Entrevista a Rui Costa

"A prevenção das doenças infeciosas respiratórias é de uma importância capital"

P. S4

Curso de Doenças Infeciosas Respiratórias na Escola de Outono da APMGF

P. S8/S9

Jaime Correia de Sousa

Prémio e Bolsas de Investigação GRESP / APMGF

P. S2

Entrevista a Luís Alves

"Queremos organizar a melhor Conferência do IPCRG de sempre"

P. S6

Jornal Médico

SUPLEMENTO

DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Parte integrante da edição de fevereiro 2017.

Publicações justNews

www.justnews.pt

Infeções respiratórias

GRESP

Grupo de Doenças Respiratórias

Medicina Geral e Familiar

Prémio e Bolsas de Investigação GRESP / APMGF

Jaime Correia de Sousa
Professor associado, Escola de Medicina da Universidade do Minho. Presidente do IPCRG. Médico de família na USF Horizonte, ULS Matosinhos

Em janeiro de 2017, foi anunciado um prémio no valor de três mil euros, o Prémio APMGF – GRESP/ AstraZeneca, que será atribuído a um dos trabalhos submetidos para análise de um júri constituído para o efeito. Este prémio tem o intuito de incentivar ainda mais a investigação em doenças respiratórias em MGF. O objetivo é distinguir o melhor trabalho de investigação na área da DPOC.

Foi também lançado o anúncio de um conjunto de "Bolsas para Participação em Encontros Científicos", da iniciativa do GRESP, com o apoio da Pfizer, destinadas a apoiar a participação dos seus sócios em encontros científicos internacionais, sempre que estes participem com trabalhos científicos no 5th IPCRG Scientific Meeting (17 a 18 de maio de 2017, Ljubljana - Eslovénia) ou no ERS International Congress (9 a 13 de setembro de 2017, Milão) e, excecionalmente, em outras reuniões e congressos de grande interesse científico internacionais. Serão atribuídas seis bolsas durante o ano de 2017, sendo o valor de cada bolsa de 500 euros, para despesas inerentes à inscrição e presença no evento.

Estas duas iniciativas constituem uma aposta forte no fomento da investigação em doenças respiratórias em MGF da iniciativa do GRESP. A investigação geral em MGF, em Portugal, tem um caráter episódico e bastante irregular e é sobretudo motivada pelas necessidades curriculares dos internos e pela progressão académica dos médicos de família docentes universitários. Para além disto, pouco ou nada há a registar. A investigação nos departamentos académicos de MGF tem vindo a crescer lentamente nos últimos anos, com a tendência para a constituição de linhas de investigação com caráter de continuidade.

A investigação em doenças respiratórias em MGF tem sido essencialmente centrada na Escola de Medicina da Universidade do Minho e no GRESP. Os docentes, investigadores e alunos de mestrado integrado em Medicina têm realizado vários estudos nesta área, tendo desenvolvido uma Linha Piloto de investigação no ICVS (Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde da UM).

Existem alguns estudos desenvolvidos por internos e por USF, mas, apesar do interesse e qualidade, têm habitualmente caráter esporádico, sem continuidade, com dimensões populacionais limitadas, e nem sempre beneficiam da orientação metodológica e estatística mais adequada.

Apesar dos prémios e bolsas agora propostos poderem ser um importante estímulo à investigação individual, gostaria de apelar a todos os colegas, internos de MGF, orientadores, outros médicos de família ou outros profissionais dos CSP para procurarem desenvolver estudos cooperativos, de preferência multicêntricos e enquadrados no conjunto de estudos em curso. Dessa forma, o seu interesse científico e a capacidade de produção de conhecimento podem ser consideravelmente maiores.

Nesse sentido, será importante que procurem apoio metodológico junto do GRESP ou do Grupo da Saúde Comunitária da Escola de Medicina da Universidade do Minho, no sentido de otimizarem os seus esforços e de interligarem os seus projetos com as linhas de investigação em curso, quer a nível da UM, quer em ligação à rede de investigação internacional do IPCRG (International Primary Care Respiratory Group).

Uma forma interessante de saberem as áreas onde é importante investigar em doenças respiratórias em MGF e CSP, em Portugal, passa pela leitura do estudo "*The respiratory research agenda in primary care in Portugal: a Delphi study*", publicado em agosto de 2016 na revista *BMC Family Practice*. Este estudo constituiu um consenso sobre as necessidades de investigação e constitui um verdadeiro guia para quem pretende desenvolver estudos nesta área, em CSP, em Portugal, em conjunto com um outro que se encontra em vias de publicação "Um mapeamento da investigação sobre doenças respiratórias em CSP em Portugal".

Este último, igualmente uma tese de mestrado integrado em Medicina realizado no âmbito da Saúde Comunitária da UM, constitui um inventário do conhecimento em DR em CSP gerado pela investigação realizada em Portugal através do mapeamento dos vários trabalhos de investigação, publicados nos últimos dez anos, e configura um contributo muito útil para o desenvolvimento de questões de investigação e respetivos desenhos metodológicos, mais adaptadas ao contexto nacional.

Vacinação antigripal para quem?

José Augusto Simões
Médico de família. Prof. auxiliar convidado da Fac. de Ciências da Saúde, Univ. da Beira Interior

A gripe é uma infeção respiratória aguda muito contagiosa, causada por um vírus que não é específico dos humanos (o vírus infeta vários vertebrados domésticos e selvagens que, por sua vez, contagiam os humanos), o *Myxovirus influenzae*, de que existem três tipos: A, B e C, sem imunidade cruzada entre eles. O tipo A é o mais virulento, causador das maiores epidemias, e subdivide-se ainda em subtipos, conforme as características das suas moléculas de superfície (designadas, abreviadamente, por HA e NA).

A mortalidade associada à doença pode ser elevada nas pessoas mais idosas e nas muito jovens e naquelas com patologias respiratórias, cardiovasculares, renais, diabetes e obesidade. A gravidade da doença pode ser devida ao próprio vírus ou, mais frequentemente, a infeções bacterianas que surgem na sequência da gripe.

As vacinas usadas na Europa são vacinas inativadas preparadas a partir de vírus cultivados, fragmentados e purificados. A vacina é trivalente, pois, confere proteção contra o H3N2, o H2N1 e o tipo B do vírus.

As variantes de cada um dos 3 subtipos da atual vacina trivalente são recomendadas anualmente pela OMS em fevereiro, para serem administradas a partir de outubro. A recomendação é feita em função das variantes dos subtipos que os laboratórios da rede da OMS preveem estar em circulação no inverno seguinte.

A vacina não faz parte do Plano Nacional de Vacinação, mas é fortemente recomendada para:

- Pessoas com idade igual ou superior a 65 anos;
- Doentes crónicos e imunodeprimidos, com seis ou mais meses de idade;
- Grávidas;
- Profissionais de saúde e outros prestadores de cuidados.

A vacina contra a gripe é gratuita, no Serviço Nacional de Saúde (SNS), para:

- Pessoas com idade igual ou superior a 65 anos;
- Pessoas, independentemente da idade, nos seguintes contextos:
- Residentes em instituições, incluindo estruturas residenciais para pessoas idosas, lares de apoio, lares residenciais e centros de acolhimento temporário;
- Doentes integrados na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- Pessoas apoiadas no domicílio pelos Serviços de Apoio Domiciliário, com acordo de cooperação com a Segurança Social ou Misericórdias Portuguesas;
- Doentes apoiados no domicílio pelas equipas de enfermagem das unidades funcionais prestadoras de CSP ou com apoio domiciliário dos hospitais;
- Doentes internados em hospitais do SNS que apresentem patologias crónicas e condições para as quais se recomenda a vacina. Os doentes podem ser vacinados durante o internamento ou à data da alta.
- Pessoas, independentemente da idade, com as seguintes patologias crónicas ou condições:
- Terapêutica de substituição renal crónica (diálise);
- Submetidas a transplante de células precursoras hematopoiéticas ou de órgãos sólidos;
- Aguardar transplante;
- Sob quimioterapia;
- Trissomia 21;
- Fibrose quística;
- Défice de alfa-1 antitripsina sob terapêutica de substituição;
- Doença neuromuscular com comprometimento da função respiratória, da eliminação de secreções ou com risco aumentado de aspiração de secreções;
- Profissionais de saúde do SNS com recomendação para serem vacinados.

A atual recomendação vacinal visa, portanto, proteger as pessoas para as quais a doença constitui um perigo maior. Esta estratégia coloca ênfase na diminuição da mortalidade causada pela gripe e não na diminuição da sua incidência.

A vacina contra a gripe pode gerar alguma frustração na população vacinada. Em alguns anos, pode haver um número apreciável de pessoas a contrair «gripe», apesar de terem sido vacinadas. Há duas razões principais para isso: uma é que a previsão efetuada em fevereiro sobre a principal estirpe do vírus que estará em circulação no inverno seguinte pode falhar e, simultaneamente, a vacina pode não conferir imunidade cruzada contra a estirpe que, de facto, vai circular. Outra razão é que algumas pessoas terão uma síndrome gripal (sintomas parecidos aos da gripe), mas causada por outro agente que não o vírus da gripe (*Myxovirus influenzae*), ficando a aparência de a vacina ter falhado.

Relativamente à primeira razão, relembra-se que o vírus tem grande capacidade para mudar a sua aparência exterior, na tentativa de confundir o nosso sistema imunitário. Estas variantes têm propriedades antigénicas diferentes, sendo reconhecidas pelo nosso sistema imunitário de forma diferente, e têm imunidade cruzada, que pode ir desde zero a cem por cento, ou seja, a imunidade contra uma pode conferir imunidade nula ou total contra outra.

Uma vez que estas variantes se podem converter umas nas outras com relativa rapidez, é crucial prever, anualmente, qual a variante que estará em circulação no inverno seguinte, a fim de fabricar a vacina adequada. Não obstante a crescente sofisticação dos métodos de previsão utilizados, por vezes, a previsão falha e, nesse caso, a vacina terá uma eficácia alta ou baixa, dependendo da imunidade cruzada entre a variante prevista e a que realmente ocorre.

Quando a previsão sobre a variante circulante do vírus não erra, a eficácia vacinal contra a infeção oscila entre 70 e 80% em adultos jovens. A eficácia contra formas mais severas da doença é, no entanto, superior, ronda os 95%. Apesar da eficácia diminuir com a idade, sendo menor nos mais velhos, vários estudos evidenciam o benefício da vacina na diminuição das complicações da gripe, das hospitalizações e da mortalidade.

JORNAL MÉDICO
Diretor: José Alberto Soares **Assessora da Direção:** Cláudia Nogueira **Assistente de Direção:** Goreti Reis **Redação:** Maria João Garcia, Sílvia Malheiro, Susana Catarino Mendes **Fotografia:** Joana Jesus, Nuno Branco - Editor **Publicidade:** Ana Paula Reis, João Sala **Diretor de Produção Interna:** João Carvalho **Diretor de Produção Gráfica:** José Manuel Soares **Diretor de Multimédia:** Luís Soares **Morada:** Alameda dos Oceanos, Nº 25, E 3, 1990-196 Lisboa ***Jornal Médico* é uma publicação da *Just News,*** de periodicidade mensal, dirigida a profissionais de saúde, isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar 8/99, de 9/06, Artigo 12º nº 1A **Tiragem:** 12.000 exemplares **Preço:** 3 euros **Depósito Legal:** 355.701/13 **Impressão:** TYPIA – Grupo Monterreina, Área Empresarial Andalucia 28320 Pinto Madrid, España
Notas: 1. A reprodução total ou parcial de textos ou fotografias é possível, desde que devidamente autorizada e com referência à *Just News*. 2. Qualquer texto de origem comercial eventualmente publicado neste jornal estará identificado como "Informação".

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

Publicações justNews

Gripe e outras infeções respiratórias a vírus

Luís Alves
Assistente de MGF, USF St. André de Canidelo, Vila Nova de Gaia. Membro da Comissão Executiva do GRESP

De acordo com o último Boletim de Vigilância Epidemiológica da Gripe, disponibilizado pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, referente à segunda semana de janeiro de 2017, o pico de incidência de casos de gripe terá ocorrido durante a primeira quinzena do mês de dezembro de 2016. Contrariamente ao ocorrido na época 2015/2016, em que a atividade gripal se manteve baixa durante todo o período, este ano, se a tendência atual se mantiver, esta terá atingido valores moderados. No seu pico, ultrapassou os 100 casos de síndrome gripal por 10.000 habitantes.

A evolução semanal do número de casos de gripe internados em unidades de Cuidados Intensivos (UCI) acompanhou de perto a curva epidémica. Desde o início da época foram admitidos em UCI 106 pessoas com gripe, três quartos das quais com mais de 64 anos de idade. Foi identificado o vírus influenza A em mais de 95% dos casos. Estes factos contribuíram para que o número de óbitos por todas as causas ultrapassasse o esperado para o período do ano em questão.

Ainda consoante o mesmo boletim de vigilância, desde o início da época de vigilância, haviam sido detetados outros vírus respiratórios em circulação. Por ordem decrescente de incidência, observaram-se rinovírus, coronavírus, vírus parainfluenza, metapneumovírus humanos e o vírus sincicial respiratório.

Estes números parecem confirmar a grande pressão assistencial percecionada pelos médicos de família nas últimas semanas ao nível da prestação de cuidados de saúde não programados.

Se todos os anos é expectável um aumento significativo no número de casos de gripe e infeções respiratórias a vírus, com impacto mensurável na saúde populacional, por que não investir intensamente na atualização de conhecimentos relativamente a estas patologias?

Embora os programas e recomendações emanados das sociedades científicas portuguesas e internacionais e da Direção-Geral da Saúde atualizem conceitos e proporcionem orientações preciosas para a prática clínica diária, parecem faltar atividades formativas em que a discussão e partilha presencial de experiências seja valorizada. Foi isto que o GRESP/APMGF procuraram atingir ao organizar, pela primeira vez no seu currículo formativo, um curso dirigido às doenças respiratórias infeciosas, no qual a gripe e as doenças respiratórias causadas por vírus tiveram espaço próprio. A iniciativa decorreu entre os dias 16 e 19 de novembro de 2016, em Peniche, sob a forma de Escola de Medicina Geral e Familiar. Que seja capaz de se autoavaliar, melhorar e replicar.

SUPLEMENTO **Infeções respiratórias**

RUI COSTA, COORDENADOR DO GRUPO DE ESTUDOS DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS (GRESP) DA APMGF:

"A prevenção das doenças infeciosas respiratórias é de uma importância capital"

As doenças infeciosas respiratórias são muito frequentes na prática clínica diária do médico de família. A prevenção destas patologias é, segundo Rui Costa, coordenador do GRESP, de uma "importância capital", dado que, desta forma, pode evitar-se a alteração da qualidade de vida, a diminuição da produtividade e o absentismo relacionado com estas doenças agudas, podendo impedir as complicações sistémicas ou evitar a mortalidade.

***Just News* (JN) – Em 2016, o curso organizado pelo GRESP na Escola de Outono incidiu sobre o tema "Doenças infeciosas respiratórias". Que peso assumem estas patologias no quotidiano do médico de família?**

Rui Costa (RC) – As doenças infeciosas respiratórias assumem cada vez mais um peso crescente, embora com periodicidade sazonal, no trabalho quotidiano do médico de família. São doenças muito frequentes na prática clínica diária e situações a que o médico de família tem que dar uma resposta célere e eficaz.

JN – Quais são as doenças infeciosas respiratórias mais comuns no adulto?

RC – São o resfriado comum, a gripe, a faringite aguda, a rinossinusite, a amigdalite, a bronquite aguda e as pneumonias. Contudo, não nos podermos também esquecer da tuberculose pulmonar.

JN – E na criança?

RC – Na criança, as doenças infeciosas respiratórias são frequentes, a maioria das vezes de origem vírica, às vezes, com vários surtos anuais por criança, e as mais comuns são a rinite, a faringo-amigdalite, a adenoidite, a otite média aguda, a sinusite, o resfriado comum, a bronquiolite e a pneumonia.

JN – Quais são os casos mais graves?

RC – Os casos mais graves estão relacionados com a pneumonia ou com as complicações das doenças das vias aéreas superiores.

JN – Que importância assume a prevenção neste tipo de patologia?

RC – A prevenção das doenças infeciosas respiratórias é de uma importância capital, uma vez que, para além de evitarmos a alteração da qualidade de vida, a diminuição da produtividade e o absentismo relacionado com estas doenças agudas, podemos impedir as complicações sistémicas ou evitar a mortalidade.

JN – A vacinação pode ser a melhor forma de prevenir algumas destas doenças? Quais?

RC – A vacinação antigripal e antipneumocócica são excelentes meios de prevenção, quer da gripe, quer da pneumonia pneumocócica, evitando a descompensação de doenças crónicas, o aparecimento de complicações sistémicas e a mortalidade associada a estas infeções.

JN – O diagnóstico destas doenças é fácil? Como é feito?

RC – O diagnóstico destas doenças é essencialmente clínico, assente numa adequada avaliação clínica. A necessidade de realização de análises ou exames de imagiologia é restrito a casos duvidosos ou a casos graves que necessitam de internamento.

JN – Na sua opinião, deveriam existir meios complementares de diagnóstico nos CSP para o diagnóstico? Quais as vantagens?

Rui Costa | As doenças infeciosas respiratórias assumem cada vez mais um peso crescente

RC – Uma vez que o diagnóstico da grande maioria destas doenças infeciosas agudas é clínico, não vejo grande necessidade de haver um investimento em meios complementares de diagnóstico nos CSP. No entanto, para além da existência de um oxímetro, também está disponível o teste rápido ao estreptococo beta-hemolítico do grupo A, o qual pode ser um precioso auxiliar na identificação precoce desta doença na faringo-amigdalite e na adequada prescrição de antibioterapia.

JN – Qual a importância do médico de família no acompanhamento destas patologias?

RC – O médico de família, pela sua proximidade e acessibilidade, pelo diagnóstico essencialmente clínico e benignidade destas doenças, tem um importante e privilegiado papel na abordagem e resolução destas doenças respiratórias agudas.

JN – E do enfermeiro de família?

RC – O enfermeiro de família tem um papel determinante no apoio à consulta e na triagem destas doenças respiratórias agudas, para além de na sua prática quotidiana poder dar conselhos preventivos úteis que minimizem o seu aparecimento e contágio.

JN – Em que situações os doentes devem ser referenciados para os cuidados hospitalares?

RC – Na prática clínica diária, raramente é necessária a referenciação dos casos de doença respiratória aguda para os cuidados hospitalares, com a exceção dos casos de tuberculose e de alguns casos de pneumonia. No entanto, também deve ser equacionada a referenciação nos casos com complicações locais ou sistémicas graves ou com dúvidas de diagnóstico, ou naqueles em que estas doenças causem a descompensação aguda de doenças crónicas preexistentes.

JN – Na sua opinião, a ligação entre CSP e cuidados hospitalares nesta área está a ser feita adequadamente?

RC – Sim, na globalidade dos casos, presumo que a articulação de cuidados é adequada. Atendendo à situação aguda em causa e à gravidade da situação clínica detetada, a resposta hospitalar, de acordo com as disponibilidades e recursos locais, julgo ser adequada às necessidades.

JN – O GRESP tem previstas outras formações nesta área?

RC – O GRESP tem prevista a realização anual destas ações de formação, quer nas Escolas da APMGF, com a realização do Curso de Doenças Infeciosas Respiratórias, quer na realização de *workshops*, como é o caso do *workshop* sobre rinossinusite a realizar nas 4as Jornadas do GRESP.

4as Jornadas do GRESP e 9.ª Conferência Mundial do IPCRG

JN – Aproximam-se as 4.as Jornadas do GRESP, que terão lugar nos dias 21 e 22 de abril. Como avalia a evolução do evento desde a 1.ª edição?

RC – As Jornadas do GRESP têm tido uma evolução muito positiva desde a sua 1ª edição. Pela sua relevância, qualidade e pertinência na abordagem prática e dirigida dos temas escolhidos para a MGF, têm, ao longo do tempo, despertado um interesse crescente e uma procura cada vez maior nos profissionais de saúde da área dos CSP. Nas últimas Jornadas conseguimos duplicar o número de participantes e para as atuais iremos acolher mais de 500.

JN – Quais são as suas expectativas para esta edição?

RC – As expectativas para esta 4.ª edição são elevadas, por isso, a Comissão Organizadora e Científica selecionou para atualização, debate e partilha de conhecimentos um conjunto pertinente de temas, que esperamos ir de encontro às reais necessidades dos profissionais de saúde que atuam no âmbito dos CSP. Esperamos que estas Jornadas sejam uma referência nacional, um importante marco formativo e um espaço de partilha de experiências e atualização de conhecimento e de boas práticas na área respiratória no âmbito dos CSP.

JN – E como estão a decorrer os preparativos para a 9.ª Conferência Mundial do International Primary Care Respiratory Group (IPCRG), que tem lugar em 2018, no Porto, e terá o GRESP e a APMGF como anfitriões?

RC – Os preparativos, em colaboração com a coordenação do IPCRG, para esta importante Conferência Mundial estão a decorrer normalmente e conforme o previsto. Neste momento, estão a ser ultimados os apelativos conteúdos científicos, para o evento ser um êxito e atrairmos um número elevado de participantes e assim, podermos honrar a MGF, o GRESP, a APMGF e o nosso país neste prestigiado evento.

"O balanço é extremamente positivo"

JN – Quais são, atualmente, as grandes prioridades do GRESP?

RC – As grandes prioridades do GRESP são, para além de dar sustentabilidade e fomentar o seu continuado crescimento, continuar a ter um importante papel na formação pós-graduada, na atualização de conhecimentos e na difusão das melhores práticas na área respiratória no âmbito dos CSP; melhorar o *site* do GRESP; o lançamento de um curso de doenças respiratórias para enfermeiros; ser um relevante parceiro das outras sociedades, organizações e DGS na área respiratória; fomentar a investigação em doenças respiratórias no âmbito dos CSP e contribuir para uma melhor prestação de CSP na área respiratória, com vista a melhorar a saúde respiratória da nossa população.

JN – Finalmente, que balanço faz do trabalho que tem vindo a ser desenvolvido pela atual coordenação do GRESP?

RC – O balanço tem sido extremamente positivo, tendo inclusivamente as 3as Jornadas sido um sucesso. O GRESP tem conseguido cumprir com os objetivos definidos no ambicioso plano de ação anual, tem conseguido crescer atraindo jovens elementos, tem produzido e difundido documentação de suporte científico relevante para a MGF, tem continuado a ter um papel formativo importante para os CSP em doenças respiratórias, tem sido parceiro em múltiplas iniciativas na área respiratória e, entre muitas outras atividades, lançou recentemente um prémio e bolsas na área respiratória.

Infeção respiratória num doente com DPOC

Pedro Fonte
Médico de família e assistente na ECS da Universidade do Minho

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) caracteriza-se pela limitação ao fluxo aéreo que é crónica e progressiva. Consequentemente, os sintomas associados tendem a agravar-se ao longo do tempo. Além do mais, é frequente um doente com DPOC sofrer exacerbações, que são eventos importantes por afetarem negativamente o estado de saúde e a progressão da doença.

Estas exacerbações são maioritariamente causadas por infeções respiratórias, principalmente de etiologia viral. Os mecanismos patofisiológicos por elas despoletados são múltiplos e conduzem invariavelmente ao agravamento dos sintomas, que é mais marcado do que quando provocado por outros fatores que não as infeções.

Neste sentido, a par do aconselhamento fundamental quanto à cessação tabágica, adesão terapêutica, alimentação equilibrada e prática regular de exercício físico, os médicos e enfermeiros de família devem alertar os doentes com DPOC para os riscos de desenvolverem infeções respiratórias e os cuidados a ter para as evitar. Deve ser sugerido, por exemplo, que estes doentes evitem a permanência em locais fechados especialmente com grande afluência de pessoas, que evitem a ida desnecessária a unidades de saúde onde o contacto com pessoas infetadas é muito provável, que lavem frequentemente as mãos, que usem vestuário adequado à temperatura ambiente e que se hidratem com regularidade.

Ainda no âmbito da prevenção das infeções respiratórias, é de realçar o papel da vacinação. Atualmente, muitas normas de orientação, incluindo as nacionais, recomendam a vacinação contra a gripe e contra infeções por *Streptococcus pneumoniae* em todos estes doentes.

Além do mais, é fundamental que estes pacientes sejam capacitados para saberem prontamente ajustar a sua medicação, no caso de uma infeção respiratória que motive agravamento sintomático. Devem ainda receber instruções sobre quando procurar ajuda médica.

Em termos terapêuticos, as infeções respiratórias têm sido alvo de controvérsia, nomeadamente no que toca à utilização de antibióticos. Pelo menos em parte, isto poder-se-á dever à inexistência de um marcador inequívoco de infeção bacteriana passível de ser facilmente utilizado a nível dos cuidados de saúde primários. Desta forma, tem sido defendida a prescrição de antibióticos quando se verifica aumento da dispneia e do volume e purulência da expetoração ou na presença de, pelo menos, dois destes sintomas cardinais, desde que o aumento da purulência da expetoração seja um deles.

Em suma, poder-se-á afirmar que as infeções respiratórias são uma ocorrência quase inevitável na vida de qualquer pessoa. Nos doentes com DPOC, associam-se a um risco aumentado de descontrolo da doença e agravamento dos sintomas. Dada a importância destas exacerbações, dever-se-á apostar na prevenção primária, a salientar a vacinação. Os doentes devem estar capacitados a entender a mudança dos seus sintomas e a saber quando recorrer aos cuidados de saúde.

justNews

SUPLEMENTO **Infeções respiratórias**

LUÍS ALVES, PRESIDENTE DA COMISSÃO CIENTÍFICA DA 9.ª CONFERÊNCIA MUNDIAL DO INTERNATIONAL PRIMARY CARE RESPIRATORY GROUP (IPCRG):

"Queremos organizar a melhor Conferência do IPCRG de sempre!"

De 30 de maio a 2 de junho de 2018 terá lugar, no Porto, a 9.ª Conferência Mundial do International Primary Care Respiratory Group (IPCRG). Luís Alves, membro da Comissão Executiva do GRESP, foi convidado por Jaime Correia de Sousa, presidente do IPCRG, a presidir à Comissão Científica do evento. Em entrevista à *Just News*, o assistente de MGF da USF St. André de Canidelo, em Vila Nova de Gaia, conta como tem sido a experiência e adianta alguns pormenores da conferência que se espera que seja a "melhor de sempre".

O IPCRG é uma plataforma que congrega associações e grupos nacionais e internacionais na área da saúde respiratória em CSP de todo o mundo que realiza, anualmente, uma conferência. Em 2018, será a vez de Portugal acolher o evento, que tem contado com cerca de 1000 participantes nas últimas edições.

Luís Alves já anteriormente integrou comissões científicas de outros eventos, mas nunca presidiu à Comissão Científica de uma conferência desta envergadura. "Tem sido uma experiência extremamente interessante a vários níveis. Por um lado, é um enorme privilégio poder contar com o saber e com a experiência dos restantes elementos da Comissão. Tenho aprendido muito e, sem eles, não seria possível desenhar este programa científico. Por outro lado, é muito desafiante olhar para um programa vazio e saber que será preenchido com as nossas decisões", aponta.

Luís Alves | Pretendemos que a Conferência permita uma atualização abrangente sobre as melhores práticas em cuidados respiratórios em MF

De acordo com o nosso entrevistado, a definição de um tema geral foi o primeiro grande passo. "Começar a popular os espaços mantendo a coerência, a atualidade e a relevância dos conteúdos é um desafio completamente diferente. Mas creio que estamos no bom caminho", menciona o médico de família.

"Pretendemos que a Conferência IPCRG 2018 permita uma atualização abrangente sobre as melhores práticas em cuidados respiratórios em medicina de família. Também esperamos que seja uma oportunidade para ouvir, apresentar e debater as novidades científicas mais recentes sobre prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados a ter com doenças respiratórias crónicas, alergias, infeções respiratórias e dependência do tabaco", acrescenta.

Ter um programa científico que corresponda às "elevadas expectativas" dos participantes

O grande tema da Conferência já está decidido. Segundo Luís Alves, procurar-se-á gerar uma discussão sobre o conceito de "acrescentar valor" à prestação de cuidados respiratórios num mundo com recursos limitados.

"É preciso não esquecer que o IPCRG é um grupo mundial, pelo que é imperioso considerar a grande heterogeneidade prevalente não apenas ao nível dos recursos disponíveis, mas também nos arranjos de prestação de cuidados respiratórios", frisa o nosso interlocutor.

Revela, ainda, que está prevista uma "linha ibero-americana" ao longo de grande parte do programa, havendo uma comissão que se dedicará à organização destas sessões. O objetivo é que esta linha se integre de forma fluida no programa global da Conferência e que funcione como veículo para a apresentação e discussão de assuntos relevantes para a comunidade ibero-americana mais ativa no IPCRG. Participarão países como Portugal, Espanha e Brasil, entre outros.

Luís Alves menciona que será ainda inevitável discutir estratégias para a implementação bem-sucedida de cuidados respiratórios multidisciplinares, que integrem a participação de equipas de médicos, enfermeiros, pneumologistas e outros profissionais que participem na rede de prestação de cuidados a doentes respiratórios.

Ao longo dos últimos anos, as conferências do IPCRG têm-se tornado uma referência. Nesse sentido, a principal preocupação da Comissão Científica do evento é garantir que o programa científico corresponda às "expectativas compreensivelmente elevadas" dos participantes.

A estrutura geral do programa sofreu algumas alterações relativamente a edições anteriores. A Conferência deverá ser distribuída por dois dias e meio. O programa será composto por uma mistura de sessões plenárias e sessões mais pequenas, que poderão assumir o formato de *workshop* ou de sessões para apresentação e discussão de comunicações orais ou pósteres. Haverá também lugar para a realização de simpósios patrocinados.

Nesta fase, começa-se a discutir os temas para cada sessão e a selecionar potenciais preletores a quem dirigir convite.

Questionado sobre as suas expectativas para o evento, o presidente da Comissão Científica afirma: "Queremos organizar a melhor Conferência IPCRG de sempre!".

Perfil

Luís Alves nasceu a 8 de maio de 1979. Licenciou-se em Medicina no Instituto de Ciência Biomédicas de Abel Salazar, tendo, em 2008, começado a colaborar como assistente das disciplinas de epidemiologia no Serviço de Higiene e Epidemiologia da FMUP, o que, segundo conta, acabou por conduzir à sua inscrição na primeira edição do Programa Doutoral em Saúde Pública, que concluiu em 2014.

Teve uma curta, mas "muito gratificante" passagem pelo Departamento de Ciências Sociais e Saúde da FMUP, onde lecionou conteúdos relacionados com MGF. Desde setembro de 2015, integrou o grupo da Saúde Comunitária da Escola de Medicina da Universidade do Minho, onde é presentemente professor auxiliar.

Foi interno e agora assistente de MGF na USF St. André de Canidelo, em Vila Nova de Gaia, local que considera a sua "âncora", a sua "segunda família". Paralelamente, tem estado ligado, desde há alguns anos, à Associação de Docentes e Orientadores de MGF (ADSO), que, conforme conta, "tem feito um grande esforço para colocar na agenda uma reflexão aprofundada sobre o ensino médico pós-graduado".

A sua ligação ao GRESP já conta alguns anos. Entre 2010 e 2013, foi membro da Comissão Executiva, tendo participado em várias ações formativas na área da asma e DPOC e na organização das primeiras jornadas do grupo. Em janeiro de 2016, e a convite de Jaime Correia de Sousa, participou num programa de formação de formadores em asma de controlo difícil, organizado pelo IPCRG, em Roma. E, em abril de 2016, integrou novamente a Comissão Executiva do GRESP. O convite para presidir à Comissão Científica da 9.ª Conferência Mundial do IPCRG aconteceu em junho de 2016.

Impacto das

Ana Leça
Comissão Técnica de Vacinação, DGS

O PNV permitiu eliminar a poliomielite, a difteria, o sarampo autóctone, a rubéola e a rubéola congénita e controlar o tétano, a doença invasiva por *Haemophilus influenza* B e *Neisseria meningitidis* C, e a hepatite B na infância e adolescência, e foi determinante na diminuição das taxas da mortalidade infantil, que são, atualmente, das mais baixas da Europa.

A evolução do PNV, com introdução de mais vacinas e atualização dos esquemas vacinais, para melhor adaptação epidemiológica, tem por objetivo ganhos em saúde cada vez maiores e maior adesão.

PNV 2017 – Principais alterações ao esquema recomendado

- A vacina Td confere proteção duradoura, de pelo menos 20 anos, em pessoas que completaram a vacinação na infância. Os reforços de Td passam a ser aos 10, 25, 45 e 65 anos. A imunossenescência determina que após os 65 anos passe a ser administrada de 10 em 10 anos.

- A introdução da vacina HPV9 que aumenta de 70% para > 90% a abrangência dos tipos de HPV associados a cancro do colo do útero, com ganho adicional na proteção do cancro da vulva e vagina e em menor proporção no cancro anal. A proteção adicional da HPV9 beneficia essencialmente as mulheres.

- A introdução de uma vacina hexavalente (DTPa/Hib/VIP/VHB) aos 2 e aos 6 meses, diminuindo o número de injeções, com maior comodidade de administração, maior humanização e maior adesão.

- A vacinação da grávida com uma dose de Tdpa entre as 20 e as 36 semanas de gestação tem por objetivo proteger o bebé até aos 2 meses, através da passagem transplacentária de anticorpos, diminuindo a incidência, a morbilidade e a mortalidade por tosse convulsa.

- A vacina BCG deixa de ser de aplicação universal e destina-se aos grupos de risco, o que tem a ver com as carac-

vacinas na Saúde Pública. PNV 2017. Hesitação em vacinar

terísticas da vacina e a evolução epidemiológica. A vacina BCG não tem ação no controlo da tuberculose, não prevenindo a evolução para tuberculose ativa resultante da transmissão exógena, mas apenas as formas graves de reativação endógena: miliar, meníngea (eficácia até 80%)

Em Portugal, verifica-se:

Redução consistente da incidência de TB (2014-20,0/100.000);

Cumprimento dos critérios OMS: vigilância eficaz e incidência anual de meningite TB em < 5 anos < 1:10.000.000, últimos 5 anos;

Mais de 50% dos casos pertencem a grupos de risco bem identificados;

O número de casos de infeção disseminada por BCG é equivalente ao causado por *M. tuberculosis* em crianças < 5 anos nos últimos 5 anos .

A vacinação dos grupos de risco torna a vacinação mais custo-efetiva, reduz o número de reações adversas graves e equipara a estratégia à de outros países europeus com características epidemiológicas semelhantes.

Hesitação em vacinar

A resistência à vacinação tem assumido proporções crescentes, se bem que não significativa entre nós. O conceito "hesitação em vacinar" é abrangente: vai desde a aceitação com dúvidas à recusa de algumas vacinas ou alguns esquemas. Como determinantes deste fenómeno destaca-se a inversão da perceção do risco num mundo em que as doenças evitáveis pela vacinação são raras (o risco de uma vacina contra uma doença que já é rara é superior ao risco que essa doença acarreta) e o "crescimento social" que mudou o paradigma da relação médico-doente, passando este a ser um sujeito ativo que quer e deve participar das decisões em saúde.

A evolução do PNV, com introdução de mais vacinas e atualização dos esquemas vacinais, para melhor adaptação epidemiológica, tem por objetivo ganhos em saúde cada vez maiores e maior adesão.

A resistência à vacinação iniciou-se com a 1.ª vacina. Exclusivo do século XXI é a internet, rede alargada de informação (ou desinformação) e contactos, que potencia e dissemina a hesitação em vacinar.

Os profissionais de saúde são aqueles em que os pais ainda mais confiam para o esclarecimento de dúvidas referentes à vacinação, o que implica necessidade de formação nesta área específica.

Só com o empenho dos profissionais se conseguirá manter coberturas vacinais elevadas, vacinações atempadas e geograficamente homogéneas, garante da continuidade dos ganhos em saúde obtidos pela imunidade individual e de grupo.

SUPLEMENTO **Infeções respiratórias**

ESCOLA DE MEDICINA FAMILIAR OUTONO 2016 DA APMGF

Doenças infeciosas respiratórias: GRESP deu formação a médicos de família e internos de MGF

O GRESP realizou, durante a Escola de Medicina Familiar Outono 2016 da APMGF, que teve lugar de 16 a 19 de novembro, na Consolação (Peniche), um Curso de Doenças Infeciosas Respiratórias. A *Just News* presenciou uma parte do curso e falou com José Augusto Simões, um dos elementos da Coordenação Científica do mesmo, que fez um balanço positivo desta ação de formação que se dirigiu a médicos de família e internos de MGF.

Grupo | Participantes no Curso com alguns formadores

Infeções respiratórias | O Curso foi o primeiro sobre esta matéria promovido pelo GRESP

De acordo com José Augusto Simões, médico de família da USF Marquês de Marialva, um dos objetivos do curso era que os participantes conhecessem as orientações diagnósticas e terapêuticas das principais doenças infeciosas a nível das vias aéreas superior e inferior.

No final do curso, pretendia-se, também, que os 30 participantes aperfeiçoassem as capacidades de diagnóstico, monitorização das doenças e seleção das opções terapêuticas adequadas a cada uma das doenças infeciosas respiratórias; melhorassem as competências no sentido de fomentar a capacitação do doente e família em relação ao autocuidado da doença; e fossem capazes de integrar as doenças infeciosas respiratórias de um modo sistémico no contexto do doente e da família.

Questionado sobre os temas abordados no curso, o também professor auxiliar convidado da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior e assistente convidado de MGF da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra referiu que a escolha teve por base o facto de as doenças infeciosas respiratórias serem frequentes na prática clínica da MGF e ocuparem "uma considerável fração do tempo dos MF".

"A escolha recaiu nas doenças infeciosas, a nível das vias aéreas superior e inferior, que considerámos mais frequentes em MGF, ou seja, a otite e a rinossinusite, a faringite, a amigdalite, a bronquiolite e as pneumonias", acrescentou.

Segundo José Augusto Simões, para o MF ser capaz de fazer o diagnóstico, o tratamento, o seguimento e o acompanhamento da maior parte dos doentes com doenças infeciosas respiratórias e saber quando referenciar, também foi necessário introduzir temas como "Princípios de antibioterapia", "Imagiologia das vias aéreas superior e inferior" e "Vacinação".

Considerou-se ainda pertinente, neste contexto, a introdução do tema tuberculose, face à sua prevalência em algumas regiões e grupos populacionais do país.

Prevalência das doenças infeciosas respiratórias é elevada

José Augusto Simões frisou que, em Portugal, como no resto do mundo, as doenças infeciosas respiratórias são muito prevalentes, condicionando grande morbilidade, maioritariamente de curta duração, mas também mortalidade. A pneumonia adquirida na comunidade (PAC) é a quinta causa de morte a nível mundial.

"Em Portugal, a PAC foi responsável por 3,7% do total de internamento de adultos em instituições do SNS (Serviço Nacional de Saúde) entre 2000 e 2009. A cada dia foram internadas 81 pessoas e 16 acabaram por morrer, tendo sido de 27,8/100.000 ha-

O que a/o atraiu a participar neste curso?

Débora Batista
Interna do Ano Comum, Hospital Espírito Santo-Évora

As doenças infeciosas respiratórias são frequentes na prática clínica de um médico de MGF. Considerei que a inscrição no Curso da Escola de Outono da APMGF seria uma grande mais-valia para o início do meu internato de MGF em janeiro de 2017. Assim, pretendia adquirir conhecimentos a nível do diagnóstico de doenças respiratórias infeciosas superiores e inferiores, adequar quer a terapêutica de suporte, quer a terapêutica antibiótica e, não menos importante, educar a população por forma a otimizar a utilização dos recursos de saúde, no que a esta patologia diz respeito. Houve, naturalmente, uma abordagem teórica apelativa aos diferentes subtemas, bem como aplicação prática, com apresentação de diferentes casos clínicos bastante oportunos. Correspondeu largamente às expectativas!

Inês Teles
Médica interna do 3.º ano, USF Flor de Sal, ACeS Baixo Vouga

Desde o meu primeiro ano na especialidade de MGF que recebi recomendações para participar nas escolas da APMGF pela pertinência dos temas escolhidos e a qualidade dos oradores convidados. Finalmente, este ano, foi possível participar. A patologia respiratória é uma das áreas em que sinto que a minha formação é mais deficitária, incluindo situações que, pela sua elevada prevalência, são de contacto frequente na prática clínica diária de um médico de família. Em particular, considero a prescrição de antibioterapia uma das tarefas mais desafiantes, face à cultura populacional de sobreutilização de antibióticos, aos mitos enraizados na prática clínica, à constante atualização científica e à emergência de resistências a estes fármacos. Pelos motivos apresentados, foi um passo curto entre consultar o programa de cursos disponíveis para esta edição da Escola de Outono e inscrever-me no curso "Doenças infeciosas respiratórias".

Patrícia Lopes Sousa
Médica interna do 4.º ano, USF Alves Martins, ACeS Dão-Lafões, Viseu

As doenças infeciosas respiratórias abrangem um grande espetro de entidades clínicas, muito frequentes na prática da MGF e que são responsáveis por um grande volume das nossas consultas. Fui atraída a participar neste curso por proporcionar a excelente oportunidade de melhorar os cuidados que presto a estes doentes, aperfeiçoando as minhas capacidades de diagnóstico, monitorização das doenças infecciosas respiratórias e seleção das opções terapêuticas adequadas a cada uma

bitantes a taxa de mortalidade. Sendo, em Portugal, mais do dobro da mortalidade da média europeia", apontou o médico.

Face à sua incidência anual, José Augusto Simões acredita que a gripe e as restantes doenças infeciosas respiratórias a vírus são os problemas que motivam o maior número de consultas.

O médico advertiu, contudo, para a necessidade de o MF estar atento a situações muito menos frequentes, mas potencialmente mais graves, como a PAC, que tem uma prevalência de incidência anual entre 5 a 11 casos por 1000 adultos, o que dá cerca de 9 a 21 casos por ficheiro de 1900 utentes. Conforme disse, "esta patologia tem uma elevada mortalidade mundial e também em Portugal, sendo a primeira causa de morte entre as doenças infeciosas".

De acordo com o nosso interlocutor, devem ser referenciadas para os cuidados hospitalares as situações graves ou que não cursem de acordo com o esperado, sendo, portanto, necessário programar uma reavaliação em 48-72 horas.

Coordenação Científica do Curso

Jaime Correia de Sousa
Médico de família, USF Horizonte, ULS de Matosinhos. Professor associado convidado da Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho. Presidente do International Primary Care Respiratory Group (IPCRG). Editor do *Primary Care Respiratory Journal*.

Rui Costa
Médico de família, Sãvida. Coordenador do GRESP.

José Augusto Simões
Médico de família, USF Marquês de Marialva, ACeS Baixo Mondego. Professor auxiliar convidado da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Carlos Gonçalves
Médico de família, Millennium-BCP

JOSÉ AUGUSTO SIMÕES:
"Educação contínua é uma estratégia no controlo destas doenças"

No final do curso, José Augusto Simões fez um balanço muito positivo. "Tendo sido o primeiro curso e necessitando de pequenos acertos, atingiu plenamente os objetivos traçados", mencionou.

Na sua opinião, "a educação contínua dos profissionais, da população e da comunidade sobre doenças infeciosas respiratórias e as modalidades de prevenção, vacinação, tratamento que podem usar e utilização de recursos, assim como a vigilância epidemiológica, são componentes importantes da estratégia de controlo destas doenças no âmbito dos CSP".

De acordo com o médico, coordenar este curso foi uma mais-valia, porque lhe permitiu aprender muito. "A melhor aprendizagem acontece quando se ensina, tem sido esta a minha experiência nestes últimos anos, quer na formação médica pré e pós-graduada, que na formação para orientadores de MGF", referiu.

delas. Considero também importante o enfoque dado à capacitação para a prevenção, vacinação e utilização eficiente de recursos em saúde no tratamento e vigilância destas doenças, na medida em que constituem poderosas estratégias a usar no seu controlo. No fundo, uma formação muito abrangente e promissora, com qualidade científica assegurada pela coordenação do GRESP e APMGF.

Tatiana Gonçalves Pereira
Interna de MGF, UCSP Figueira Urbana

Renata da Costa Almeida
Interna de MGF, USF São Julião

O que nos atraiu a participar no curso de doenças infeciosas respiratórias foi a grande prevalência de patologias deste foro na nossa prática clínica, dado que são representativas de uma grande parte das situações de doenças aguda que observamos nos nossos utentes. Sendo as doenças respiratórias responsáveis por uma grande morbi-

mortalidade, associadas, também, a um consumo considerável de recursos de saúde, é fundamental uma abordagem sistemática das várias patologias desta área. Neste âmbito, e como internas de MGF, consideramos a realização deste curso bastante pertinente, atendendo à possibilidade da aquisição de conhecimentos e competências nesta área, otimizando a nossa abordagem diagnóstica e terapêutica da patologia respiratória aguda. Os médicos de família são dos principais prescritores de antibióticos; deste modo, outro aspeto que nos motivou à participação no curso foram as sessões que abordariam antibioterapia dirigida à patologia do foro respiratório, dado que a adequabilidade terapêutica é fundamental para a diminuição da resistência a antibióticos que, neste momento, representa um enorme problema de saúde pública.

Tuberculose, quando e como rastrear?

Raquel Duarte
Programa Nacional para a Infeção VIH/SIDA e Tuberculose. CR para a área da Tuberculose Multirresistente, UGI Tórax, CHVNG/E. FMUP

A estratégia de eliminação da tuberculose passa, em primeiro lugar, pela deteção precoce dos casos de tuberculose ativa e o seu tratamento eficaz. Em segundo lugar, pela deteção dos casos de infeção latente com risco de evolução para tuberculose ativa, com o objetivo de prevenir novos casos de tuberculose no futuro. Só as duas ações em simultâneo serão eficazes na eliminação da doença.

A primeira ação, deteção e tratamento precoce, assenta no fácil acesso aos cuidados de saúde por parte da população (incluindo população vulnerável), na suspeita de tuberculose por parte dos serviços de saúde, na existência de meios complementares que permitam um diagnóstico célere da doença, de fármacos de boa qualidade e sem interrupção e estruturas de saúde que permitam o controlo da medicação até ao seu término e com capacidade de garantir a adesão ao esquema terapêutico prescrito.

A segunda ação, a identificação de casos com infeção latente e risco de progressão para tuberculose ativa, assenta na identificação dos indivíduos de maior risco e no seu rastreio. A infeção latente é o estado em que o indivíduo não está doente (não tem sintomas, não tem alterações radiológicas), mas esteve exposto a doente com tuberculose e evidencia memória imunológica adaptativa ao *Mycobacterium tuberculosis*, através do teste tuberculínico e do teste interferon gama (IGRA). Os dois testes medem exatamente a mesma coisa, com a principal diferença de que o teste tuberculínico é *in vivo* e o teste IGRA é *in vitro*, e o teste IGRA (ao contrário do teste tuberculínico) não identifica antigénios presentes na vacina BCG.

> O rastreio da tuberculose deve ser efetuado em populações de maior risco de exposição.

No doente imunocompetente, em que se pretende sobretudo uma maior especificidade, o teste IGRA é habitualmente preferido. Poderá ser utilizado sozinho ou numa estratégia de dois passos, utilizando primeiro o teste tuberculínico e de seguida o teste IGRA, para confirmar os resultados positivos (sobretudo os que possam ser positivos pela vacinação com BCG). Em relação aos doentes imunocomprometidos, tanto o teste tuberculínico como o teste IGRA são afetados pelo estado de imunossupressão. Mantém-se hoje a incerteza de qual o melhor teste de rastreio de tuberculose por infeção latente na população imunocomprometida.

Embora o teste IGRA pareça ter uma maior sensibilidade em doentes com imunodeficiências associadas a células T, tais como indivíduos infetados com o vírus de imunodeficiência humana ou transplantados de órgãos sólidos, esta vantagem relativa do IGRA em relação ao teste tuberculínico não é evidente para indivíduos com doenças autoimunes. Pelo contrário, alguns estudos mostraram uma vantagem relativa do teste tuberculínico nesta população. Justifica-se assim a realização dos dois testes em simultâneo e que, perante um deles positivo, após exclusão de tuberculose ativa, se proponha tratamento preventivo.

O rastreio da tuberculose deve ser efetuado em populações de maior risco de exposição, como é o caso dos profissionais de saúde, reclusos, utilizadores de drogas ou nas populações em que existe o risco de doença ativa grave face a exposição e infeção, como é o caso dos doentes imunocomprometidos. Só o rastreio destas populações poderá permitir o seu diagnóstico célere, cortando a cadeia de transmissão na comunidade perante a identificação de casos de tuberculose ativa e evitar o desenvolvimento de tuberculose no futuro, perante a identificação e tratamento de infeção latente por *M. Tuberculosis*.

No entanto, é de realçar que uma importante proporção dos doentes com tuberculose não pertence a nenhum grupo de risco. É necessário manter o alerta e a suspeição diagnóstica face a uma doença que, apesar de ser conhecida há muitos anos e de ter tratamento curativo, continua a ser considerada um dos grandes problemas de saúde pública, sendo Portugal um dos países com a maior taxa de incidência da Europa Ocidental.

SUPLEMENTO **Infeções respiratórias**

Associação Portuguesa de Asmáticos (APA)

Carlos Nunes
Secretário-geral da APA.
Secretário-geral da European Federation of Asthma & Allergy Associations (EFA)

A Associação Portuguesa de Asmáticos tem os seguintes objetivos:

– Chamar a atenção de doentes, profissionais de saúde e público em geral para a asma como um problema global de Saúde Pública.

– Participar ativamente no desenvolvimento de programas que visem promover um melhor conhecimento da doença e dos procedimentos corretos para a controlar, com a finalidade de melhorar a qualidade de vida dos asmáticos e baixar os custos diretos e indiretos da doença.

– Melhorar os níveis de comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes asmáticos, ajudando-os a compreender as mensagens que lhes são transmitidas, a mudar o seu estilo de vida quando tal é necessário, estimulando-os a aceitar a sua própria responsabilidade e criando um movimento de solidariedade entre os asmáticos, que tantas vezes consideram a sua doença como uma barreira que os impede de terem uma vida igual à das outras pessoas.

– Intervir socialmente, de modo a permitir um acesso igual de todos os doentes à informação, tratamento e educação.

– Contribuir para o controlo de substâncias desencadeantes da asma existentes no ambiente de casa, do trabalho e do meio exterior e alertar as autoridades públicas para esta problemática.

A APA tem vindo a desenvolver ações de divulgação junto de médicos, outros profissionais de saúde, doentes e público em geral com a presença de elementos seus em reuniões médicas e de doentes, campanhas de rua com rastreios, ações em escolas, participação em programas de rádio e televisão e entrevistas para jornais e revistas. Elabora e distribui folhetos informativos sobre a doença asmática, os fatores que podem desencadear as crises, as medidas para as evitar, o uso correto da medicação e as finalidades desta Associação.

Possui um sítio (www.apa.org.pt) e é membro da European Federation of Asthmatics (EFA), conjunto de várias associações europeias de doentes asmáticos, com a qual tem uma troca frequente de informações.

Tem colaborado com a Direção-Geral da Saúde e está integrada na plataforma que agrega várias associações portuguesas de outras doenças crónicas e tem procurado obter benefícios sanitários e sociais, junto das entidades competentes. Todos os anos, no início de maio, quando se comemora o Dia Mundial da Asma, a APA tem estado presente em locais públicos, realiza eventos desportivos, alguns com a participação de atletas de renome, e é neste dia que a imprensa lhe dá mais visibilidade.

As grandes dificuldades para os asmáticos continuam a residir no preço dos medicamentos e na ausência de comparticipação em vários materiais e dispositivos importantes para controlar a doença, o que condiciona estarmos ainda muito longe de atingir os objetivos propostos pelas linhas de orientação internacionais.

A asma é uma doença com grande importância em termos pessoais e socioeconómicos, dada a sua elevada prevalência, caráter crónico, interferência com a qualidade de vida dos doentes e os custos financeiros que acarreta. Sendo atualmente uma doença controlável na maioria dos casos, quando corretamente tratada, é da maior importância alertar os doentes e os seus familiares para a necessidade de um diagnóstico precoce e da instituição de medidas profiláticas e de terapêuticas adequadas.

Há necessidade de haver planos de educação permanentes e a informação e o suporte prestados pelos profissionais de saúde são fundamentais, mas para se conseguir uma boa adesão da parte do doente é indispensável que a informação se acompanhe de níveis iguais de comunicação, papel que compete em grande parte às associações de doentes.

Antibioterapia

Cláudia A. Vicente
UCSP Mealhada. Membro da Comissão Executiva do GRESP

Na Escola de Outono da APMGF, em 2016, o GRESP levou a cabo um novo curso de doenças respiratórias, desta vez na área da patologia aguda respiratória. Neste âmbito, fazia todo o sentido abordar os princípios da antibioterapia e os principais grupos de antibióticos utilizados em ambulatório e disponíveis no nosso país.

Sabemos que um antibiótico é uma substância que tem a capacidade de interagir com micro-organismos unicelulares ou pluricelulares que causam infecções no organismo. Podem ser classificados consoante o seu mecanismo de ação em bactericida (que lisa a bactéria) e bacteriostático (que inibe a reprodução bacteriana). O espectro de ação pode ser estreito ou largo, consoante atuem sobre poucas ou muitas espécies. A escolha do antibiótico correto é difícil e exige um conhecimento profundo das características do fármaco, do seu padrão de susceptibilidade, do doente (estado geral, comorbilidades), do local onde o doente vai ser tratado e do seu custo.

É uma decisão complexa, com a qual os médicos se deparam diariamente.

As principais classes de antibióticos usados em ambulatório incluem: penicilinas e a sua associação com inibidores das lactamases, cefalosporinas, tetraciclinas e cloranfenicol, macrólidos, sulfonamidas e quinolonas.

O uso generalizado dos antibióticos vem já desde a década de 40 e tem sido fundamental e essencial no aumento da esperança média de vida. De todos os antibióticos prescritos, cerca de 41% é por patologia do foro respiratório. Para além disso, existe uma relação muito clara entre o seu consumo e níveis mais elevados de resistência microbiana.

Em Portugal Continental, segundo os relatórios da evolução de antibióticos, houve entre 2000 e 2007 um decréscimo de 9,36% de prescrição, que foi essencialmente à custa da diminuição da prescrição de sulfonamidas e quinolonas, uma vez que o consumo de macrólidos e penincilinas aumentou. Outro estudo publicado em 2016 demonstrou que em Portugal, entre 2002 e 2012, o consumo de antibióticos diminuiu, mas manteve-se superior à média europeia.

Na Europa, verifica-se maior consumo de antibióticos a sul. As diferenças nos perfis de consumo entre os vários países podem explicar-se porque: as infecções adquiridas na comunidade são distintas, por determinantes culturais e sociais, pela própria organização de estruturas prestadoras de cuidados de saúde e pelos recursos humanos e financeiros disponíveis

O perfil de resistência aos antibióticos também varia de país para país e resulta de uma pressão selectiva exercida pelos próprios antibióticos e pelo seu uso inadequado em humanos e animais, o que tem levado a um número crescente de bactérias multirresistentes.

O uso inadequado da antibioterapia deve ser uma das "nossas lutas diárias". É preciso evitar a administração ou continuação da sua administarção quando já não é necessária, adequar sempre a dose e o espectro do antibiótico escolhido ao tipo de infeção/ /bactéria envolvidos. Surge assim o "antimicrobial *stewardship*" que é um conceito que pretende "servir de apoio" à prescrição antibiótica, definindo-se como "a seleção, posologia e duração da terapêutica antimicrobiana que determina a melhor resposta clínica no tratamento ou prevenção da infeção com um mínimo de toxicidade para o doente e um impacto mínimo na emergência de resistências

A redução da prescrição antibiótica e, consequentemente, das suas resistências parte de uma abordagem multicêntrica entre o médico, o doente e a população em geral. A antibioterapia exige formação, escolha informada e educação para a saúde, cumprindo o seu grande objetivo que é reduzir a morbimortalidade.

Imagiologia das vias aéreas superiores

Guilherme Mendes
Médico de família, ACES Cascais

A imagiologia garante um apoio muito importante à tomada de decisão no dia-a-dia da MGF. No caso das doenças infeciosas das vias aéreas, é mais habitual considerar-se o seu recurso nas infeções broncopulmonares, sendo privilegiada sobretudo a clínica nas vias aéreas superiores. No entanto, existindo propostas de indicação para o seu uso criterioso, e havendo necessidade de compreender alguns achados menos frequentes (cuja presença nos relatórios dos radiologistas se justifica pelas suas eventuais correlações cirúrgicas), foi incluído um módulo sobre o tema na edição de Outono de 2016 da Escola de MGF.

Começou-se por justificar o enfoque na patologia infeciosa dos seios perinasais, tanto aguda como crónica agudizada, por ser de longe a que mais impõe pedidos de apoio imagiológico na nossa prática clínica diária. Modalidades recomendadas noutros tempos, como a transiluminação ou ecografia dos seios perinasais, ou até a própria radiografia simples, não possuem valor preditivo suficiente para serem úteis na maioria dos casos. Considerando também que a literatura menciona o impacto da radiação nos tecidos afetados, se tomadas as devidas precauções, como sendo cada vez menor, é a tomografia computorizada que está proposta como sendo o meio complementar principal na avaliação dos seios perinasais.

Após uma revisão anatomorradiológica com enfoque na função de drenagem dos seios, cujo comprometimento se tem sempre de equacionar nestas situações, foram enumeradas e brevemente descritas alterações anatómicas cuja pertinência pode não ser evidente à partida, mas é incontornável caso haja indicação para intervir cirurgicamente.

Foram também enumeradas e brevemente descritas alterações patológicas selecionadas; de prevalência variável, estas causam alterações características na tomografia. Outras, não obstante a sua frequência, não são habitualmente de valorizar. Foram abordadas seguidamente as alterações imagiológicas que a literatura descreve como sendo as mais características da sinusite aguda e da sinusite crónica, bem como as limitações do método na avaliação destas doenças, concluindo-se com a compilação das indicações para o pedido de tomografia computorizada perante patologia dos seios perinasais. Habitualmente, para cada alteração foi mostrada uma imagem tomográfica exemplificativa.

Termino salientando que a importância que a avaliação que os formandos deram para a organização das próximas edições do curso é também importante para este módulo. Espero que a inclusão do momento mais interativo, com casos clínicos, imediatamente a seguir à apresentação teórica (desta vez, ocorreu separadamente), bem como a adaptação do seu conteúdo segundo as necessidades expressas pelos formandos, torne, em cursos futuros, este momento formativo uma referência para todos.

Bronquiolites

Nuno Pina
Médico de família, USF Rio Dão, Santa Comba Dão

A bronquiolite pertence ao espetro das doenças do trato respiratório inferior e é uma causa comum de doença e internamento na infância, especialmente até aos dois anos de idade. É uma doença cujo diagnóstico é essencialmente clínico, que tem um pico de incidência entre os 3 e os 6 meses de idade, embora possa ocorrer em qualquer idade.

Trata-se de uma lesão inflamatória aguda dos bronquíolos, que é geralmente provocada por uma infeção vírica, geralmente pelo vírus sincicial respiratório. Pode ocorrer em pessoas de qualquer idade, no entanto, os sintomas mais graves ocorrem em idade pediátrica.

Classicamente, define-se como o primeiro evento de sibilância associada a uma infeção respiratória, geralmente vírica, tendo distribuição sazonal. Em Portugal, os meses de maior incidência são os de outono/inverno, ou seja, de novembro a abril, sendo possível uma reinfeção numa mesma época sazonal.

Na maioria dos casos, é uma doença autolimitada, podendo durar 3 a 7 dias.

A bronquiolite aguda inicia-se por um quadro de infeção das vias aéreas superiores (com rinorreia), seguida de atingimento das vias aéreas inferiores, caracterizando-se por sibilância, crepitações pulmonares e prolongamento do tempo expiratório.

Na fase inicial, em que predominam os sintomas respiratórios altos, a obstrução nasal pode dificultar a alimentação, sobretudo nos lactentes, pelo que estes deixam de mamar. A rinite e a congestão nasal aumentam, podendo surgir apneias como um sintoma inicial. Pode, posteriormente surgir tosse seca e, em casos mais graves, sinais de dificuldade respiratória, como taquipneia, adejo nasal e retração costal/ /tiragem. A fase de melhoria ocorre pelo 5.º ao 7.º dia, sendo que sintomas respiratórios como a tosse poderão persistir até às 3 semanas (em 25% dos casos).

O diagnóstico da bronquiolite faz-se com base na história e apresentação clínica e tendo em conta a idade do doente, a incidência sazonal e os achados no exame físico.

É importante considerar a presença de fatores de risco, como a idade inferior a 12 semanas, história de prematuridade, doença cardíaca congénita, doença pulmonar crónica, doença neurológica, imunodeficiência ou síndrome de Down. Estas crianças são mais suscetíveis de terem doença grave.

A gravidade da doença deve ser avaliada tendo em conta a frequência respiratória num minuto, o impacto na alimentação e hidratação, a presença de apneia, a determinação da saturação de oxigénio, a frequência cardíaca e o grau de dificuldade respiratória. A alteração de um ou mais destes parâmetros traduz a necessidade de uma possível referenciação hospitalar.

O tratamento é dirigido ao alívio sintomático, à manutenção da hidratação e à oxigenação. A desobstrução nasal, com a utilização de soro fisiológico nasal, a elevação da cabeceira e o fracionamento das refeições deve ser recomendada. É importante explicar a situação e tranquilizar os pais.

Apesar de numerosos medicamentos e intervenções utilizadas, apenas o oxigénio melhora apreciavelmente a bronquiolite na criança. A terapêutica broncodilatadora, embora não suportada pela evidência científica, é de utilização comum, sendo que, quando iniciada, pode ser continuada se houver melhoria clínica.

A prevenção da infeção é fundamental e deve ser promovida em todos os ambientes (em casa e sobretudo nas creches e infantários) e por todos os profissionais de saúde. Lavar as mãos frequentemente, não fumar nem deixar fumar no local onde se encontra a criança e o aleitamento materno são fatores de proteção. No sentido de fomentar estas práticas, deve ser dado um folheto informativo à família e cuidadores, promovendo boas práticas.

Amigdalite: o desafio diagnóstico

Ana Menezes
Médica de família, USF Senhora da Lapa (ACeS Barcelos/Esposende)

"If you are entirely confortable selecting which pharyngitis to treat 10 days with penicillin perhaps you don't understand the situation."
Stillerman and Bernstein, 1961

A etiologia da maioria das amigdalites agudas é vírica, sendo o *Streptococcus* ß *haemolyticus* do grupo A (SGA) responsável por 20-37% dos casos em idade pediátrica e 5-15% dos casos em idade adulta. Esta patologia leva frequentemente à prescrição antibiótica desnecessária. O correto diagnóstico etiológico e a instituição de terapêutica adequada reduz a prescrição de antibioterapia desnecessária, previne complicações supurativas, previne a febre reumática, promove a melhoria clínica do utente e a diminuição do contágio.

O correto diagnóstico etiológico requer dados epidemiológicos, clínicos e o diagnóstico microbiológico. Não existem sinais e sintomas patognomónicos de amigdalite estreptocócica, pelo que as escalas/scores clínicos não permitem um diagnóstico preciso, exceto na presença de clínica fortemente sugestiva de etiologia vírica ou de exantema típico de escarlatina.

O diagnóstico microbiológico, para identificação da amigdalite estreptocócica, é feito com o teste de diagnóstico antigénico rápido (TDAR) e/ou a cultura. Estes testes são aplicados a crianças com mais de 3 anos e adultos com sinais e sintomas sugestivos de amigdalite aguda que não apresentem características clínicas e epidemiológicas que sugiram uma etiologia vírica.

Os resultados do TDAR são disponibilizados em 10 minutos, enquanto o resultado da cultura demora 2 a 3 dias. Tanto a cultura como o TDAR não permitem identificar os portadores crónicos assintomáticos, daí ser muito importante a seleção dos utentes a testar, pela clínica e dados epidemiológicos sugestivos de amigdalite estreptocócica.

O uso de hemograma, PCR e VS ou títulos de anticorpos antiestreptocócicos) não estão recomendados por rotina, podendo ser úteis no diagnóstico diferencial da síndrome mononucleósica ou no diagnóstico de complicações não supurativas de amigdalite estreptocócica, respetivamente.

O tratamento da amigdalite vírica é dirigido a sintomas, com medidas de suporte: analgésico/antipirético, ingestão de alimentos com uma consistência mais mole e frios e a ingestão hídrica. Nos casos da amigdalite estreptocócica, o antibiótico de primeira linha é a amoxicilina, podendo ser utilizada a dose única de penicilina G benzatínica intramuscular nos casos de baixa adesão terapêutica ou intolerância a terapêutica oral. O uso de cefalosporinas e macrólidos está reservado aos casos de hipersensibilidade não tipo 1 e tipo 1, respetivamente.

O tratamento dos portadores crónicos de SGA não é recomendado por rotina.

Para a prevenção do contágio, devem ser adotadas medidas de etiqueta respiratória (tapar a boca ao tossir ou espirrar, lavar as mãos frequentemente e corretamente) e evitar o contacto próximo com indivíduos com amigdalite. Os lisados bacterianos parecem ter benefícios na prevenção de infeções respiratórias, reduzindo o uso de antibióticos, mas os estudos realizados são muito heterogéneos.

A cirurgia não está, atualmente, recomendada para a redução de novos episódios de amigdalite estreptocócica, sendo o tratamento cirúrgico ponderado individualmente.

Imagiologia das vias aéreas inferiores

Tiago Lopes
Médico de família, USF da Baixa (Martim Moniz). Membro da Comissão Executiva do GRESP

Para a Escola de Outono da APMGF (novembro de 2016), o GRESP criou um conjunto de formações inovadoras visando as doenças infeciosas respiratórias. Neste contexto, foi lançado o desafio de se abordar a imagiologia das vias respiratórias.

A imagiologia das vias respiratórias inferiores foi considerada um tema relevante para esta formação, dado tratar-se de um grupo de exames complementares de diagnóstico muito utilizados no contexto de doenças respiratórias agudas. Solicitados no contexto agudo, muitas vezes, esses exames não se fazem acompanhar de relatório descritivo, deixando ao cuidado do médico que o solicitou a sua leitura e interpretação. Cabe posteriormente ao médico a sua integração na clínica para providenciar ao doente os cuidados de saúde adequados à sua situação.

Neste sentido, esta formação tem como principal objetivo capacitar os formandos para a leitura e interpretação da radiografia simples do tórax.

A formação aborda conceitos gerais da radiologia e da radiografia do tórax, como a exposição à radiação ionizante e os métodos utilizados para a obtenção das imagens, importantes para a tomada de decisão no pedido e interpretação de exames radiológicos, respetivamente.

Também são discutidas as indicações clínicas para solicitar este tipo de exames, tendo em conta as hipóteses de diagnóstico colocadas pelo médico, os riscos associados ao exame e a mudança de atitude terapêutica que os resultados deste podem trazer.

Apresentamos uma metodologia sistemática para a adequada leitura da imagem obtida, passando pela análise crítica da qualidade da imagem, pela identificação das estruturas observadas, pela medição de parâmetros imagiológicos relevantes e pela interpretação de desvios do normal desses parâmetros.

Expomos de seguida os diferentes tipos de padrões de apresentação que podem ser observados na doença pulmonar aguda, dando particular importância aos sinais clássicos da doença infeciosa respiratória e considerações especiais a ter em conta nesse tipo de exames.

No final da formação é dedicado tempo à análise de casos clínicos, visando a aplicação dos conhecimentos adquiridos na leitura e interpretação de radiografias do tórax em situações de doença pulmonar aguda.

Para eventos futuros, sendo esta uma formação nova para o GRESP, a mesma será sujeita a uma revisão numa perspetiva de aperfeiçoamento contínuo, para a qual terá em conta as opiniões recolhidas pelos formandos que participaram no curso de doenças infeciosas respiratórias da Escola de Outono da APMGF.

justNews

SUPLEMENTO **Infeções respiratórias**

Otite e rinossinusite

José Augusto Simões
Médico de família. Prof. auxiliar convidado, Fac. Ciências da Saúde, Univ. da Beira Interior

Otite

Otite é definida como toda a inflamação no ouvido e pode dividir-se em otite externa, média e interna.

1. Otite externa

Envolve o ouvido externo e canal auditivo. O principal sintoma é uma dor forte quando pressionado ou repuxado e é mais comum em adolescentes e jovens adultos. A inflamação pode ter várias causas, como alergia, mas geralmente ocorre por infeções, quer sejam bacterianas ou fungos, sendo o seu tratamento sintomatológico e de acordo com a etiologia.

A infeção pode ocorrer quando o ouvido externo possui alguma lesão, mesmo pequena que seja. As pessoas que têm o costume de o limpar com cotonete ou qualquer outro objeto e também coçar o ouvido estão mais propensas a lesionar o ouvido ficando expostas a infeções.

2. Otite média

Envolve o ouvido médio. Normalmente, é uma inflamação que ocorre por trás do tímpano, onde se podem acumular fluidos, sendo, em alguns casos, necessário fazer uma incisão para a sua remoção.

> Otite é definida como toda a inflamação no ouvido e pode dividir-se em otite externa, média e interna.

A otite média pode ser aguda ou crónica, envolvendo inflamação da membrana timpânica e, geralmente, associada com aparecimento de fluido no espaço atrás do tímpano, o que pode ocorrer durante ou após uma gripe, resfriado, infeção na rinofaringe ou doença respiratória que prejudique o funcionamento da trompa de Eustáquio, facilitando o desenvolvimento de infeção por bactérias ou vírus. O tratamento é feito de acordo com a sintomatologia e etiologia suspeitada.

3. Otite interna ou labirintite

Envolve o ouvido interno. O ouvido interno é constituído por órgãos sensoriais que nos permitem o equilíbrio e a audição. A tontura é um dos sintomas mais comuns na inflamação do ouvido interno.

Comummente, resulta em tonturas e incapacidade de se manter a andar em linha reta. Além disso, pode causar zumbidos e, eventualmente, perda de audição temporária, até que a inflamação seja totalmente debelada, que pode ser causada por infeção bacteriana ou viral. Alguns medicamentos, por exemplo AINE, e outras doenças do ouvido interno, como a síndrome de Ménière, também podem causar labirintite. O tratamento é de acordo com a sintomatologia e a etiologia suspeitada.

Rinossinusite

Rinossinusite é definida como toda a inflamação da mucosa de revestimento da cavidade nasal e dos seios paranasais. Esta resposta inflamatória representa uma reação a um agente físico, químico ou biológico (bacteriano, fúngico ou viral), ou também pode ser decorrente de mecanismos alérgicos. O termo rinossinusite é atualmente consensual, já que rinite e sinusite são frequentemente doenças em continuidade.

A rinossinusite é caracterizada por dois ou mais sintomas, sendo que um deles deve ser obstrução nasal ou rinorreia, anterior ou posterior, acompanhados ou não de dor/pressão facial e/ou redução ou perda do olfato, além da presença de sinais endoscópicos de pólipos nasais, rinorreia mucopurulenta a nível do meato médio, edema da mucosa ou obstrução primária do meato médio.

A patogénese da rinossinusite é multifatorial e envolve uma complexa interação entre mecanismos de defesa do hospedeiro e agente agressor. Pode estar relacionada a fatores locais, como obstrução dos óstios sinusais, ou sistémicos, como alteração no transporte mucociliar e disfunção do sistema imune.

A etiologia da maior parte dos casos de rinossinusite aguda é viral, no entanto, no seu decurso, pode ocorrer uma sobreinfeção bacteriana. Quando os sintomas são de início súbito, duram até quatro semanas e desaparecem completamente após tratamento, classificamos com rinossinusite aguda. É subaguda quando é diagnosticada após 4 semanas de início dos sintomas, podendo persistir até doze semanas. Quando há persistência dos sintomas por mais de 12 semanas classificamos como rinossinusite crónica. Neste quadro, a polipose nasal é um subgrupo. A rinossinusite também pode ser causada pela presença de corpo estranho nasal, barotrauma sinusal, deficiência imunológica, discinesia ciliar, infeção dentária e iatrogenia, por exemplo, cirurgia nasal. O tratamento é de acordo com a sintomatologia e etiologia suspeitada.

> Rinossinusite é definida como toda a inflamação da mucosa de revestimento da cavidade nasal e dos seios paranasais.

O papel do enfermeiro na Reabilitação Respiratória em CSP

Maria do Carmo Oliveira Cordeiro
Enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação. Mestre em Saúde e Aparelho Respiratório, CHLC

A Reabilitação Respiratória é reconhecida como uma intervenção crucial na abordagem ao doente com doença respiratória crónica, como a DPOC ou a asma, e extensível a outras doenças respiratórias crónicas (ATS/ERS 2013). Os benefícios desta intervenção são amplamente conhecidos e suportados pela evidência científica, traduzidos no doente respiratório crónico na melhoria da dispneia, na tolerância ao exercício, na redução das exacerbações, número de internamentos e recursos aos serviços de saúde (ATS/ERS, 2013; GOLD, 2017).

Os CSP assumem uma relevância especial a este nível, constituindo o espaço privilegiado para desenvolver estratégias de promoção da saúde respiratória e gestão da doença respiratória crónica, pelos cuidados de proximidade ao doente e à família na comunidade onde estão inseridos e porque constituem, muitas vezes, o primeiro contacto do doente respiratório crónico com o Sistema de Saúde. Torna-se, por isso, essencial e premente o desenvolvimento de programas de Reabilitação Respiratória a nível dos CSP, para tornar a RR mais acessível e exequível aos doentes respiratórios crónicos, tendo como grande objetivo, fundamentalmente, protelar a progressão da doença para estádios mais graves.

Neste contexto, o médico de família é o profissional de referência na prescrição, referenciação e encaminhamento dos doentes respiratórios crónicos para programa de RR a nível dos CSP e onde o enfermeiro integrado na equipa de RR se destaca como "parceiro vital" do médico de família na implementação desta intervenção. A este nível, os enfermeiros têm evidenciado um forte envolvimento na prestação de cuidados de RR e no acompanhamento ao doente respiratório crónico, incluindo os que se encontram em fim de vida.

Assume uma intervenção de relevo nas diferentes componentes da RR, como seja, na educação para a autogestão da doença (conhecimento acerca da doença, fatores de risco, evicção tabágica, vacinação), no ensino/treino/*/follow-up* contínuo da técnica inalatória em sessões de grupo ou individual, nos cuidados respiratórios domiciliários (adesão à oxigenoterapia, ventilação não invasiva), na utilização e aplicação de instrumentos de avaliação (monitorização dos sintomas respiratórios e impacto na qualidade de vida), bem como no apoio e suporte emocional ao doente, às famílias ou prestadores informais de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2015; RNCCI,2009).

Mas também na implementação prática dos programas de Reabilitação Respiratória na comunidade e no domicílio ("*home-based*"), sendo estes desenvolvidos por enfermeiros especialistas em Enfermagem de Reabilitação, por ser, no âmbito das suas intervenções e conteúdo funcional, o enfermeiro qualificado com conhecimento e competência especializada para intervir nas componentes específicas da RR, como seja na reeducação funcional respiratória e treino de exercício, assegurando a sua aplicação com segurança para o doente, numa parceria contínua com o médico de família.

Intervindo na gestão dos sintomas respiratórios, munindo e capacitando o doente com técnicas de controlo respiratório (como fazer e utilizar no dia a dia para controlo da dispneia), técnicas de higiene brônquica (para mobilização de secreções e prevenção de infeções respiratórias), técnicas de conservação de energia na realização das atividades de vida diária e estratégias de controlo das exacerbações (como prevenir, reconhecer e agir perante uma exacerbação) e ainda desenvolvendo programas de treino de exercício em sessões de grupo ou individuais no domicílio (ex. fortalecimento muscular dos membros superiores e inferiores), promovendo ainda a autonomia e a vida ativa.

Por último, partilho da opinião que uma equipa de profissionais de saúde motivada, vocacionada para a RR, mas treinada com conhecimento e competência nas doenças respiratórias crónicas e no acompanhamento do doente respiratório crónico, é o argumento forte, para que, trabalhando em conjunto, médico de família e enfermeiros, consigamos aproveitar os conhecimentos e o entusiasmo necessários de todos para tornar a RR uma realidade para o nosso doente respiratório crónico nos CSP.

Bibliografia:

- *Am J Respir Crit Care Med Vol 188, Iss. 8, pp 1011-1027, Oct 15, 2013.*
- *Booker, Rachel - Improving outcomes in COPD. Practice Nursing: Promoting Excellence in Education and Clinical Practice. Published as a Supplement to Practice Nursing Vol. 21, March 2010. Editor Liam Benison.*
- *American Thoracic Society Documents (2013). Na Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advance in Pulmonary Rehabilitation. American Journal Respiratory Critical Care, Vol. 188 (8), e13-e64.*
- *Gerene S. Bauldoff - When breathing is a burden: How to help patients with COPD, American Nurse Today, November/December 2009, Vol. 4, Nº 9.*
- *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Report 2017, disponível em http://goldcopd.org.*
- *MJ Fletcher and BH Dahl - Expanding nursing practice in COPD: key to providing high-quality, effective, and safe patient care? Prim Care Respir J 2013; 22(x): xx-xx.*
- *Nursing Times - The role of the nurse in pulmonar rehabilitation, December 2014 / Vol 110 N.º 50.*
- *Ordem dos Enfermeiros (2015). Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. Colégio de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, Ata de 24 de janeiro. Porto*

A gestão integrada do doente respiratório na equipa de CSP

Liliana Silva
Enfermeira. Unidade de Cuidados na Comunidade de Matosinhos, Porto

As doenças respiratórias são a terceira causa de morte em Portugal e responsáveis pela elevadíssima afluência aos cuidados de saúde ao longo do ano e, sobretudo, no período do inverno.

A capacidade das equipas de cuidados de saúde primários darem resposta às necessidades do doente com infeção respiratória em tempo útil vai influenciar o prognóstico da própria doença no indivíduo, mas também pode melhorar a acessibilidade e eficiência dos serviços de urgência para quem realmente necessitar deles.

O papel do enfermeiro assume especial importância na capacitação do utente na gestão da sua doença, padeça este de doença crónica ou num episódio agudo, sem relação com outras comorbilidades.

A promoção da literacia em saúde com a informação sobre prevenção de infeção, transmissão, vacinação, complicações associadas a doenças crónicas deve ser um tema abordado nas consultas de enfermagem, sobretudo nas épocas que anteveem o período de maior incidência de infeções respiratórias. É importante que ao longo de todo o ciclo vital os utentes recebam esta informação através de variadas formas, de modo a aumentar a probabilidade da informação chegar ao utente.

Uma vez presente a infeção respiratória, a importância da acessibilidade torna-se gritante e nesta fase existem outras prioridades que devem ser avaliadas, nomeadamente, a atitude face ao regime terapêutico. É determinante que o utente tenha capacidade para gerir o regime medicamentoso, nomeadamente dominando a correta técnica e administração de medicação (ex. terapia inalatória) e gestão de horários de administração (ex. medicação em SOS). Outros domínios do regime terapêutico devem ser explorados, nomeadamente, a adequação da hidratação, alimentação e conservação de energia.

A ventilação deve ser trabalhada através da dissociação dos tempos respiratórios e técnica de respiração diafragmática, como forma de gerir a dispneia que poderá advir deste tipo de infeções. O compromisso da limpeza da via aérea é um importante fator de risco, sendo importante a capacitação de técnicas eficazes, como a tosse

Em suma, os cuidados de enfermagem ao doente do foro respiratório variam desde a prevenção ao tratamento e à reabilitação.

O enfermeiro especialista em Reabilitação assume um papel fundamental neste tipo de cuidados e hoje existem Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) e Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) em que enfermeiros especialistas em Reabilitação poderão dar o seu contributo pela sua formação especializada. A cinesiterapia respiratória pode ser uma resposta adequada a utentes com limpeza da via aérea ineficaz, podendo o utente ser referenciado para esse efeito para ECCI. No caso de utentes com patologia respiratória crónica associada, nomeadamente DPOC, existe evidência sobre a importância do início de programas de reabilitação respiratória nos 30 dias após agudização, podendo estes estar acessíveis na carteira de serviços de algumas UCC.

justNews

SUPLEMENTO **Infeções respiratórias**

Pneumonia adquirida na comunidade

Carlos Gonçalves
Médico de família, Millennium-BCP. Membro da Comissão Executiva do GRESP

Dados da OMS apontam para uma prevalência média, de pneumonia, nos países da União Europeia de 12,9 casos por 100.000 habitantes/ano, sendo Portugal o segundo País com taxa mais elevada: 24,2% (taxa padronizada para a idade). Em Portugal, as pneumonias constituem a principal causa de internamento e de morte por doença respiratória.

Em Portugal, no ano de 2014, e segundo os dados do ONDR de 2016, foram internadas 116 pessoas/dia por pneumonia, das quais 19 morreram, o que representa um óbito a cada 81 minutos.

O número de internamentos por pneumonia como diagnóstico principal tem aumentado, nos últimos anos, e correspondeu a 14,1%. Em 2014, foram internados 42.458 doentes com pneumonia, tendo morrido 7162 (taxa de mortalidade de 16,9%).

Nos doentes internados e submetidos a ventilação mecânica, a mortalidade é de cerca de 40%, com valores superiores a 50% nos doentes com mais de 79 anos, quer nas situações de pneumonia como diagnóstico principal, quer como comorbilidade ou complicação.

A maioria dos óbitos por doença respiratória ocorre nos meses de inverno, período de dezembro a março (41,4%), o que reforça a ideia de sobreposição com os picos sazonais de gripe. Em 2005 e em 2009, anos de maior incidência de gripe (pandemia de gripe A), houve também um aumento da incidência de pneumonias, particularmente nos grupos etários abaixo dos 50 anos.

As pneumonias são muito mais frequentes nos grupos etários mais elevados, acima dos 65 anos, e nas crianças. Todavia, começa a ser significativo o número de casos internados a partir dos 55 anos (89,6%), altura em que o risco de morte aumenta 4,4 vezes. Pela sua elevada mortalidade, é considerada a "amiga" dos homens mais velhos, ocorrendo em mais de 70% dos casos acima dos 70 anos.

Atualmente, definimos a PAC como um processo inflamatório agudo do parênquima pulmonar, englobando as vias aéreas distais, os alvéolos, causado por uma invasão de micro-organismos, adquirida em ambulatório ou em até 48 horas da admissão hospitalar. Desta forma, distingue-se a PAC das infeções adquiridas no hospital ou associadas aos cuidados de saúde.

Diagnóstico

A PAC é, tipicamente, um quadro de apresentação aguda.

O diagnóstico, apesar dos sintomas serem inespecíficos, faz-se na presença de um conjunto de sinais e sintomas relacionados com infeção das vias respiratórias baixas, com atingimento do estado geral e com menos de 48 horas de evolução, em que se inclui a tosse e pelo menos mais um dos seguintes: toracalgia, dispneia ou taquipneia, associada a pelo menos uma das seguintes manifestações sistémicas: febre superior a 38º C (está presente na maioria dos casos, contudo, nos idosos e nos imunodeprimidos, pode estar ausente e pode ocorrer somente um estado confusional ou um agravamento de doenças subjacentes), sudorese, arrepios e/ou mialgias. Dois terços dos casos de pneumonia cursam com taquipneia (a sua presença é um índice de gravidade do quadro, seja pela extensão da pneumonia ou pela presença de outras patologias subjacentes) e taquicardia.

No exame objetivo do tórax identificam-se alterações focais, de novo, sendo o achado clássico uma síndrome de condensação numa área localizada e que se traduz por:

– Frémito toracovocal aumentado à palpação;

– Macicez ou submacicez à percussão;

– Murmúrio reduzido com crepitações (roncos) e eventual sopro tubar à auscultação.

A presença de um infiltrado no RX tórax, recente, num doente com clínica sugestiva de PAC é o *goldstandard* para o diagnóstico de pneumonia.

A radiografia do tórax – póstero anterior e perfil -- deverá ser efetuada para confirmar o diagnóstico, localização e extensão e diferenciá-lo de outros quadros infeciosos das vias respiratórias. Serve ainda para avaliar a gravidade da doença ao definir a extensão do processo inflamatório/infecioso, pode detetar ainda outra doença pulmonar coexistente, fazer suspeitar do agente etiológico e verificar a existência de complicações – derrame pleural ou cavitação.

> As pneumonias são muito mais frequentes nos grupos etários mais elevados, acima dos 65 anos, e nas crianças.

É importante salientar que a resolução radiológica faz-se posteriormente à cura clínica, podendo demorar até 8 semanas a desaparecerem as alterações imagiológicas, pelo que, exceto se houver agravamento clínico nas 48-72 horas após o início de antibioterapia empírica, só deverá repetir-se o RX de controlo entre as 6-8 semanas.

Tratar em ambulatório ou internar?

Hospitalizar o doente é talvez a decisão mais importante que o médico tem de tomar na abordagem do tratamento da PAC.

Uma avaliação inicial do risco e gravidade da PAC associados à predição de risco de morte são importantes para decidir o local mais apropriado para se proceder ao seu tratamento, bem como da necessidade do mesmo ser feito em ambulatório ou em internamento hospitalar ou até numa unidade de cuidados intensivos, pelo que surgiram modelos de estratificação de risco e escalas preditivas de gravidade e mortalidade.

Apesar da sua validação, são mais um instrumento de trabalho, pelo que importa uma avaliação clínica cuidadosa sem se descurar uma avaliação dos fatores socioeconómicos e da capacidade do doente efetuar o tratamento em ambulatório.

Os modelos existentes são o PSI (Pneumonia Severity Index), o CURB-65 e o CRB-65, uma variante da anterior e que pode ser facilmente usada em CSP.

A pneumonia pode ser causada por vários micro-organismos (bactérias, vírus, fungos), mas o agente etiológico na PAC é difícil de identificar. Mesmo quando são utilizadas todas as técnicas de diagnóstico disponíveis, só se consegue fazê-lo em cerca de 50% dos casos.

O principal agente causal da pneumonia é o *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo), variando entre 30 a 75%. O *Haemophilus influenzae* é, muitas vezes, o segundo micro-organismo prevalente, verificando-se um aumento da frequência na presença de DPOC.

Admite-se ainda que os organismos denominados atípicos -- *Mycoplasma pneumoniae*, *Legionella pneumophila* e *Chlamydia pneumoniae* -- possam ser responsáveis por 15 a 35% das pneumonias.

Tratamento

Após o diagnóstico de pneumonia, importa começar a tratar o mais cedo possível, com antipiréticos e antibioterapia.

Nos doentes que podem ser tratados em ambulatório, por PAC, a escolha do antibiótico deve obedecer aos seguintes critérios:

1 – Previamente saudáveis e sem antibioterapia nos três meses anteriores:

Utilizar como 1.ª linha: amoxicilina 500 de 8/8 horas ou, em alternativa, se houver intolerância à amoxicilina e/ou suspeita de *Mycoplasma pneumoniae*: azitromicina 500/dia ou claritromicina 500 mg de 12/12 horas ou doxiciclina 200 mg (dose inicial) seguida de 100 mg de 12/12 horas.

2 – Se comorbilidades (DPOC, diabetes *mellitus*, doença cardíaca, hepática ou renal, neoplasia, alcoolismo ou esplenectomia) ou antibioterapia nos três meses anteriores:

Amoxicilina 1 gr de 8/8 horas associada a um dos três seguintes: azitromicina 500 mg/dia ou claritromicina 500 de 12/12 horas ou doxiciclina 200 mg dose inicial, seguida de 100 mg de 12/12 horas.

As exceções: fluorquinolonas (levofloxacina 500 mg cada 24 horas ou moxifloxacina 400 mg cada 24 horas) se existir intolerância aos agentes de primeira linha. As cefalosporinas (cefuroxime 250 a 500 mg de 12/12horas) são B-lactâmicos alternativos à amoxicilina.

A duração do tratamento deve ser de 7 dias, exceto quando se utilizar azitromicina (três dias), claritromicina 500 ou fluorquinolonas (cinco ou seis dias).

Notas práticas -- A antibioterapia deve cobrir sempre o *Streptococcus pneumoniae.* Dada a elevada frequência de agentes atípicos identificados, é legítimo cobrir sempre, igualmente, estes microrganismos.

Se a evolução for:

- Adequada: teremos uma estabilidade clínica em 2-3 dias.
- Inadequada: haverá um agravamento clínico às 48- 72 h.

As causas da não resposta ao tratamento (10 a 15%) resultam de tratamento inapropriado ou ineficaz, de alteração dos mecanismos de defesa (imunodeficiências), da presença de complicações (shock séptico, doença metastática, resistências ao tratamento, entre outras), do diagnóstico incorrecto, pneumonia recorrente, pneumonia necrotizante e/ou eventual abcesso pulmonar.

Devemos, após o diagnóstico e a instituição do tratamento, explicar o tempo presumível de recuperação (ajuda a diminuir a ansiedade), explicar que após o início do tratamento os sintomas devem melhorar gradualmente.

Na maioria dos doentes ocorre:

1 semana: deverá desaparecer a febre;

4 semanas: deve desaparecer a dor no peito e a produção de expetoração;

6 semanas: a tosse e prostração quase desaparecem;

3 meses: a maioria dos sintomas desaparece, mas a fadiga pode ainda estar presente;

6 meses: a maioria não apresenta sintomas.

Medidas preventivas

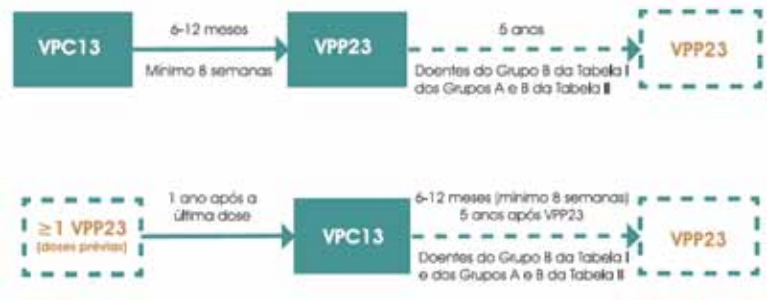
A vacinação, a cessação tabágica, a alimentação saudável, a atividade física e uma boa higiene das mãos e oral são medidas fundamentais para reduzir a incidência das pneumonias (e de outras doenças crónicas que muitas vezes resultam em pneumonia).

A vacinação antigripal sazonal e a vacinação antipneumocócica são fundamentais para a redução da incidência e da mortalidade por pneumonia.

> A vacinação, a cessação tabágica, a alimentação saudável, a atividade física e uma boa higiene das mãos e oral são medidas fundamentais para reduzir a incidência das pneumonias.

A infeção por *Streptococcus pneumoniae* (*S. pneumoniae*) é uma causa importante de morbilidade e mortalidade, sendo responsável, segundo a OMS, por aproximadamente 1,6 milhões de mortes por ano em todo o mundo, constituindo, globalmente, a principal causa de morte prevenível através da vacinação.

As vacinas pneumocócicas recomendadas para a prevenção da doença pneumocócica na população adulta são a vacina pneumocócica polissacárida 23-valente (VPP23) e a vacina pneumocócica conjugada 13-valente (VPC13).



Fonte: http://www.apmgf.pt/fich//0edcd0119f2343e75ec357731c3bde7d.pdf

PUBLICIDADE

PUBLICIDADE