

ESPECIAL

Apoio



Grupo de Estudos
de Doenças
Respiratórias da
APMGF

Asma-DPOC

PUB

PUBLICIDADE



RUI P. COSTA

Sobreposição asma/DPOC

A sobreposição de asma e DPOC (ACO) é um novo fenótipo de doença obstrutiva crónica das vias aéreas e um diagnóstico recentemente reconhecido pelos projetos GINA e GOLD, para os doentes que apresentam um quadro obstrutivo crónico das vias aéreas com uma sobreposição de características de asma e de DPOC.



RUI P. COSTA

Importância do controlo da asma nos cuidados de saúde primários

A asma é um motivo de consulta recorrente nos cuidados de saúde primários porque é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, com elevada prevalência, que, na maioria dos casos não se pode prevenir, mas que se pode controlar.



CARLOS GONÇALVES

Tabaco

Falar de tabaco implica falar de *Nicotiana tabacum* (planta pertencente à família das Solanáceas), a planta psicoativa mais consumida no mundo, por conter nicotina, e que causa uma dependência crónica e recorrente (ICD-10 e DSM-V), com componente física e psicológica. O uso do tabaco encontra-se descrito desde a civilização Maia, em rituais de iniciação ou cerimoniais, e posteriormente pelos Aztecas e Incas, com fins religiosos e medicinais.



CLÁUDIA VICENTE

DPOC: crónica, progressiva e (ainda) subdiagnosticada

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é crónica, progressiva e (ainda) subdiagnosticada. Caracteriza-se pela existência de exacerbações, em que há uma alteração do equilíbrio do doente, com agravamento dos sintomas de base. O seu tratamento é um grande desafio do clínico porque obriga a atualização constante da classificação do doente, segundo as GOLD, e, conseqüentemente, essas exacerbações são um componente determinante na estratégia de tratamento.

Sobreposição asma/DPOC



Rui P. Costa

Especialista em Medicina Geral e Familiar. Coordenador do GRESP – Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias da APMGF

A sobreposição de asma e DPOC (ACO) é um novo fenótipo de doença obstrutiva crónica das vias aéreas e um diagnóstico recentemente reconhecido pelos projetos GINA e GOLD, para os doentes que apresentam um quadro obstrutivo crónico das vias aéreas com uma sobreposição de características de asma e de DPOC. Embora seja difícil de estabelecer a sua prevalência porque ainda não existe uma definição universalmente aceite de ACO, estima-se que a ACO seja responsável por aproximadamente 15 a 55% dos pacientes com doença pulmonar crónica e ocorra em cerca de 25% dos doentes com DPOC, por apresentarem também algumas características de asma e dos doentes com asma e história de exposição ao tabaco.

Segundo o documento de consenso GINA/GOLD estabelecido em 2014, a ACOS é caracterizada por uma limitação persistente do débito aéreo ($FEV_1/FVC < 70\%$ pós-broncodilatador) não completamente reversível, mas com a presença de resposta broncodilatadora ($FEV_1 \geq 12\%$ e ≥ 200 mL), geralmente um $FEV_1 \geq 400$ mL e sintomas ou sinais de aumento da variabilidade ou reversibilidade da obstrução das vias aéreas em indivíduos que partilham características associadas à asma e à DPOC.

Os pacientes com ACO têm fatores de risco combinados, tais como tabagismo com uma carga tabágica > 10 UMA, presença de atopia (rinite alérgica, aumento da IgE total, provas cutâneas a pneumoalergénios positivas, história familiar de asma ou alergias), hiperreatividade brônquica, com grande positividade na prova de broncodilatação, marcada eosinofilia periférica, geralmente superior a 300 células ou nas secreções respiratórias, e geralmente são mais jovens do que os pacientes com DPOC, mas mais velhos do que os doentes com asma, embora tenham geralmente mais de 40 anos.

Sabemos que a asma é um fator de risco independente para DPOC, nomeadamente, na asma persistente e grave durante a infância, na asma de difícil controlo ou grave e no asmático fumador.

A ACO representa uma importante

população, com resultados clínicos piores do que a população com asma ou DPOC isoladamente. Estes pacientes apresentam agudizações mais frequentes e graves, com ≥ 2 agudizações/ano, menor atividade física, uma pior qualidade de vida, têm mais sintomas respiratórios e de intensidade mais grave (maior dispneia e sibilância), um mais rápido declínio da função pulmonar, uma maior variação pós-broncodilatadora da insuflação pulmonar, alteração da capacidade de difusão e enfisema lobar superior, apresentam altas taxas de morbilidade (diabetes, refluxo gastroesofágico, rinite alérgica, ansiedade, osteoporose, infeções, etc.), uma maior mortalidade e uma maior utilização dos cuidados de saúde (primários e secundários), com maior número de internamentos, implicando custos superiores.

De uma forma geral, poderemos considerar dois fenótipos de ACO. O fenótipo asma/ACOS, cujas características principais são ser não fumador, ex-fumador ou fumador com uma história de asma, com obstrução das vias aéreas não completamente reversível e o fenótipo DPOC/ACO, cujas características principais são ser fumador ou ex-fumador com DPOC, de acordo com o critério GOLD, que apresentam inflamação eosinofílica, com aumento da reversibilidade broncodilatadora ou hiperreatividade brônquica e melhor resposta aos ICS.

Atualmente, não há diretrizes baseadas em evidências para o diagnóstico e tratamento da ACO que sejam baseadas em ensaios clínicos reais de indivíduos com ACO, mas devido à presença do componente de asma estes indivíduos beneficiam de uma terapêutica com corticoides inalados (ICS) porque apresentam melhor resposta aos ICS. Devido à falta de consenso universal, existem alguns consensos internacionais, dos quais destacamos o contributo para o consenso

Sabemos que a asma é um fator de risco independente para DPOC, nomeadamente, na asma persistente e grave durante a infância, na asma de difícil controlo ou grave e no asmático fumador.

português (Quadro 1), o consenso espanhol (Quadro 2) e um consenso de peritos internacionais (Quadro 3).

A abordagem proposta pela GINA/GOLD é simples e prática. Apresenta um algoritmo de 5 passos para o diagnóstico e tratamento inicial. O primeiro passo consiste em diagnosticar doença crónica das vias respiratórias e identificar pacientes em risco, excluindo outras causas potenciais de sintomas respiratórios. Correlacionando a história (atopia ou hábitos tabágicos), o exame físico (sinusite, pieira ou roncos), a exames complementares de diagnóstico e questionários adequados, como são os do IPAG.

No passo 2 o algoritmo recomenda a montagem das características clínicas que favorecem um diagnóstico de asma ou DPOC, entre 11 características descritas, seguido por comparação do número de características favoráveis de asma ou DPOC. A presença ≥ 3 características de asma ou DPOC é a favor desse diagnóstico, enquanto a presença similar de características de ambas as doenças é a favor do diagnóstico de ACO.

O 3.º passo é a realização da espirometria, a qual é essencial para a avaliação de pacientes com suspeita de doença pulmonar crónica. A espirometria permite-nos confirmar a limitação crónica do débito aéreo, através da presença do valor de FEV_1/FVC pós-broncodilatador $< 70\%$ e avaliar a reversibilidade broncodilatadora, mas é de valor mais limitado na distinção entre asma com obstrução fixa do fluxo aéreo, DPOC e ACO, sendo em alguns casos necessário complementar com a realização de pletismografia, prova de metacolina e avaliação da capacidade de difusão do monóxido de carbono. Geralmente os doentes com ACO apresentam um valor de FEV_1/FVC pós-broncodilatador $< 80\%$ do previsto, mas com hiperreatividade das vias aéreas ou reversibilidade ao broncodilatador com um valor de FEV_1 pós-broncodilatador $\geq 12\%$ e ≥ 200 mL, ou até mesmo FEV_1 pós-broncodilatador $\geq 15\%$ e ≥ 400 mL.

O 4.º passo guia a recomendação terapêutica. Na instituição do tratamento do doente com uma doença obstrutiva crónica das vias aéreas é importante considerar tanto a eficácia como a segurança dos fármacos. Assim, caso todas as características sejam de asma, não se deve prescrever LABA sem ICS, devendo o tratamento ser realizado de acordo com as recomendações GINA ou a NOC sobre asma. Se todas as características são de DPOC, deve-se prescrever tratamento aos doentes sintomáticos com broncodilatadores de longa duração ou terapia combinada, mas nunca ICS em monoterapia, devendo o tratamento ser realizado de acordo com as recomendações GOLD ou a NOC sobre DPOC.

No caso do ACO, deve ser prescrito ICS em dose baixa a moderada, depen-

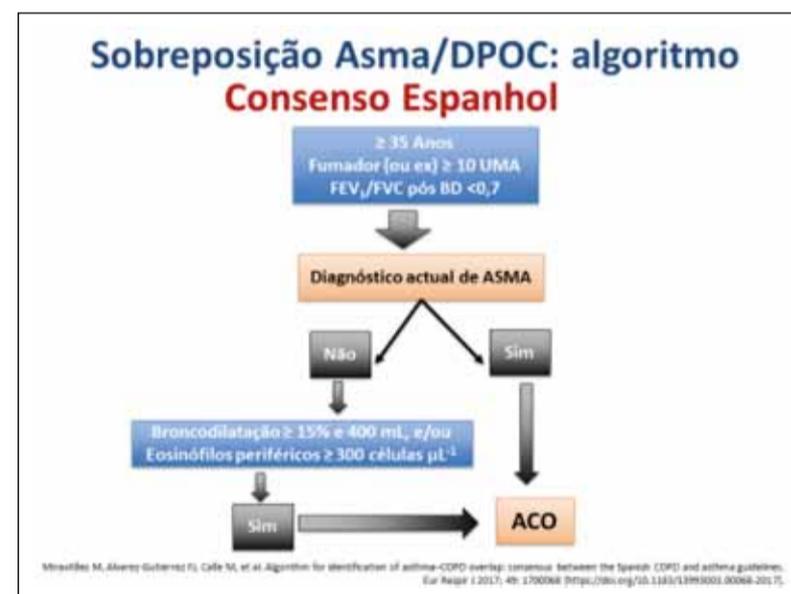
dendo do nível de sintomas, em associação a LABA, como primeira linha de tratamento, e associar um LAMA, ou seja, a terapêutica tripla (LABA/ICS/LAMA), sempre que o doente não esteja controlado. Para todos os doentes com uma doença obstrutiva das vias aéreas, devemos corrigir os fatores de risco modificáveis e tratar

outros problemas de saúde, incluindo a cessação tabágica, a promoção de exercício físico, a reabilitação respiratória e o tratamento das comorbilidades.

Por último, há, por vezes, a necessidade de referência para a realização de exames específicos que podem auxiliar no diagnóstico.



Quadro 1



Quadro 2



Quadro 3



PUBLICIDADE

Importância do controlo da asma nos cuidados de saúde primários



Rui P. Costa
Especialista em MGF.
Coordenador do GRESP

A asma é um motivo de consulta recorrente nos cuidados de saúde primários porque é uma doença inflamatória crónica das vias aéreas, com elevada prevalência, que, na maioria dos casos, não se pode prevenir, mas que se pode controlar. A pessoa com asma deve realizar, ao longo dos anos, um seguimento regular e contínuo, apesar de constatar que a procura de cuidados de saúde pelos asmáticos está muitas vezes relacionada com a sazonalidade infecciosa e/ou alérgica.

Os principais desafios que os doentes asmáticos, principalmente os não controlados, colocam na prática clínica ao médico de família é a obtenção do seu total controlo sintomático, a redução do risco de agudizações, de obstrução brônquica progressiva e dos efeitos adversos da medicação, o diagnóstico e controlo das comorbilidades, a adesão à terapêutica, a correta utilização dos dispositivos inalatórios, a melhoria da qualidade de vida e a possibilidade de o asmático viver sem limitações nas suas diversas atividades da vida diária. Neste sentido, o médico de família desempenha um papel essencial na garantia de que todos os asmáticos recebam um programa de abordagem adequado e personalizado.

Um doente asmático não controlado deve ser acompanhado pela Medicina Geral e Familiar e deve ser sempre reavaliado por este especialista, no sentido de encontrar e corrigir a causa ou causas do não controlo, e apenas deverá ser referenciado para a especialidade de Pneumologia ou de Imunoalergologia quando constatar que a asma é de difícil controlo ou é uma asma grave. Os asmáticos com asma grave é que devem ser sempre referenciados e seguidos pela Imunoalergologia ou pela Pneumologia.

De uma forma geral, devem ser referenciados a consulta especializada diferenciada, sempre que haja dificuldade na confirmação do diagnóstico, a asma ocupacional ou asma agravada pela profissão ou ocupação profissional, a grávida asmática – sempre que não se consiga obter o controlo em 3 a 6 meses com medi-

cação do grau 3 (asma persistente moderada) ou 4 (asma persistente grave) –, a asma grave, a asma com suspeita de doença alérgica e a asma com agudizações frequentes, quando haja necessidade de realizar testes adicionais ou haja potencial benefício com a prescrição de imunoterapia específica ou agentes biológicos.

As principais causas subjacentes ao não-controlo da asma são a não adesão à terapêutica regular e contínua, a incorreta utilização dos dispositivos inalatórios, a falta de um plano de ação escrito e individualizado, a exposição ao fumo de tabaco e a presença de comorbilidades não controladas, tais como a rinite, a rinosinusite crónica com e sem pólipos, o eczema atópico, a alergia alimentar, a presença de outras doenças alérgicas ou anafilaxia, a doença do refluxo gastroesofágico, a obesidade, a síndrome de apnéia obstrutiva do sono, a presença de ansiedade ou depressão, a insuficiência cardíaca, o tromboembolismo pulmonar e a exposição a irritantes inalatórios ou alérgicos.

No tratamento farmacológico da asma o ajuste regular do tratamento por degraus é fundamental para obter o controlo e reduzir o risco futuro da asma, nomeadamente de agudizações. Na atualidade, existem classes farmacológicas e associações de fármacos eficazes, aliadas a recentes dispositivos inalatórios de mais fácil manuseamento e com menor probabilidade de erros na sua utilização, que podem contribuir para a simplificação terapêutica, um melhor e mais rápido controlo da asma e uma diminuição significativa das agudizações. A recomendação acima dos 12 anos do anticolinérgico tiotropio no inalador respimat®, em terapêutica de adição ao LABA/ICS, e a existência de terapêuticas biológicas veio personalizar mais o tratamento do asmático e ajudar a resolver e a controlar casos de asma grave.

O especialista de MGF deve ter um papel fundamental na educação para a saúde, devendo alertar e fornecer à população e aos asmáticos em particular informação essencial sobre a doença e contribuir para aumentar as expectativas em relação ao seu nível de controlo. Também deve promover a adesão ao tratamento e reforçar o papel importante da capacitação da pessoa com asma e sua família na gestão ativa e adequada e no controlo da asma, para a manutenção de níveis normais de atividade e na obtenção de melhores resultados de saúde.

Neste sentido, é vital alertar e sensibilizar os asmáticos para o facto de que têm uma solução para a sua doença respiratória crónica, que não necessitam de viver em esforço e com falta de ar, que podem controlar e vencer a sua asma e que podem e devem conquistar a sua saúde e o seu bem-estar e viver sem limitações.

Tabaco



Carlos Gonçalves
Médico de família, Millennium-BCP

Falar de tabaco implica falar de *Nicotiana tabacum* (pertencente à família das Solanáceas), a planta psicoativa mais consumida no mundo, por conter nicotina, e que causa uma dependência crónica e recorrente (ICD-10 e DSM-V), com componente física e psicológica.

O uso do tabaco encontra-se descrito desde a civilização Maia, em rituais de iniciação ou cerimoniais, e posteriormente pelos Aztecas e Incas, com fins religiosos e medicinais. Foi trazido para a Europa por Cristóvão Colombo, por “acalmar a fome e servir de consolo”, tendo-lhe posteriormente sido atribuídos fins terapêuticos – Jean Nicot, médico de Catarina de Médicis, utilizava-o no tratamento das enxaquecas. O seu consumo começou a generalizar-se, chegando mesmo a fazer parte das razões de combate na Guerra da Independência e na Primeira e Segunda Guerra Mundiais.

A primeira grande contestação ao tabaco deve-se a James I quando, em 1604, afirmou que “o tabaco é um hábito repugnante para os olhos, detestável para o nariz, nocivo para o cérebro, perigoso para os pulmões e o seu fumo negro e fedorento assemelha-se ao fumo tenebroso de uma mina sem fundo”. Mas só em meados do século XX é que o seu efeito prejudicial para a saúde começa a ser questionado, através de um estudo publicado no *British Medical Journal*, em 1950, em que se questiona a relação do tabaco com o cancro do pulmão, mas só em 1962 é que foi publicado o primeiro relatório Smoking and Health, do Royal College of Physicians, iniciando-se uma

intervenção em termos de saúde pública para controlar esta pandemia.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a pandemia do tabagismo foi responsável pela morte de 100 milhões de pessoas no século XX, estimando-se que o tabaco seja responsável pela morte anual de 6 milhões de pessoas a nível mundial, das quais cerca de 600.000 devido à exposição ao fumo ambiental do tabaco, e de 700.000 pessoas na União Europeia, das quais cerca de 19.000 devido à exposição ao fumo ambiental do tabaco (WHO, 2008; *European Commission*, 2015).

De acordo com as estimativas do *Global Burden of Disease*, em 2015, o consumo de tabaco foi, em Portugal, responsável pela morte de 11.098 pessoas – correspondendo, no total dos óbitos, a 16,8% no sexo masculino e a 4,0% no feminino.

O consumo de tabaco – ativo e passivo – é uma importante causa de morbidade e mortalidade, sendo uma das principais causas evitáveis de doença, incapacidade e morte prematura nos países desenvolvidos, contribuindo para seis das oito primeiras causas de morte a nível mundial (WHO, 2008, em particular do cancro, das doenças respiratórias, das doenças cérebro e cardiovasculares e da diabetes, apresentando, ainda, muitos outros efeitos nocivos, nomeadamente, a nível da saúde sexual e reprodutiva, diminuindo a fertilidade e aumentando a mortalidade fetal e perinatal, bem como nos efeitos deletérios que provoca aos não fumadores expostos ao fumo do tabaco).

Os fumadores apresentam um risco de morte duas a três vezes superior ao observado em não fumadores, perdendo, em média, dez anos de expectativa potencial de vida [19, 20].

Cerca de 80% dos sujeitos que fumam expressam o desejo de parar de fumar, sendo que 35% tentam deixar de fumar todos os anos. Menos de 5% têm êxito sem ajuda. Em média, os fumadores tentam a cessação tabágica entre 6-9 vezes durante toda a sua vida.

Esta vontade, aliada aos malefícios da sua utilização, transfere para os prestadores de cuidados de saúde uma enor-

me responsabilidade, pois, sabemos que parar de fumar é benéfico em qualquer idade e que a cessação tabágica produz, sempre, uma melhoria do estado de saúde e promove benefícios imediatos, em ambos os sexos, em qualquer idade e em indivíduos com ou sem doenças relacionadas com o tabaco. O alheamento e a não intervenção, para além de um custo elevado, em termos de doença evitável, vidas perdidas e custos económicos, podem ser considerados uma atitude irresponsável de quem deve promover estilos de vida saudáveis e de prestar cuidados preventivos às populações

Todos os adolescentes, adultos e grávidas que acorram a uma consulta num serviço de saúde deverão ser questionados quanto aos seus hábitos tabágicos e aconselhados relativamente às vantagens da cessação.

Os fumadores devem ser ativamente encorajados e ajudados a libertar-se desta dependência e para isso temos ao nosso dispor terapêuticas, farmacológicas e não farmacológicas, que aumentam significativamente a taxa de sucesso. O tratamento da dependência tabágica é o *gold standard* da prevenção da doença crónica, sendo ao mesmo tempo a intervenção médica disponível com melhor relação de custo-efetividade.

Todos os médicos devem aconselhar os seus pacientes fumadores a parar de fumar, mas o MF, quer pela proximidade, quer pelo número de contactos anuais (taxa de cobertura), quer pelo conhecimento da pessoa e das suas famílias, está numa posição privilegiada para abordar, aconselhar, motivar e ajudar o fumador a deixar de fumar. Sabemos ainda que se obtêm melhores resultados quando o aconselhamento é mais frequente e mais intenso, pois, aumenta as taxas de abstinência.

Em termos de Saúde Pública, e dada a multiplicidade de fatores implicados na gênese do tabagismo, a sua abordagem requer uma combinação integrada de múltiplas estratégias, centradas quer na prevenção da iniciação do consumo, quer na cessação, na proteção da exposição ao fumo ambiental e na criação de climas sociais e culturais favoráveis à adoção de estilos de vida saudáveis.

Benefícios da cessação tabágica

- Após **20 minutos**, o ritmo cardíaco baixa e normaliza a pressão arterial.
- Após **12 horas**, o nível de monóxido de carbono no sangue regressa a valores normais.
- Após **2 semanas a 3 meses**, o risco de ocorrência de enfarte de miocárdio diminui, a função pulmonar melhora. O olfato e o paladar melhoram.
- Após **1 a 9 meses**, a ocorrência de tosse e dispneia diminuem. Maior vitalidade.
- Após **1 ano**, o risco de doença coronária diminui para metade do de um fumador.
- Após **2 a 5 anos**, o risco de acidente vascular cerebral iguala o de um não-fumador.
- Após **5 anos**, o risco de cancro da boca, da garganta, do esófago e da bexiga diminui para metade do fumador.
- Após **10 anos**, o risco de cancro do pulmão é cerca de metade do de um fumador. O risco de cancro do rim e pâncreas também diminui.
- **15 anos** depois, o risco de doença cardíaca coronária é igual ao de um não-fumador.

O aumento do preço do tabaco e as restrições de consumo de tabaco em locais fechados, bem como as intervenções de informação e educação para a saúde, constituem estratégias que podem levar a que muitos fumadores se sintam motivados a procurar ajuda para parar de fumar e outros a não começar a fazê-lo.

Na abordagem do fumador podem utilizar-se dois tipos de intervenção: uma intervenção oportunista, em que se aproveitam todos os contactos do paciente com o profissional de saúde para se abordar o problema do tabagismo e, no caso de pacientes fumadores, para se realizar uma intervenção breve e uma intervenção de apoio intensivo, que requer uma abordagem mais demorada, ao longo de várias sessões, efetuadas em consultas especificamente programadas para o efeito, por profissionais habilitados e treinados.

A intervenção breve ou muito breve deve ser feita por todos os MF e contempla a avaliação do consumo de tabaco e da motivação do fumador para parar, bem como definir as estratégias que poderão ser adotadas para uma mudança de comportamento. Pode assumir a forma de um aconselhamento mínimo (2-3 minutos) ou de um aconselhamento mais aprofundado, que não excede em regra os dez minutos, tendo por base os modelos, 5As (abordar, aconselhar, avaliar, ajudar e acompanhar) ou 5Rs.

A intervenção breve permite a identificação dos utentes fumadores com situações de dependência mais complexas, que necessitam de apoio intensivo para cessarem com êxito este consumo. Estima-se que muitos fumadores são renitentes à decisão de parar de fumar, sendo dificilmente abordáveis através de uma intervenção breve.

O uso de terapêutica farmacológica associada – terapêutica substitutiva da nicotina –, bupropion ou vareniclina, em utentes fumadores apoiados por uma intervenção breve, ou que frequentaram consultas intensivas de cessação tabágica, aumenta substancialmente as taxas de abstinência, medidas às 52 semanas.

Referências bibliográficas:

- Organização Mundial de Saúde. Tobacco: fact sheet (updated May 2017) [Em linha]. [consult. 2/12/2015]. Disponível em: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/en/
- Direção-Geral da Saúde. Portugal – prevenção e controlo do tabagismo em números – 2014. Lisboa: DGS, 2014. www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-em-numeros-2014-pdf.aspx.
- Direção-Geral da Saúde. A Saúde dos portugueses: perspetiva 2015. Lisboa: DGS, 2015. www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015.aspx.
- Direção-Geral da Saúde. Portugal – prevenção e controlo do tabagismo em números - 2015. Lisboa: DGS, 2016. www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-em-numeros-2015-pdf.aspx.

-saude/publicacoes/portugal-prevencao-e-controlo-do-tabagismo-em-numeros-2015-pdf.aspx.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Data Tool [em linha]. [consult. 4/7/2016]. Disponível em: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-data-tool>

- Doll R., Peto, R., Boreham, J., Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*, 328:1519. Disponível em: [http://www.bmj.com/](http://www.bmj.com/content/early/2003/12/31/bmj.38142.554479.AE)

[content/early/2003/12/31/bmj.38142.554479.AE](http://www.bmj.com/content/early/2003/12/31/bmj.38142.554479.AE).
- Jha, P.; et al. (2013). 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States.

- Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, Bailey WC, Benowitz NL, Curry SJ, et al. Treating tobacco use and dependence: 2008 Update. *Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service; 2008.



DPOC: crónica, progressiva e (ainda) subdiagnosticada



Cláudia Vicente

UCSP Mealhada.
Membro da Coordenação
do GRESP

A doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) é crónica, progressiva e (ainda) subdiagnosticada. Caracteriza-

-se pela existência de exacerbações, em que há uma alteração do equilíbrio do doente, com agravamento dos sintomas de base. O seu tratamento é um grande desafio do clínico porque obriga a atualização constante da classificação do doente, segundo as GOLD, e, consequentemente, são um componente determinante na estratégia de tratamento. As exacerbações (com ou sem hospitalização) têm um impacto considerável nos doentes e resultam em ajustes no aumento da medicação, da reabilitação e na mortalidade. Um doente exacerbador é preditor de futuras exacerbações, como demonstrado em vários estudos, de que é exemplo o ECLIPSE.

Nos pacientes com baixo risco de exacerbação a broncodilatação simples ou dupla (LABA + LAMA) é, sem dúvida, a primeira escolha. Se existir dispneia

mais intensa ou os doentes estiverem muito sintomáticos, a segunda hipótese deve ser a escolha. No caso de ser um doente exacerbador ou de os sintomas não serem debelados com a dupla broncodilatação, um corticoide inalado deve ser usado. Os corticoides inalados são também muito úteis nas exacerbações. A escolha pode recair sobre a budesonida 200 µg 2 puffs, duas vezes por dia, ou fluticasona 250 µg, uma vez por dia. No entanto, a utilização dos corticoides deve ser cautelosa, porque aumentam o risco de pneumonia.

Recentemente, provou-se que se podem suspender os corticoides inalados tanto nos doentes de baixo como nos de alto risco, desde que se proporcione uma adequada broncodilatação ao doente. Suspender o uso de corticoides só aumenta exacerbações se o doente for

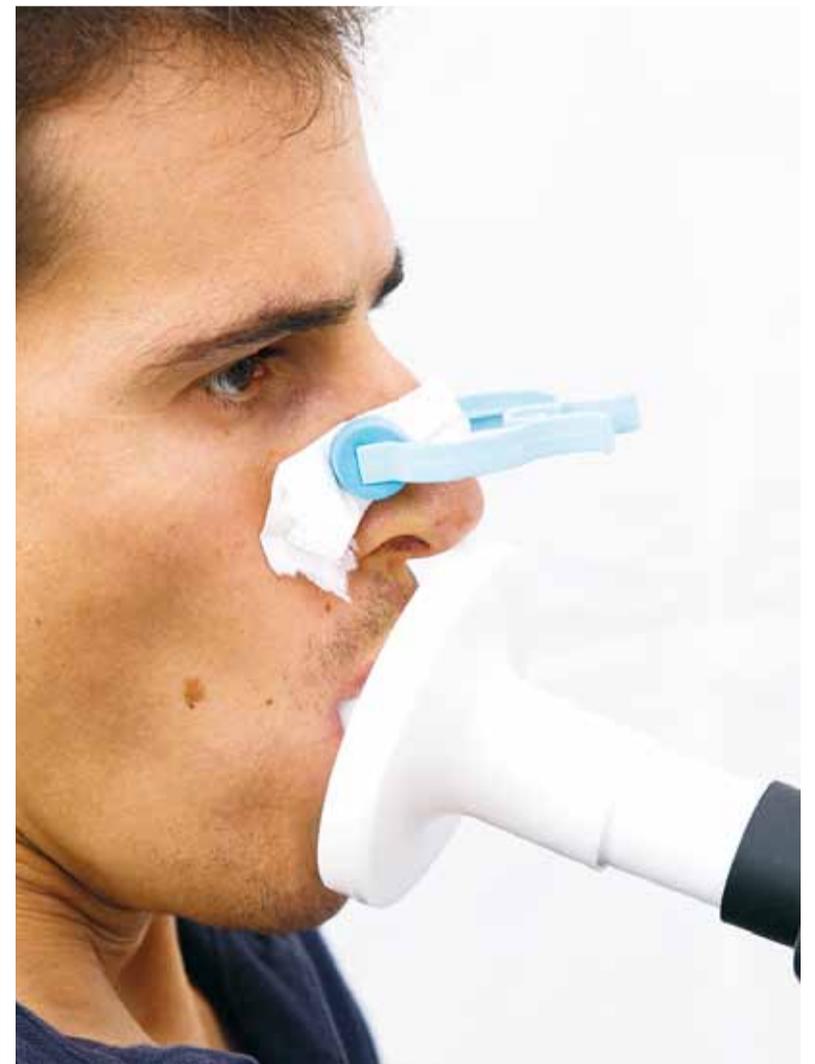
exacerbador frequente E tiver eosinofilia (> 400/mm³).

Associado ao tratamento médico, é fundamental uma correta vacinação antigripal anualmente e anti-pneumocócica (Com VPC13 e VPP23), bem como uma adequada reabilitação pulmonar (RP). Sabe-se que estas duas medidas são as mais custo-efetivas no tratamento da DPOC, apenas superadas pela desabitação tabágica. A RP proporciona aos doentes melhor qualidade de vida, através de um plano de exercício e alimentação individualizados, com melhoria dos sintomas, diminuição das exacerbações, maior inserção social e gerando comportamentos promotores de saúde. O lado negro da RP é a sua fraca acessibilidade, uma vez que

com o objetivo de que sejam tomadas medidas para um acesso maior e mais equitativo e que foi endereçado às entidades responsáveis.

Outro aspeto do tratamento é o suporte familiar que deve ser prestado, para lidar com a progressão da doença e a forma como vai afetar a qualidade de vida do doente, da família e das dinâmicas diárias. Também a este nível há um longo caminho a percorrer na otimização de cuidados.

O doente com DPOC é e será sempre um desafio para o sistema de saúde, para os seus profissionais que o acompanham, para a sua família e para si próprio, na capacitação para lidar com a doença.



DPOC | O doente é e será sempre um desafio para o sistema de saúde

chega a menos de 1% dos doentes que dela poderiam beneficiar e com grandes assimetrias regionais quer a nível público, quer privado.

A maioria das instituições que proporciona este tipo de planos está nas zonas da grande Lisboa e do grande Porto. Por este motivo, a Associação Portuguesa de Medicina Geral e Familiar (APMGF), através do GRESP (Grupo de Estudos de Doenças Respiratórias), em conjunto com as sociedades de Pneumologia, de Cardiologia e de Medicina Física e de Reabilitação, a Universidade de Aveiro e a Faculdade de Motricidade Humana elaboraram, recentemente, um documento

Associado ao tratamento médico, é fundamental uma correta vacinação antigripal anualmente e anti-pneumocócica.