização de espirometria é essencial para a confirmação diagnóstica de DPOC, dada pela presença de uma relação pós broncodilatação: volume expiratório máximo no primeiro segundo (VEMS ou FEV1) / capacidade vital forçada (CVF) < 0,7", adianta Marlene Ferreira.

De acordo com os resultados do estudo BOLD (*Burden of Obstructive Lung Disease*), referentes à região de Lisboa, a prevalência da DPOC em Portugal é de 14,2% da população com idade acima dos 40 anos. "Esta prevalência tende a aumentar com a idade, sendo mais elevada acima dos 70 anos", refere Pedro Fonte, médico de família da USF do Minho.

O especialista menciona que estudos portugueses anteriores, realizados em 1995 e 2002, apresentaram prevalências de 8,96% (idade igual ou superior a 40 anos) e 5,34% (idade compreendida entre 35 e 69 anos), respetivamente. Porém, adverte, "a metodologia destes trabalhos é distinta, o que impede uma correta comparação entre si e entre o estudo BOLD".

## Principais sintomas de DPOC

Pedro Fonte afirma que, tal como é apresentado pela GOLD (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*) 2014, a DPOC caracteriza-se por três sintomas fundamentais: dispneia, tosse crónica (pode ser intermitente e não produtiva), produção crónica de expectoração (com qualquer padrão).

No que toca à dispneia, refere, "é habitualmente persistente e progressiva, pois, tende a agravar-se com a evolução da doença, piorando também com o exercício físico". Além disso, acrescenta, "outros sintomas, como pieira e fadiga, podem ser considerados".



**NORMA**  
da Direção-Geral da Saúde

Francisco Henriques Moura George

NÚMERO: 028/2011

DATA: 30/09/2011

ATUALIZAÇÃO: 10/09/2013

ASSUNTO: Diagnóstico e Tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

PALAVRAS-CHAVE: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

PARA: Médicos do Sistema Nacional de Saúde

CONTACTOS: Departamento da Qualidade na Saúde (dqqs@dgs.pt)

### Quadro IV: Tratamento farmacológico inicial

Doente	Primeira escolha	Segunda escolha	Escolhas alternativas
A	SABA (SOS) ou SAMA (SOS)	LABA ou LAMA ou SABA e SAMA	Teofilina
B	LABA ou LAMA	LAMA e LABA	SABA e/ou SAMA Teofilina
C	ICS + LABA ou LAMA	LAMA e LABA	SABA e/ou SAMA Teofilina
D	ICS + LABA e/ou LAMA	ICS + LABA e LAMA ou LAMA e LABA	<b>Carbocisteína</b> SABA e/ou SAMA Teofilina

Fonte: GOLD, update 2013 (adaptada)

A terapêutica referida em cada opção (caixa) está de acordo com a ordem alfabética, por conseguinte, não é uma ordem de preferência.

### Estratificação dos grupos de gravidade

\*Na avaliação do risco a existência de uma ou mais hospitalizações por exacerbação de DPOC é critério de risco elevado.

Doente	Característica	Classificação espirométrica	Exacerbações por ano	mMRC	CAT
A	Baixo Risco Poucos Sintomas	GOLD 1-2	≤1	0-1	<10
B	Baixo Risco Mais Sintomas	GOLD 1-2	≤1	≥2	≥10
C	Alto Risco Poucos Sintomas	GOLD 3-4	≥2	0-1	<10
D	Alto Risco Mais Sintomas	GOLD 3-4	≥2	≥2	≥10

Fonte: GOLD, update 2013

**Nome:** Pulmiben 2% e Pulmiben 5%, Xarope **Composição:** Cada ml contém 20 mg e 50 mg de carbocisteína. Contém vermelho de ponceau 4R, p-hidroxibenzoato de metilo sódico e sódio. Excipientes, ver RCM completo. **Indicações terapêuticas:** Tratamento de todas as afecções agudas e crónicas das vias respiratórias incluindo a esfera ORL, caracterizadas por um excesso de produção de secreções, ou pela existência de secreções patológicas de viscosidade elevada. Tais como: bronquites, traqueites, laringites, rinites, rinoaringites, sinusites e otites. **Posologia e modo de administração:** Pulmiben 2%: Crianças até 5 anos: 5 ml antes de cada refeição (2 x d). Crianças maiores de 5 anos: 5 ml antes de cada refeição (3 x d). Tratamento mínimo de 15 dias. Pulmiben 5%: Adultos: 15 ml (3 x d). Tratamento mínimo 15 dias. **Contraindicações:** Úlcera gastroduodenal ativa; Hipersensibilidade individual ao medicamento. **Advertências e precauções especiais de utilização:** Este medicamento contém vermelho de ponceau 4R. Pode causar reacções alérgicas. Este medicamento contém p-hidroxibenzoato de metilo sódico. Pode causar reacções alérgicas (possivelmente retardadas). Pulmiben 2% contém 3.749 mg/ml sódio e Pulmiben 5% contém 7.715 mg/ml de sódio. Esta informação deve ser tida em consideração em doentes com ingestão controlada de sódio. **Efeitos indesejáveis:** Em doses superiores às recomendadas podem surgir sintomas de gastralgias, náuseas ou diarreia, que costumam desaparecer com a redução da dose. Medicamento não sujeito a receita médica. Para mais informação, contactar o titular de AIM. RCM entregue em separado.

**PRESENTE EM PORTUGAL HÁ 25 ANOS**

# Praxair contribui para melhores cuidados respiratórios domiciliários

A Praxair pretende reforçar a sua presença em Portugal, contribuindo para a prestação de bons cuidados de saúde respiratórios (CRD). Estando presente no mercado português há mais de 25 anos, 15 dos quais nos CRD, tem colaborado com a Sociedade Portuguesa de Pneumologia, o grupo de doenças respiratórias/GRESP da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), a Fundação Portuguesa do Pulmão (FPP) e a Associação Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias (ANTDR).

Os CRD são essenciais para muitos portugueses que, devido a problemas graves de saúde, necessitam de receber oxigénio em casa. A pensar nas necessidades destes doentes, a Praxair, uma empresa norte-americana do grupo Praxair Inc., quer reforçar a sua presença em Portugal. Espera, inclusive, que em três anos seja líder na prestação de CRD.

“É, sem dúvida, um mercado de oportunidade, principalmente após a entrada em vigor do concurso nacional – 1 de setembro –, o qual permite que a Praxair trabalhe de forma generalizada com o Serviço Nacional de Saúde (SNS)”, refere Carlos Velasco, diretor Healthcare Ibérico da Praxair.

Atualmente, a empresa encontra-se presente em 50 países. Em Espanha e Portugal, 90% do negócio está compreendido no setor público. “Esta realidade permite que tenhamos uma maior independência estratégica a nível ibérico, porque noutros países há um maior domínio do setor privado”, aponta o responsável.

O mercado de Healthcare no qual a Praxair atua apresenta três grandes exigências, segundo Carlos Velasco. “Em primeiro lugar, um grande investimento a nível de infraestrutura, que permita fabricar e distribuir, neste caso, o oxigénio, primeiro em estado líquido e depois gasoso. Esta é uma parte comum ao resto do grupo e que se encontra concluída.” E continua: “A segunda parte diz respeito

aos equipamentos, dado que os CRD são muito exigentes a este nível. É necessário conhecer o equipamento, a tecnologia, adquirir a solução mais adequada e instalá-la ao serviço do doente”, assim como “garantir a gestão da informação, ou seja, o que respeita a tudo quanto se encontra ligado ao cumprimento das normativas, orientações clínicas, procedimentos e fluxo de prescrições”.

diretor da empresa é claro: “A diferença consiste na prestação de um serviço com elevada qualidade, também pela gama de equipamentos disponíveis, formação associada ao uso destes equipamentos, mas, sobretudo, ao nível do acompanhamento do doente: cumprimento da terapia, boas práticas e acompanhamento de doentes com patologias crónicas, assim como em estado crítico.”

e fisioterapeutas. “O importante é trabalhar sempre em prol do doente.”

## Linhas de atuação da Praxair em Portugal

Cátia Caneiras, responsável de Negócio Healthcare em Portugal, realça que, no nosso país, toda a atividade assenta em três pilares fundamentais, o primeiro dos quais tem que ver com “a qualidade dos serviços prestados, salvaguardando critérios de segurança, através de uma equipa especializada e multidisciplinar”.

“A proximidade do doente e prescriptor, garantindo elevados níveis de qualidade de vida e bem-estar e promovendo a monitorização e adesão à terapia” é outra das preocupações da empresa.

Finalmente, é fundamental para a atividade da Praxair “a colaboração sustentada com entidades reconhecidas na área da Saúde, potenciando a formação, a investigação e a responsabilidade social”.

De destacar a parceria entre a Praxair e a Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP), com quem foi lançado o primeiro prémio na área dos CRD em Portugal. Ainda com a SPP e o grupo de doenças respiratórias/GRESP da Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, foi lançado o primeiro guia de bolso para prescrição de CRD.

“Com a Fundação Portuguesa do Pulmão, participámos num concurso de

escolas que tinha como objetivo a sensibilização das crianças e famílias para a área respiratória. E estivemos também ao lado da Associação Nacional de Tuberculose e Doenças Respiratórias na comemoração dos seus 25 anos de existência”, refere Cátia Caneiras.

A pensar já em 2015, a nossa interlocutora prevê “a continuidade sustentada de todas as parcerias e projetos, sempre com o objetivo de dar reconhecimento e contribuir para o desenvolvimento da área dos CRD em Portugal”.

**É fundamental, para a Praxair, “a colaboração sustentada com entidades reconhecidas na área da Saúde, potenciando a formação, a investigação e a responsabilidade social”.**



Praxair Portugal | Cátia Caneiras e Carlos Velasco

A história da Praxair na Península Ibérica “é baseada no *know-how* adquirido ao longo de mais de 50 anos”, trabalhando “com mais de 200 mil doentes na área CRD”. Mas o que diferencia a Praxair? O

Os principais interlocutores para que se consigam alcançar os objetivos da empresa são os profissionais das áreas da Pneumologia, Pediatria e Medicina Geral e Familiar, bem como técnicos, enfermeiros

## Pocket guide sobre CRD para médicos de família

Os médicos de família já têm um *pocket guide* sobre cuidados respiratórios domiciliários (CRD) para os ajudar na monitorização dos doentes. Com esta ferramenta de trabalho, pretende-se que os profissionais de saúde sigam as boas práticas nesta área, quer na idade adulta como na pediátrica.

O guia foi desenvolvido pela Sociedade Portuguesa de Pneumologia (SPP), em parceria com a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), e contou com o apoio da Praxair.

O *pocket guide* reúne os principais CRD disponíveis e as suas indicações, de uma forma esquematizada, para ser uma ferramenta de trabalho sempre acessível. “Com este guia de bolso, é mais fácil para os médicos de família monitorizarem e ajudarem os doentes que necessitam deste tipo de terapêuticas no domicílio”,

salienta Dyna Torrado, assistente de MGF e membro do grupo de doenças respiratórias (GRESF) da APMGF.

Outras mais-valias são a redução dos custos e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes que precisam de ajuda para respirar. “Foram dados vários passos até chegarmos a este guia de bolso, um deles foi um estudo sobre a realidade dos CRD. As verbas não eram bem utilizadas, o que prejudicava o Serviço Nacional de Saúde e a qualidade de vida dos doentes, que não usavam os equipamentos da me-

lhor forma”, realça Cristina Bárbara, responsável pelo Programa Nacional para as Doenças Respiratórias da Direção-Geral de Saúde (DGS).

Na apresentação do *pocket guide* foram debatidos vários temas em torno dos CRD, nomeadamente o acesso à prescrição eletrónica. Carlos Robalo Cordeiro, presidente da SPP, deixa um alerta: “Este tipo de prescrição não está acessível fora do Serviço Nacional de Saúde. É preciso mudar esta realidade, porque há muitos doentes que recorrem ao setor privado.”

A DGS estima que 10% da população portuguesa seja afetada por doenças respiratórias do sono e doenças neuromusculares que preveem a prescrição de oxigenoterapia, ventilação mecânica domiciliária (VMD) e aerosolterapia.



Parceria | O guia resultou de uma parceria entre a SPP, a APMGF e a Praxair

ADOLESCENTES E JOVENS SÃO OS GRUPOS MAIS AFETADOS

# ¼ da população portuguesa sofre de rinite alérgica

A rinite alérgica é a doença alérgica crónica mais comum, afetando cerca de um quarto da população nacional, e cuja

prevalência tem vindo a aumentar progressivamente nas últimas décadas. Apesar de poder surgir em qualquer idade,

Carlos Gonçalves, especialista em MGF, refere que “a idade média de aparecimento é entre os 8 e os 11 anos, sendo a po-

pulação mais afetada a dos adolescentes e jovens”.

“Existe uma estreita ligação entre

asma e rinite alérgica, coexistindo muitas vezes no mesmo indivíduo. Aproximadamente 80% dos asmáticos têm rinite alérgica e 40% dos doentes com rinite têm asma”, indica o especialista.



## ÚNICA EBASTINA NUMA FORMULAÇÃO LIOFILIZADO ORAL<sup>1</sup>

### Alívio rápido dos sintomas alérgicos<sup>2,3</sup>

- Congestão nasal
- Espirros
- Rinorreia
- Prurido nasal

1. INFOMED em março de 2014. 2. Roger A. et al. Assessment of patient satisfaction with ebastine fast-dissolving tablets in patients suffering from allergic rhinitis. *Therapy* (2009) 6(3), 407-415. 3. Sastre J. Ebastine in allergic rhinitis and chronic idiopathic urticaria. *Allergy* 2008; 63 (Suppl. 89): 1-2.

**Kestine 10 mg liofilizado oral | Composição:** Cada dose contém 10 mg de ebastina micronizada. **Indicações terapêuticas:** Tratamento sintomático da rinite alérgica (sazonal e perene) associada ou não a conjuntivite alérgica e da urticária. Kestine liofilizado está indicado para adultos e crianças com mais de 12 anos de idade. **Posologia: Rinite alérgica:** a ebastina na dose diária de 10 mg é eficaz no alívio dos sintomas da rinite alérgica; em doentes com sintomas mais graves, incluindo rinite alérgica permanente, obter-se-á um benefício adicional com a dose de 20 mg por dia. **Urticária:** a dose nos adultos é de 10 mg de liofilizado oral por dia. Não existe experiência com doses superiores a 10 mg em doentes com insuficiência hepática grave, consequentemente a dose de 10 mg por dia não deve ser excedida nos doentes com insuficiência hepática grave. Não é necessário fazer ajuste da dose nos doentes com insuficiência renal ligeira, moderada ou grave nem nos doentes com insuficiência hepática ligeira ou moderada. O tratamento pode ser prolongado até ao desaparecimento dos sintomas. **Modo de administração:** A dose de ebastina liofilizado oral deve ser colocada sobre a língua, onde se dispersará instantaneamente. Não é necessária água ou outro líquido para ingestão da dose. Imediatamente antes de utilizar, abrir o blister com as mãos secas e retirar a dose de liofilizado oral sem a quebrar. A dose deve ser tomada imediatamente após abertura do blister. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade conhecida à ebastina ou a qualquer um dos excipientes. **Efeitos indesejáveis:** Numa análise agrupada de ensaios clínicos controlados com placebo com 5.708 doentes que receberam ebastina, as reações adversas notificadas mais frequentemente foram boca seca e sonolência. As RAMS notificadas em ensaios clínicos em crianças (n=460) foram semelhantes às observadas em adultos. As reações adversas notificadas nos ensaios clínicos e na experiência pós-comercialização foram: - raras (≥1/10.000, <1/1.000): sonolência, boca seca; - muito raras (<1/10.000): nervosismo, insónia, tonturas, hipoestesia, cefaleia, palpitações, taquicardia, vômitos, dor abdominal, náuseas, dispepsia, testes de função hepática anormais, urticária, erupção cutânea, dermatite, distúrbios menstruais, edema, astenia. **Data da revisão do texto:** março de 2013. Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento compartilhado - escalão C (37%). Para mais informações deverá contactar o Titular da Autorização de Introdução no Mercado, Almirall - Produtos Farmacêuticos, Lda. Rua do Central Park, Edifício 3, Nº 6, 4º B, 2795-242 Linda-a-Velha. NIPC: 502381868.

 **Almirall**  
Soluções a pensar em si



Carlos Gonçalves

Os principais sintomas da rinite são as crises de espirros (frequentemente em salvas), prurido ou comichão nasal, rinorreia (anterior e/ou posterior) e obstrução ou congestão nasal, durando mais de uma hora na maioria dos dias sintomáticos, os quais podem melhorar espontaneamente ou por ação da terapêutica.

Carlos Gonçalves refere que pode ainda ocorrer, se associada a conjuntivite alérgica,

## Diagnóstico de rinite

De acordo com José Augusto Simões, médico de família na USF Marquês de Marialva, Cantanhede, o diagnóstico da rinite é feito pelo MF através da história e exame clínico, com recolha ativa de informações sobre fatores desencadeantes, duração, periodicidade, gravidade dos sintomas e eventuais complicações.

“São úteis informações sobre resposta a tratamentos prévios. Devem ser pesquisadas queixas de asma e dermatite atópica, atual ou passada, e a história familiar de atopia”, avança.

Prosseguindo, o nosso entrevistado refere que a identificação de rinite sazonal depende de uma história de ocorrência de sintomas coincidente com a polinização das ervas, gramíneas ou árvores responsáveis.

Já a rinite perene, alérgica e não alérgica, “possui um caráter contínuo, provocado por contaminação do domicílio, escola ou local de trabalho, o que dificulta a análise da história”.

José Augusto Simões explica que o diagnóstico diferencial deve ser feito com a exposição a substâncias irritantes, infeção respiratória alta, gravidez com edema de mucosa nasal, uso tópico prolongado de gotas nasais e alguns fármacos. Deve-se ainda considerar a presença de anormalidades estruturais da nasofaringe, como desvio de septo, deformidade nasal, hipertrofia de adenoides e presença de pólipos nasais. Além disso, deve-se ter

rinoconjuntivite, lacrimejo e comichão ocular, por vezes, com intensa sensação de corpo estranho, olho vermelho e/ou inchado, edema palpebral e intolerância à luz.

“Por vezes, surge tosse, sobretudo noturna e relacionada com a escorrência nasal posterior. As complicações são frequentes, nomeadamente, perturbações do sono e dificuldades nas atividades quotidianas e de vida social. Se mal controlada, pode, ainda, associar-se ao desenvolvimento de outras complicações, com processos infecciosos como sinusite e de otite”, acrescenta.

### Os principais sintomas da rinite são as crises de espirros, prurido ou comichão nasal, rinorreia e obstrução ou congestão nasal

O médico adverte que esta apresentação pode confundir-se facilmente com uma vulgar constipação. No entanto, lembra que, “normalmente, e ao contrário das constipações, que são infeções, a rinite alérgica não se apresenta com febre, nem com queixas generalizadas, como mialgias e mau estar geral”.

### é feito pelo MF



José Augusto Simões

presente a possibilidade de tumores nasais, como papiloma e carcinoma, e, na população pediátrica, a possibilidade de corpo estranho.

O recurso a exames complementares, como testes cutâneos “prick” e doseamento de anticorpo IgE específico, serve para confirmar a suspeita.

“Estudos de qualidade de vida têm demonstrado que a rinite afeta mais a qualidade de vida do que, por exemplo, a asma ligeira a moderada”, indica, esclarecendo que, como o epitélio é contínuo desde o nariz até aos pulmões, seios perinasais e ouvidos, “não surpreende que a rinite possa ter efeitos secundários nesses órgãos”.

## Tratamento depende da persistência e gravidade dos sintomas

Segundo Carlos Gonçalves, o tratamento da rinite alérgica depende da persistência e gravidade dos sintomas e deverá combinar medidas de evicção (evitar o contacto com o aler-

génio, quando possível), tratamento farmacológico utilizando anti-histamínicos (preferencialmente os não sedativos), anti-inflamatórios (corticoides tópicos nasais e/ou antagonistas

dos leucotrienos) e outros fármacos, como descongestionantes nasais (não utilizar mais de 8 dias, mas pode-se usar, sempre que necessário, soro fisiológico).

Nos casos mais graves ou persistentes, indica, “devem ser aplicadas vacinas antialérgicas (anti IgE), imunoterapia específica e, em casos selecionados, a cirurgia”.

# XOTERNA® BREEZHALER®

## MÁXIMA EFICÁCIA para superar a DPOC<sup>1-4</sup>



1 VEZ DIA!

**xoterna®**  
**breezhaler®**

Indacaterol/glicopirrónio pó para inalação, cápsulas

Primeira associação fixa LAMA/LABA\*

\* www.infarmed.pt.

1. RCM XOTERNA® 05/2014.
2. Bateman ED, Ferguson GT, Barnes N, et al. Dual bronchodilation with QVA149 versus single bronchodilator therapy: the SHINE study. *Eur Respir J*. Published online May 2013 as doi: 10.1183/09031936.00200212.
3. Wedzicha JA, Decramer M, Ficker JH, et al. Analysis of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations with the dual bronchodilator QVA149 compared with glycopyrronium and tiotropium (SPARK): a randomised, double-blind, parallel-group study. *Lancet Respir Med*. 2013;1:199-209.
4. Vogelmeier CF, Bateman ED, Pallante J, et al. Efficacy and safety of once-daily QVA149 compared with twice-daily salmeterol/fluticasone in patients with chronic obstructive pulmonary disease (ILLUMINATE): a randomised, double-blind, parallel group study. *Lancet Respir Med*. 2013;1:51-60.

**Xoterna Breezhaler 85 microgramas/43 microgramas, pó para inalação, cápsulas (inda caterol/glicopirrónio)**

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas.

**Nota Importante:** Antes de prescrever consulte o Resumo das Características do Medicamento. **APRESENTAÇÃO:** Pó para inalação, cápsulas contendo 143 microgramas de maleato de indacaterol equivalente a 110 µg de indacaterol e 63 µg de brometo de glicopirrónio equivalente a 50 µg de glicopirrónio. Cada dose libertada (a dose libertada do aplicador bucal do inalador) contém 110 µg de maleato de indacaterol equivalente a 85 µg de indacaterol e 54 µg de brometo de glicopirrónio equivalente a 43 µg de glicopirrónio. **INDICAÇÕES:** Xoterna Breezhaler é indicado como tratamento broncodilatador de manutenção para alívio dos sintomas em doentes adultos com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Adultos. A dose recomendada é a inalação do conteúdo de uma cápsula uma vez por dia, usando o inalador Xoterna Breezhaler. **Populações especiais de doentes. Compromisso renal:** pode ser usado na dose recomendada em doentes com compromisso renal ligeiro a moderado. Em doentes com compromisso renal grave ou com doença renal terminal que necessitem de diálise, este deve ser usado se o benefício esperado superar o risco potencial. **Compromisso hepático:** pode ser utilizado na dose recomendada em doentes com compromisso hepático ligeiro a moderado. Não estão disponíveis dados para a utilização em doentes com compromisso grave da função hepática. **População idosa:** pode ser utilizado na dose recomendada em doentes idosos (idade igual ou superior a 75 anos). **População pediátrica (< 18 anos):** a segurança e eficácia não foram estabelecidas. Não existem dados disponíveis. **Modo de administração:** As cápsulas de Xoterna Breezhaler devem ser administradas pela via inalatória oral e apenas com a utilização do inalador Xoterna Breezhaler. As cápsulas não devem ser engolidas. Xoterna Breezhaler deve ser administrado à mesma hora do dia todos os dias. Se for omitida uma dose, esta deve ser tomada assim que possível no mesmo dia. Os doentes devem ser instruídos a não tomarem mais do que uma dose por dia. As cápsulas devem ser sempre conservadas no blister de origem para proteger da humidade, e apenas retiradas imediatamente antes da utilização. Os doentes devem ser instruídos sobre como administrar o medicamento corretamente. Os doentes que não sentirem melhorias na respiração devem ser questionados se estão a engolir o medicamento em vez de o inalar. **CONTRAINDICAÇÕES:** Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes de Xoterna Breezhaler. **ADVERTÊNCIAS/PRECAUÇÕES:** Xoterna Breezhaler não deve ser administrado concomitantemente com medicamentos contendo agonistas beta-adrenérgicos de longa duração ou antagonistas muscarínicos de longa duração. **asma:** não deve ser usado no tratamento da asma, os agonistas beta2-adrenérgicos de longa duração podem aumentar o risco de acontecimentos adversos graves relacionados com a asma, incluindo mortes relacionadas com a asma, quando utilizados no tratamento da asma. **utilização aguda:** não está indicado para o tratamento de episódios agudos de broncospasma. **hipersensibilidade relacionada com indacaterol:** se ocorrerem reações de hipersensibilidade, o tratamento com Xoterna Breezhaler deve ser descontinuado e deverá ser instituída terapêutica alternativa. **broncospasma paradoxal:** tal como com outras terapêuticas de inalação, a administração pode resultar em broncospasma paradoxal, o que

pode pôr em risco a vida. Se tal ocorrer, o tratamento com Xoterna Breezhaler deve ser interrompido imediatamente e deverá ser instituída terapêutica alternativa. **efeitos anticolinérgicos relacionados com glicopirrónio:** utilizar com precaução em doentes com glaucoma de ângulo estreito e retenção urinária. **efeitos sistémicos de beta-agonistas:** tal como com outros agonistas beta2-adrenérgicos, deve ser utilizado com precaução em doentes com perturbações cardiovasculares (doença arterial coronária, enfarte agudo do miocárdio, arritmias cardíacas, hipertensão); em doentes com perturbações convulsivas ou tirotoxicose, e em doentes com resposta aumentada aos agonistas beta2-adrenérgicos. **doentes com compromisso renal grave:** apenas deve ser utilizado se o benefício esperado superar o risco potencial em doentes com compromisso renal grave, incluindo os com doença renal terminal necessitando de diálise. **efeitos cardiovasculares de beta-agonistas:** tal como com outros agonistas beta2-adrenérgicos, pode causar efeitos cardiovasculares clinicamente significativos em alguns doentes, evidenciados pelo aumento da frequência cardíaca, pressão arterial e/ou sintomas, alterações no eletrocardiograma (ECG). **hipocalcémia com beta-agonistas:** os agonistas beta2-adrenérgicos podem produzir hipocalcémia significativa em alguns doentes, o que potencialmente pode levar a reações adversas cardiovasculares. A diminuição do potássio sérico é usualmente transitória, não requerendo suplementação. Em doentes com DPOC grave, a hipocalcémia pode ser potenciada pela hipoxia e pela terapêutica concomitante, o que pode aumentar a suscetibilidade a arritmias cardíacas. **hiperglicémia com beta-agonistas:** Xoterna Breezhaler não foi estudado em doentes com diabetes mellitus que não estava bem controlada. **GRAVIDEZ:** apenas deve ser usado durante a gravidez se os benefícios esperados para o doente compensarem os potenciais riscos para o feto. **TRABALHO DE PARTO:** Informação relacionada com indacaterol — tal como com outros medicamentos contendo agonistas beta2-adrenérgicos, Xoterna Breezhaler pode inibir o trabalho de parto devido ao efeito relaxante no músculo liso uterino. **ALEITAMENTO:** apenas deve ser considerado se os benefícios esperados para a mulher compensarem qualquer potencial risco para a criança. **FERTILIDADE:** os estudos de reprodução e outros dados em animais não levantam preocupações no que respeita a fertilidade quer em machos quer em fêmeas. **INTERAÇÕES:** Não foram conduzidos estudos de interação específicos com Xoterna Breezhaler. A informação sobre o potencial de interações é baseada no potencial para cada um dos seus dois componentes. **não deve ser administrado conjuntamente com bloqueadores beta-adrenérgicos (incluindo colírios)** exceto se existirem razões imperiosas para a sua utilização. **Os fármacos conhecidos por prolongar o intervalo QT podem aumentar o risco de arritmia ventricular.** **a administração concomitante de outros agentes simpaticomiméticos pode potenciar os efeitos indesejáveis.** **o tratamento concomitante com derivados da metilxantina, corticosteroides ou diuréticos não-poupadores de potássio pode potenciar o possível efeito hipocalcémico dos agonistas beta2-adrenérgicos.** **A inibição dos principais contribuidores para a depuração do indacaterol, CYP3A4 e glicoproteína P (P-gp) não tem impacto na segurança das doses terapêuticas.** **a coadministração com outros medicamentos que contêm anticolinérgicos não foi estudada e portanto não é recomendada.** **não se esperam interações medicamentosas relevantes quando glicopirrónio é coadministrado com cimetiđina ou outros inibidores do transporte de cátiões orgânicos.** **REAÇÕES ADVERSAS. Reações adversas de Xoterna Breezhaler:** **Muito frequentes (≥1/10):** infeção do trato respiratório superior. **Frequentes (≥1/100, <1/10):** Nasofaringite, infeção do trato urinário, sinusite, rinite, tonturas, cefaléias, tosse, dor orofaríngea incluindo irritação da garganta, dispepsia, cáries dentárias, dor musculoesquelética, piroxia, dor torácica. **Pouco frequentes (≥1/1.000, <1/100):** hipersensibilidade, diabetes mellitus e hiperglicémia, insónia, parestesias, glaucoma, doença cardíaca isquémica, fibrilhação auricular, taquicardia, palpitações, epistaxis, xerostomia, prurido/exantema, espasmos musculares, mialgias, obstrução da bexiga e retenção urinária, edema periférico e fadiga. **Reações adversas observadas com pelo menos um dos componentes individuais mas não com Xoterna Breezhaler:** **Pouco frequentes:** broncospasma paradoxal, dor nas extremidades. **Frequentes:** gastroenterite. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsesham West, Sussex, RH12 5AB Reino Unido. **REPRESENTANTE LOCAL** LABORATÓRIO MEDINFAR - PRODUTOS FARMACÉUTICOS, S.A. Rua Manuel Ribeiro de Pavia, 1 - 1.ª, Venda Nova 2700-547 Amadora. **Escalação de comparticipação:** B (69%). Medicamento sujeito a receita médica. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM/representante local do titular da AIM. **OTC: RCM201309\_1EC\_V04**

Número verde: 800 204 661

LABORATÓRIO MEDINFAR - PRODUTOS FARMACÉUTICOS, S.A. | Rua Manuel Ribeiro de Pavia, n.º 1 - 1.ª, Venda Nova 2700-547 Amadora  
Tel. 21 499 74 00 | Fax. 21 499 74 97 | email: medinfar@medinfar.pt | www.medinfar.pt | Capital Social: €7.000.000,00 - Contribuinte n.º 500 384 045  
Sob licença Novartis - Medicamento sujeito a receita médica. Para mais informações deverá contactar o titular da AIM/representante local do titular da AIM.  
Xoterna-2014-09-FL-04 elaborado em julho de 2014



GRUPO MEDINFAR  
Compromisso com a Saúde

# Asma difícil de gerir nem sempre é sinónimo de gravidade

A asma de controlo difícil pode afetar 5-10% dos adultos com asma. De acordo com Alexandra Pina, médica de família na USF Oceanos (Matosinhos), nem to-

dos os doentes com asma difícil de gerir têm asma grave. “Muitos deles têm um diagnóstico incorreto, uma asma ligeira a moderada, com fatores de agravamento

não reconhecidos, ou simplesmente não aderem à medicação prescrita.”

“Utiliza-se a definição asma de controlo difícil quando existe uma incapacidade

de conseguir o controlo da asma, apesar do uso de terapêutica inalatória em doses máximas há pelo menos seis ou doze meses”, esclarece a nossa interlocutora.

Para se fazer um diagnóstico de asma grave, a médica refere que é necessário confirmar o diagnóstico de asma, avaliar e tratar os fatores de agravamento endógenos e exógenos e seguir o doente de “forma apertada”, por pelo menos 6 meses.



Alexandra Pina

“A asma grave deve ser reconhecida pelos MF e encaminhada para tratamento num centro especializado”, recomenda, acrescentando que “a asma de difícil controlo é um desafio para os MF, pois, tanto o doente como o médico acham difícil de controlar e/ou difícil de tratar”.

O controlo da asma pode ser avaliado clinicamente, ou recorrendo à avaliação da função respiratória (espirometria; debitómetro - PEF; Piko - FEV1 e PEF) ou a questionários de avaliação do controlo (ACT - *Asthma Control Test*; ACQ - *Asthma Control Questionnaire*; CARAT - Teste de controlo da asma e rinite alérgica)

Segundo a definição da Global Initiative for Asthma (GINA), 2007, considera-se a asma controlada quando reúne os seguintes critérios: os sintomas diurnos são mínimos ou ausentes; não há limitações nas atividades; não há sintomas ou despertares noturnos; a utilização de medica-

# MONTELUCASTE

MG

# Tecnilor

4 mg  
5 mg  
10 mg



# BROMAX

Cloridrato de ambroxol



Farma 1000 - Produtos Farmacêuticos

Avenida Mestre Cid, 8 - 1º Esq. Frt. - 2070-012 Cartaxo • Tel. 243 759 807 - Fax: 243 719 553 • lab.farma@gmail.com

## Revisão regular da principal medida

Alexandra Pina e Luís Silva frisam que a revisão regular e estruturada da asma é a medida principal para melhorar a identificação e o tratamento de doentes com asma de controlo difícil, sendo que os doentes devem ser reavaliados de três em três meses, até que os objetivos do tratamento tenham sido alcançados com a dose terapêutica mínima necessária. A partir daí, o doente pode passar a ser reavaliado semestralmente.

Antes da reavaliação, o médico deve encorajar os doentes a usar uma lista de verificação rápida antes de cada consulta, para fornecerem as principais informações de forma rápida e planearem o que querem discutir consigo.

Na revisão, o acrónimo inglês SIM-

ção de alívio é mínima ou ausente; a função pulmonar medida pelo FEV1 ou PEF é normal e não há exacerbações.

**Causas para o controlo difícil da asma**

Segundo Luís Silva, médico de família na USF Horizonte (Matosinhos) e assistente convidado na Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, identificou-se que os doentes com asma de controlo difícil caracterizam-se por serem de classes socioeconómicas mais desfavorecidas, terem menor grau de escolaridade, serem de idade pediátrica ou idosos e terem índice de massa corporal aumentado.

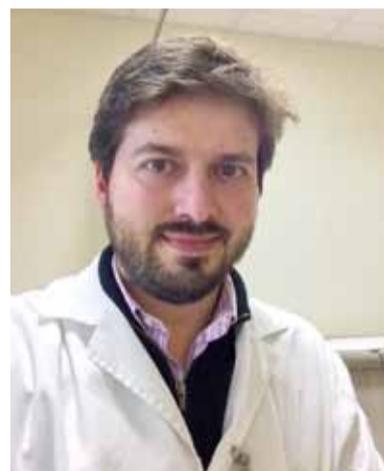
Entre as razões para o mau controlo da asma, o médico refere que estão o “diagnóstico errado ou presença de outra doença que confunde o diagnóstico, a escolha incorreta do inalador ou má técnica, o consumo de tabaco, rinite coexistente, não adesão acidental ou intencional ao tratamento, variação individual na resposta ao tratamento e o subtratamento”.

Nos doentes que apresentam sintomas diários e exacerbações frequentes, Luís Silva indica que devem ser investigadas as seguintes causas: 1) diagnóstico errado/sem

diagnóstico prévio; 2) tratamento desadequado (subtratamento, uso incorreto do inalado, resposta individual ao tratamento, não adesão intencional e não intencional);

3) Comorbilidades (rinite alérgica e não alérgica); 4) Fatores agravantes (tabagismo, efeitos adversos medicamentosos, fatores psicológicos, ambientais e ocupacionais).

**“O World Health Survey mostrou que metade das pessoas com asma tratada referiam pieira nos últimos 12 meses e que 20% nunca tinham sido tratadas para a asma”, indica Alexandra Pina.**



Luís Silva

**Um novo LAMA no tratamento da DPOC duas vezes ao dia<sup>(3)</sup>**

**Broncodilatação significativa a partir do primeiro dia<sup>(2)</sup>**

**Redução significativa:**

- do impacto da dispneia nas actividades matinais<sup>(3)</sup>
- na frequência dos sintomas nocturnos<sup>(3)</sup>

**Genuair: um inalador de pó seco com utilização em 2 passos<sup>(1)</sup>**

**BRETARIS<sup>®</sup>**  
Genuair<sup>®</sup> Extrato de acétil

**Duas vezes ao dia**



A. MENARINI PORTUGAL

A. Menarini Portugal - Farmacêutica, S.A  
Quinta da Fonte, Edifício D, Manuel I, Piso 2A  
Rua dos Malhões nº1, 2770 - 071 Paço de Arcos

NIPC: 501 572 570 T. +351 210 935 500  
Email: menporfarma@menarini.pt  
www.menarini.com



Sob licença de

**Almirall**

1. Bretaris® Genuair® Resumo das Características do Medicamento Maio 2014

2. Beier J, Kirsten AM, Mróz R, et al. Efficacy and safety of aclidinium bromide compared with placebo and tiotropium in patients with moderate-to-severe chronic obstructive pulmonary disease: results from a 6-week, randomized, controlled Phase IIIb study, COPD. 2013;10(4):511-22.

3. Kenwin EM, D'Urzo AD, Gelb AF, et al. Efficacy and safety of a 12-week treatment with twice-daily aclidinium bromide in COPD patients (ACCORD COPD I). COPD. 2012 Apr;9(2):90-101.

Para mais informações deverá contactar o titular da AIM, IECRCM inclusos. RCM disponível a pedido, MSRM. Regime de Participação: Reg. Normal 69%; Reg. Especial 84%  
Bre/ 28\_2/2014

**asma é a  
para o controlo**

PLES pode ser um bom auxiliar para verificar os principais pontos: fumar (*Smoking*); técnica inalatória (*Inhaler technique*); monitorização (*Monitoring*); tratamento farmacológico (*Pharmacotherapy*); estilo de vida (*Lifestyle*); educação (*Education*); apoio (*Support*).

Os especialistas mencionam ainda que a avaliação pode ser efetuada em unidades de saúde ou através de métodos inovadores como consultas por telefone ou pela internet, sempre que as avaliações de rotina para controlo da asma não possam ser feitas presencialmente.

E alertam que a educação dos doentes e a sua capacitação no autocontrolo e autogestão da asma devem ser componentes importantes em todas as consultas.

# Tabaco é a primeira causa de doença e morte prematura nos países desenvolvidos

O tabaco constitui a primeira causa de doença e de morte prematura nos países desenvolvidos e uma das principais causas de morte a nível mundial. “A morbidade e mortalidade associadas ao consumo do tabaco estão e vão continuar a aumentar no futuro próximo, dado o tempo que decorre desde o início do consumo e o surgimento das doenças por ele provocadas, cerca de duas décadas”, refere Cláudia Almeida Vicente, médica de família de UCSP Mealhada.

Em Portugal, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde

(OMS) de 2004, o tabaco foi responsável por 10% do total de mortes na população com mais de 30 anos, sendo mais elevada no sexo masculino (17%) e no grupo etário compreendido entre os 45 e os 59 anos (1 em cada 4 mortes). “É atribuível ao tabaco 1 em cada 3 mortes por doenças respiratórias, 1 em cada 5 mortes por cancro e 1 em cada 10 mortes por doença cardíaca isquémica”, menciona.

Cláudia Almeida Vicente relata que a maior prevalência de fumadores situa-se no grupo dos 35 aos 44 anos. Com a entrada em vigor da Lei do Tabaco (Lei n.º

37/2007, 14 agosto), a partir de 1 de janeiro de 2008, estima-se que a prevalência terá decaído em cerca de 5% (dados DGS/INSA, 2011). “Dados mais recentes do Eurobarómetro (European Commission, 2012) estimam 23% de fumadores, 32% dos homens e 24% das mulheres”, indica.

“Neste momento, um dos aspetos mais preocupantes é a tendência crescente de consumo nos jovens portugueses nos últimos anos, nomeadamente das raparigas. Estimou-se, num estudo feito no ensino secundário público português, que um terço dos jovens assume

ter fumado no último mês e 64% dos alunos com 18 anos já consumiram tabaco, sendo que tinham iniciado entre os 13 e os 15 anos”, aponta a especialista em MGF.

## Os malefícios do tabaco

O tabaco é, segundo Dyna Torrado, médica de família da UCSP Faro, “a principal causa de DPOC, agrava os sintomas da asma, aumenta o risco de cancro de pulmão (até 27 vezes nos fumadores de 1 maço/dia ou mais) e de infeções respiratórias”.

“O tabagismo aumenta o risco cardiovascular nos fumadores, mesmo com consumos inferiores a cinco cigarros por dia”, menciona Dyna Torrado. E adianta que fumar quadruplica o risco de enfarte do miocárdio, triplica o risco de AVC e trombozes e eleva a probabilidade de morte súbita e de outras doenças vasculares. Aumenta a tensão arterial, o colesterol e, nos diabéticos, também a glicemia”.

Além disso, o tabagismo está relacionado com gengivites, periodontites, gastrites, úlceras, colite ulcerosa e doença de

## A maior prevalência de fumadores situa-se no grupo dos 35 aos 44 anos.

Crohn. É causa de impotência e infertilidade. Aumenta o risco de trombose nas mulheres que tomam a pílula, provoca menopausa precoce, causa osteoporose e aumenta quatro vezes o risco de cancro de mama, ovário e útero. “As grávidas fumadoras têm maior risco de ter problemas da placenta, bebês prematuros ou de baixo peso e bebês com maior risco de morte súbita, asma, défice de atenção e diabetes”, acrescenta.

Está demonstrada, também, a estreita relação entre tabaco e cânceros como o da boca e laringe, estômago, cólon, reto, bexiga, rins, pâncreas e fígado, assim como de leucemias e mielomas.

PUB

### Informações Essenciais compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento Bretaris Genuair 322 microgramas pó para inalação

**Composição qualitativa e quantitativa:** Cada dose administrada (a dose libertada pelo bocal do inalador) contém 375 µg de brometo de aclidínio, que equivale a 322 µg de aclidínio. **Indicações terapêuticas:** Tratamento broncodilatador de manutenção para o alívio de sintomas em doentes adultos com doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC). **Posologia e modo de administração:** A dose recomendada é de uma inalação de 322 µg de aclidínio duas vezes por dia. Se for omitida uma dose, a dose seguinte deverá ser tomada assim que possível. No entanto, caso esteja próximo da hora de tomar a dose seguinte, a dose omitida deve ser ignorada. **População idosa:** Não é necessário ajuste de dose em doentes idosos. **Compromisso da função renal:** Não é necessário qualquer ajuste de dose em doentes com compromisso da função renal. **Compromisso da função hepática:** Não é necessário qualquer ajuste de dose em doentes com compromisso da função hepática. **Modo de administração:** Para utilização por via inalatória. **Instruções de utilização:** Antes da primeira utilização, abra a bolsa selada rasgando-a pelo recorte e retire o inalador Genuair. No momento da toma, retire a tampa protetora apertando ligeiramente as setas marcadas de ambos os lados e puxando para fora. • Verifique que nada está a bloquear o bocal. • Segure o inalador Genuair na horizontal, com o bocal virado para si e o botão verde virado para cima. **PASSO 1: PRESSIONE e SOLTE o botão verde NÃO CONTINUE A PRESSIONAR O BOTÃO VERDE.** Pare e Verifique: certifique-se de que a dose está pronta para ser inalada • Certifique-se de que a janela de controlo colorida mudou para verde. • A janela de controlo verde confirma que o medicamento está pronto para ser inalado. SE A JANELA DE CONTROLO COLORIDA CONTINUAR VERMELHA, VOLTE A PRESSIONAR E SOLTAR O BOTÃO • Antes de colocar o inalador na boca, expire completamente. Não expire para dentro do inalador. **PASSO 2:** Aperte os lábios à volta do bocal do inalador Genuair e inspire INTENSA e PROFUNDAMENTE pelo bocal. Esta inspiração intensa e profunda liberta o medicamento através do inalador para os seus pulmões. **ATENÇÃO: NÃO PRESSIONE O BOTÃO VERDE ENQUANTO ESTIVER A INALAR.** • Ao inspirar, ouvirá um “CLIQUE”, que indica que está a utilizar o inalador Genuair corretamente. • Continue a inspirar, mesmo depois de ouvir o “CLIQUE” do inalador, para garantir que lhe é administrada a dose completa. • Retire o inalador Genuair da boca e sustenha a respiração o máximo de tempo possível e em seguida expire lentamente pelo nariz. Nota: alguns doentes podem sentir um sabor adocicado ou ligeiramente amargo, consoante o doente, durante a inalação do medicamento. Não tome uma dose extra se não sentir qualquer sabor após a inalação. Pare e Verifique: certifique-se de que inalou corretamente • Certifique-se de que a janela de controlo mudou para vermelho. Isto confirma que inalou corretamente a dose completa. SE A JANELA DE CONTROLO COLORIDA CONTINUAR VERDE, VOLTE A INSPIRAR INTENSA E PROFUNDAMENTE PELO BOCAL. • Se a janela não tiver mudado para vermelho, pode ter-se esquecido de soltar o botão verde antes de inspirar ou pode não ter inalado corretamente. Se isso acontecer, tente novamente. Certifique-se de que SOLTOU o botão verde e faça uma inspiração profunda e INTENSA pelo bocal. Nota: se não conseguir inalar corretamente após várias tentativas, consulte o seu médico. • Quando a janela mudar para vermelho, volte a colocar a tampa protetora pressionando-a novamente contra o bocal. Quando deverá adquirir um novo inalador Genuair • O inalador Genuair está equipado com um indicador de dose para lhe mostrar aproximadamente o número de doses restantes no inalador. O indicador de dose vai diminuindo lentamente, mostrando intervalos de 10 (60, 50, 40, 30, 20, 10, 0). Cada inalador Genuair administra pelo menos 60 doses. • Quando surgir uma faixa vermelha no indicador de dose, isso significa que está a aproximar-se da última dose e que deverá adquirir um novo inalador Genuair. Nota: se o seu inalador Genuair parecer que está danificado ou se perder a tampa, deverá ser substituído. NÃO É NECESSÁRIO limpar o seu inalador Genuair. No entanto, se desejar fazê-lo, deverá limpar o exterior do bocal com um pano seco ou toalhete de papel. NUNCA utilize água para limpar o inalador Genuair, pois poderá deteriorar o medicamento. Como saber se o inalador Genuair está vazio • Quando aparecer 0 (zero) no centro do indicador de dose, deverá continuar a utilizar as doses restantes no inalador Genuair. • Quando a última dose tiver sido preparada para inalação, o botão verde não irá voltar completamente à sua posição inicial e ficará bloqueado numa posição intermédia. Apesar de o botão verde ficar bloqueado, poderá inalar a última dose. Depois disso o inalador Genuair não pode ser utilizado novamente e deverá iniciar a utilização de um novo inalador Genuair. **Contraindicações:** Hipersensibilidade ao brometo de aclidínio, atropina ou seus derivados, incluindo ipratrópio, oxitrópio ou tiotrópio, ou a qualquer um dos excipientes. **Advertências e precauções especiais de utilização:** **Asma:** Bretaris Genuair não deverá ser utilizado na asma; não foram realizados ensaios clínicos com brometo de aclidínio na asma. **Broncoespasmo paradoxal:** Tal como acontece com outras terapêuticas inalatórias, a administração de Bretaris Genuair pode causar broncoespasmo paradoxal. Nesse caso, o tratamento com Bretaris Genuair deverá ser interrompido e deverão ser considerados outros tratamentos. **Agravamento da doença:** O brometo de aclidínio é um broncodilatador de manutenção e não deverá ser utilizado para o alívio de episódios agudos de broncoespasmo, ou seja, como terapêutica de recurso. Em caso de alteração na intensidade da DPOC durante o tratamento com brometo de aclidínio que faça com que o doente considere ser necessária medicação de recurso adicional, deverá ser realizada uma reavaliação do doente e do respetivo regime de tratamento. **Efeitos cardiovasculares:** O perfil de segurança cardiovascular é caracterizado pelos efeitos anticolinérgicos. Bretaris Genuair deve ser utilizado com precaução em doentes que tenham tido um enfarte do miocárdio nos últimos 6 meses, angina instável, arritmia recentemente diagnosticada nos últimos 3 meses ou que tenham sido hospitalizados nos últimos 12 meses por insuficiência cardíaca nas classes funcionais III e IV da New York Heart Association. Tais doentes foram excluídos dos ensaios clínicos e estas condições podem ser afetadas pelo mecanismo de ação anticolinérgica. **Atividade anticolinérgica:** A xerostomia que tem sido observada com o tratamento anticolinérgico, pode, a longo prazo, estar associada a cáries dentárias. Devido à sua atividade anticolinérgica, o brometo de aclidínio deverá ser utilizado com precaução em doentes com hiperplasia da próstata sintomática, obstrução do colo da bexiga ou glaucoma de ângulo fechado (ainda que o contacto direto do produto com os olhos seja pouco provável). **Excipientes:** Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase ou malabsorção de glucose-galactose não devem tomar este medicamento. **Interações medicamentosas e outras formas de interação:** A coadministração de brometo de aclidínio com outros medicamentos contendo anticolinérgicos não foi estudada, pelo que a mesma não é recomendada. Embora não tenham sido realizados estudos formais de interação medicamentosa in vivo, o brometo de aclidínio por via inalatória tem sido utilizado concomitantemente com outros medicamentos para a DPOC, incluindo broncodilatadores simpaticomiméticos, metilxantinas e esteróides orais e inalados, sem evidência clínica de interações medicamentosas. Os estudos in vitro revelaram que não se espera que o brometo de aclidínio ou os metabolitos do brometo de aclidínio na dose terapêutica causem interações com medicamentos que sejam substratos da P-glicoproteína (P gp) ou com medicamentos metabolizados por enzimas e esterase do citocromo P450 (CYP450). **Fertilidade, gravidez e aleitamento:** **Gravidez:** Não existem dados disponíveis sobre a utilização de brometo de aclidínio em mulheres grávidas. Os estudos em animais revelaram toxicidade fetal apenas em doses significativamente superiores à exposição humana máxima ao brometo de aclidínio. O brometo de aclidínio só deverá ser utilizado durante a gravidez se os benefícios esperados superarem os potenciais riscos. **Amamentação:** Desconhece-se se o brometo de aclidínio e/ou os seus metabolitos são excretados no leite humano. Uma vez que os estudos em animais revelaram a excreção de pequenas quantidades de brometo de aclidínio e/ou dos seus metabolitos no leite, tem que ser tomada uma decisão sobre a interrupção da amamentação ou a descontinuação da terapêutica com brometo de aclidínio, tendo em conta o benefício da amamentação para a criança e o benefício da terapêutica com brometo de aclidínio a longo prazo para a mulher. **Fertilidade:** Estudos em ratos revelaram ligeiras reduções da fertilidade apenas em doses significativamente superiores à exposição humana máxima ao brometo de aclidínio. Considera-se pouco provável que o brometo de aclidínio, administrado na dose recomendada, afete a fertilidade nos seres humanos. **Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas:** Os efeitos do brometo de aclidínio sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas são nulos ou desprezáveis. A ocorrência de cefaleias ou visão turva poderá influenciar a capacidade para conduzir ou utilizar máquinas. **Efeitos indesejáveis:** As reações adversas mais frequentemente notificadas de Bretaris Genuair foram cefaleias (6,6%) e rinite (5,5%). As frequências atribuídas aos efeitos indesejáveis abaixo indicados baseiam-se nas taxas brutas de incidência de reações adversas (ou seja, acontecimentos atribuídos ao Bretaris Genuair) observadas com Bretaris Genuair 322 µg (636 doentes) na análise agrupada de um ensaio clínico com a duração de 6 meses e dois ensaios com a duração de 3 meses, todos eles aleatorizados e controlados por placebo. **Frequentes** (≥1/100, <1/10): sinusite, rinite, rinite, cefaleias, tosse, diarreia. **Pouco frequentes** (≥1/1.000, <1/100): visão turva, taquicardia, disfonia, xerostomia, retenção urinária, erupção cutânea e prurido. **Raros** (≥1/10.000 a <1/1.000): hipersensibilidade. **Frequência desconhecida:** angioedema.

Data da Revisão do Texto: maio de 2014.

Está disponível informação pormenorizada sobre este medicamento no sítio da internet da Agência Europeia de Medicamentos: <http://www.ema.europa.eu>  
Medicamento sujeito a receita médica. Medicamento compartilhado - escalação B (69%). Para mais informações deverá contactar o representante local do Titular da Autorização de Introdução no Mercado: A. Menarini Portugal – Farmacêutica, S.A., Quinta da Fonte, Edifício D. Manuel I, Piso 2A, Rua dos Malhões nº1, 2770-071 Paço de Arcos

## Intervenção do MF é fundamental

De acordo com Carlos Gonçalves, especialista em MGF, embora cerca de 70% dos fumadores queira deixar de fumar só 40% o tentam fazer e, após várias tentativas para parar de fumar, apenas 3% conseguem manter-se abstinentes após um ano, sem apoio.

## Embora cerca de 70% dos fumadores queira deixar de fumar só 40% o tentam fazer.

prevenção da iniciação do consumo, na promoção da cessação tabágica, na proteção da exposição ao fumo ambiental, no aconselhamento e cessação tabágica.

“Todos os médicos devem inquirir e aconselhar os seus pacientes fumadores a parar de fumar, aproveitando todas as consultas e sobretudo os eventos de vida (nascimentos/gravidez), ou situações de doença para reforçar a necessidade de cessação. Devem ainda encorajar e motivar todos os que querem parar de fumar a fazê-lo e, perante um paciente em preparação para parar de fumar, deve aconselhar, avaliar a motivação, avaliar o grau de dependência, marcar o “dia D” e propor terapêutica farmacológica”, adverte.

O nosso entrevistado recomenda que o médico de família efetue uma intervenção breve com pacientes em preparação utilizando o modelo dos “5 As” (abordar, aconselhar, avaliar, ajudar e acompanhar). Nos pacientes não motivados ou ambivalentes em relação à mudança utilizar uma intervenção motivacional, o modelo dos “5 Rs” (relevância, riscos, recompensa, resistência, repetição).

“O médico que conseguir, num ano, motivar 10 fumadores a deixar de fumar consegue prevenir 5 mortes prematuras”, conclui.

O médico frisa que os especialistas em MGF, pelas múltiplas oportunidades de contacto que têm ao longo da vida dos seus pacientes, pelo tipo de comunicação e de relação médico-paciente que estabelecem e pelo tipo de cuidados prestados (globais, integrados e prestados ao longo do tempo) “têm um papel fundamental” na

NOVO

# Milid®

Erdosteína

MUCOACTIVO TETRADINÂMICO<sup>7</sup>



O mucoactivo que vai mais  
à frente™

MUCOMODELADOR<sup>7</sup>

Actividade ANTIOXIDANTE<sup>7</sup>

Actividade ANTI-INFLAMATÓRIA<sup>7</sup>

ANTI-ADERÊNCIA BACTERIANA<sup>7</sup>



Milid® Cápsulas | Milid® Comprimidos dispersíveis

**INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RCM (IECRM), DE ACORDO COM O REGULAMENTO DA PUBLICIDADE (DELIB. 044/CD/2008).** Nome do Medicamento: Milid 300 mg cápsulas; Milid 300 mg comprimidos dispersíveis. **Composição:** 300 mg de erdoesteína. Os comprimidos dispersíveis contêm 252,5 mg de lactose mono-hidratada e 10 mg de Laca de amarelo sunset (E110). **Forma farmacêutica:** Cápsulas e comprimidos dispersíveis. **Indicações terapêuticas:** Tratamento de infeções respiratórias agudas e exacerbações de DPOC na presença de hipersecreção. **Posologia e modo de administração:** 2-3 vezes por dia por via oral. O tratamento não deve exceder os 10 dias. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer dos excipientes. Doentes com úlcera péptica ativa. Doentes com cirrose hepática e deficiência da enzima cistationina-sintetase. O uso de erdoesteína não é recomendado em doentes com insuficiência renal com depuração da creatinina <25 ml/min ou em doentes com insuficiência hepática grave. Milid é contra-indicado em crianças com idade inferior a 2 anos. **Advertências e precauções especiais de utilização:** A presença eventual de um odor sulfuroso não indica a alteração do produto mas sim a presença da substância ativa. Em doentes com insuficiência hepática leve a dose diária não deve exceder os 300 mg. Milid não deve ser utilizado em crianças com idade inferior a 2 anos. Doentes com problemas hereditários raros de intolerância à galactose, deficiência de lactase ou malabsorção de glucose-galactose não devem tomar este medicamento. Milid comprimido dispersível contém Laca de amarelo sunset (E110) que pode causar reacções alérgicas. **Interações medicamentosas e outras formas de interação:** Não foram notificadas interações com outros medicamentos e, portanto, Milid pode ser associado a antibióticos e broncodilatadores. **Efeitos indesejáveis:** Menos de 1000 doentes apresentaram efeitos gastrointestinais indesejáveis. Efeitos muito raros: cefaleias, dispnéia, alterações do paladar, náusea, vômito, diarreia, dor epigástrica, urticária, eritema e eczema. Efeitos com frequência desconhecida: Obstrução brônquica. **IECRM aprovada pelo INFARMED a 04-07-2014. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. Medicamento não Sujeito a Receita Médica.**

**ROTTAPHARM MADAUS**  
Laboratórios Delta, S.A.

**Referências bibliográficas:** (1) Gazzola M. et al. Pulm Pharmacol Ther 2010;23:135-44. (2) Zanasi A, Menanni A. Med Praxis 1991;12(4):207-17. (3) Dal Negro R. et al. Ther Adv Resp Dis 2008;2(5):271-7. (4) Braga PC, et al. Arzneimittelforschung 1999;49(4):344-50. (5) Franco M, Mancini C. Arch Med Intern 1995;47(4):101-11. (6) Tellings JC. Med Praxis 1991;12(4):183-95. (7) Cogo R. Trends Med 2012; 12 (3): 133-42.  
Rua Direita de Massamá, 148 • 2745-751 Massamá  
Contribuinte N.º 500 802 360 • Sociedade Anónima Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Sintra sob o mesmo número • Capital Social € 500.000

092014MLD0915PT847ML

NOVO

# Levotuss®

Levodropropizina

comprimidos



- Sem sacarose
- Sem glúten

**INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RCM (IECRM), DE ACORDO COM O REGULAMENTO DA PUBLICIDADE (DELIB. 044/CD/2008).** DENOMINAÇÃO DO MEDICAMENTO: Levotuss 60 mg comprimidos. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** 60 mg levodropropizina. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimidos. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Tratamento sintomático da tosse. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Manter o tratamento até desaparecer a tosse (máx. 14 dias); se a tosse persistir, suspender-lo. Adultos e crianças com mais de 30 kg, um comprimido 3x/dia, com intervalos de pelo menos 6h. Não está indicado em crianças com menos de 6 anos e 30 Kg. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância ativa/excipientes e broncorreia ou função mucociliar reduzida (síndrome de Kartagener, disquinésia ciliar brônquica). **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO:** Precaução em doentes com insuficiência renal grave (clearance da creatinina <35 ml/min) e idade avançada. Tomar o medicamento afastado das refeições. Não administrar em situações de intolerância à galactose, deficiência em lactase ou malabsorção de glucose-galactose. Precaução em caso de uso concomitante com sedativos. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS E OUTRAS FORMAS DE INTERAÇÃO:** A levodropropizina não potencia o efeito farmacológico das substâncias com atividade a nível do sistema nervoso central (ex.: benzodiazepinas, álcool, fenitina, imipramina), não modifica a atividade dos anticoagulantes orais com a varfarina e não interfere na ação hipoglicémica da insulina. Em doentes particularmente sensíveis deverão tomar-se precauções no caso da toma simultânea deste medicamento com sedativos. Os estudos clínicos efectuados não demonstram qualquer interacção no caso de tratamento concomitante de patologias broncopulmonares com agonistas beta-2, metilxantina e derivados, corticosteróides, antibióticos, mioreguladores e antihistamínicos. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Muito raros (frequência < 1/10.000): urticária, eritema, exantema, prurido, angioedema, reacções cutâneas, epidermólise (1 caso isolado, fatal), dor abdominal, epigastralgia, náuseas, vômitos, diarreia, glossite e febre aftosa, hepatite colestática e coma hipoglucémico (dose to-medicada com hipoglicemiantes orais); reacções alérgicas e anafiláticas, mal-estar geral, casos individuais de edema generalizado, síncope e astenia, e ainda tonturas, vertigens, tremores, parestésia, convulsões tónico-clónicas e ataque de pequeno mal; palpitações, taquicardia, hipotensão, arritmia cardíaca; irritabilidade, sociolência e despersonalização; dispnéia, tosse, edema do trato respiratório; astenia e fraqueza (membros inferiores); edema da pálpebra, mióclonia e perda da capacidade de visão bilateral e sonolência, hipotonia e vômitos num recém-nascido, após toma de levodropropizina pela mãe que o amamentava desaparecendo com interrupção da amamentação. **IECRM aprovada pelo INFARMED a 27-11-2013. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. Medicamento Não Sujeito a Receita Médica.**

**ROTTAPHARM MADAUS**  
Laboratórios Delta, S.A.

Laboratórios Delta, S.A. - Rua Direita de Massamá, 148 • 2745-751 Massamá • Tel.: 214 308 300 • Fax: 214 308 307 • Cont. n.º 500 802 360 • Sociedade Anónima Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Sintra sob o mesmo número • Capital Social € 500.000. Titular de A.M.F. Domipé Farmaceutici S.p.A. - 20122 Milano - Via San Martino, 12 - 12/a • Capitale sociale € 7.747.500,00 • Registro Imprese Tribuni Milan N.41315 - C.C.I.A.A. 289519 • Export Codex MI 289435 • Codic. Commerciale e Partita IVA (VAT) IT N. 00791570153. Distribuidor: Neo-Farmacêutica, SA Av. D. João II, Lote 1.02.2.1.D-2º • 1990-090 Lisboa • Tel.: 21 430 83 00 • Fax: 21 430 83 06 • Contribuinte N.º 500 201 129 • Sociedade Anónima Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa sob o mesmo número • Capital Social realizado 1.496.393,60€

012014LVT0116PT776AN

# Symbicort®



AstraZeneca Produtos Farmacêuticos, Lda  
Rua Humberto Madeira n.º 7 Queluz de Baixo | 2730-097 Barcarena | Contribuinte N.º PT 502 942 240 | Capital Social 1.500.000 € | Mat. Cons. Reg. Com. Cascais sob o N.º 502942240